



Abteilung III
C-204/2024

Urteil vom 14. Juli 2026

Besetzung

Richter Christoph Rohrer (Vorsitz),
Richterin Caroline Bissegger,
Richter David Weiss,
Gerichtsschreiber Milan Lazic.

Parteien

A._____, (Deutschland)
vertreten durch Dr. Meret Rehmann, Advokatin,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100,
1211 Genf 2,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung,
rückwirkend befristete Rentenzusprache
(Verfügung vom 22. November 2023).

Sachverhalt:

A.

Der am (...) 1964 geborene A._____ (*im Folgenden: Versicherter oder Beschwerdeführer*) ist türkischer Staatsangehöriger und wohnt seit 1984 in Deutschland. Er war ab 2. Oktober 2006 als Grenzgänger in der Schweiz als LKW-Chauffeur bei einem Transportunternehmen erwerbstätig, ehe er ab 9. September 2014 krankgeschrieben wurde und danach keine Arbeitstätigkeit mehr aufnahm. Das Arbeitsverhältnis wurde per 30. November 2014 von der Arbeitgeberin gekündigt (vgl. Akten der Vorinstanz [*im Folgenden: IV-act.*] 2, 5, 11).

B.

B.a Nachdem die deutsche Rentenversicherung am 9. Februar 2016 den Antrag des Versicherten auf eine deutsche Erwerbsminderungsrente wegen Nichterfüllens der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen abgelehnt hatte (IV-act. 13), wurde er von seiner – zwischenzeitlich amtlich eingesetzten – Betreuerin am 23. Februar 2016 unter Hinweis auf eine seit September 2014 bestehende gesundheitliche Beeinträchtigung und eine rechtsseitige Lähmung, die nach der Entfernung eines gutartigen Hirntumors im April 2015 aufgetreten sei, bei der Schweizerischen Ausgleichskasse (SAK) zum Bezug einer Invalidenrente angemeldet (IV-act. 1-4). Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*im Folgenden: IVSTA oder Vorinstanz*) klärte in der Folge die erwerblichen sowie medizinischen Verhältnisse ab und holte die dazu erforderlichen Auskünfte ein (vgl. IV-act. 3, 11, 15, 18-23, 29-31, 35-47 und 57). Von einer zunächst auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ursprünglich geplanten polydisziplinären Begutachtung sah die Vorinstanz aufgrund von mehreren in kurzer Zeit erfolgten psychiatrischen Hospitalisationen des Beschwerdeführers und den damit einhergehenden Schwierigkeiten schliesslich ab (vgl. IV-act. 51, 57, 67-71, 75-77, 81, 83, 88, 90-93, 98-102, 105 f., 100 f., 115, 118-120, 122-130, 133-140) und gab stattdessen – nach erneuter Konsultation des RAD vom 13. November 2017 (IV-act. 141) – ein bidisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Psychiatrie und Neurologie in Auftrag (IV-act. 147-149). Gestützt auf das entsprechende Gutachten vom 15. Juni 2018 (IV-act. 165) wies die Vorinstanz das Leistungsgesuch – nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (IV-act. 169-176) – mit Verfügung vom 1. November 2018 (IV-act. 177) ab.

B.b Die dagegen am 3. Dezember 2018 erhobene Beschwerde hiess das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil C-6833/2018 vom 5. Juni 2020

insoweit gut, als es die Verfügung vom 1. November 2018 aufhob und die Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärungen und Beurteilung des medizinischen Sachverhalts an die Vorinstanz zurückwies. Es wies die Vorinstanz dabei insbesondere an, nach Aktualisierung des medizinischen Dossiers und Beizug der Akten der Unfallversicherung ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachbereichen Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie unter Einschluss einer neuropsychologischen Untersuchung zu veranlassen (IV-act. 197).

B.c In Umsetzung des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts zog die Vorinstanz die Akten der Taggeldversicherung bei (vgl. IV-act. 203, 215 und 226-230), aktualisierte das medizinische Dossiers (IV-act. 221, 236), holte die erforderlichen Auskünfte beim Versicherten ein (IV-act. 206, 216 f.), unterbreitete am 25. Januar 2021 das medizinische Dossier zwecks Festlegung der für die Begutachtung erforderlichen Fachdisziplinen ihrem IV-internen medizinischen Dienst (IV-act. 231 f.), unterrichtete den Beschwerdeführer nach Vorliegen der Stellungnahme vom 28. Januar 2021 – unter gleichzeitiger Einräumung der Möglichkeit, Zusatzfragen zu stellen – über das weitere Vorgehen (IV-act. 234 f. und 242) und gab schliesslich nach Eingang der vom Versicherten eingereichten Zusatzfragen (IV-act. 237) über die Zuweisungsplattform SuisseMED@p die polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag, welche daraufhin der Gutachterstelle «medexperts ag Interdisziplinäre Medizin» zugeteilt wurde (vgl. IV-act. 245-260; vgl. im Weiteren IV-act. 266-268). Nach Vorliegen des polydisziplinären Gutachtens vom 8. Januar 2022 (IV-act. 274-276) sowie der von der Vorinstanz veranlassten (vgl. dazu IV-act. 278-281) ergänzenden Stellungnahme vom 12. September 2022 (IV-act. 283) wurde gestützt auf die daraufhin am 10. November 2022 vorgenommene medizinisch-juristische Würdigung durch ein Gremium der Vorinstanz (vgl. IV-act. 285) ein Einkommensvergleich durchgeführt (IV-act. 287). Mit Vorbescheid vom 20. Januar 2023 wurde dem Versicherten eine von 1. August 2016 bis 30. November 2017 befristete ganze IV-Rente in Aussicht gestellt (IV-act. 290). Nachdem der Versicherte, neu vertreten durch Rechtsanwältin Meret Rehmann, mit Eingaben vom 6. und 20. Februar 2023 sowie vom 17. März 2023 (letzte Eingabe samt medizinischem Zwischenbericht vom 16. März 2023) Einspruch erhob und am 10. Mai 2023 auf vorinstanzliche Aufforderung hin zusätzlich einen Austrittsbericht betreffend die zwischenzeitlich vom 24. Februar 2023 bis zum 30. März 2023 erfolgte stationäre psychiatrische Behandlung nachgereicht hatte (vgl. IV-act. 295 f., 300, 303 f. und 306 f.), erliess die Vorinstanz nach vorgängiger Konsultation des medizinischen

und juristischen Dienstes (vgl. IV-act. 308 f.) am 22. November 2023 eine dem Vorbescheid entsprechende Verfügung (IV-act. 311 f.).

C.

C.a Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte (*fortan*: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwältin Meret Rehmann, mit Eingabe vom 8. Januar 2024 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragte, die Verfügung der Vorinstanz vom 22. November 2023 sei teilweise aufzuheben und ihm sei auch ab dem 1. Dezember 2017 die ihm gesetzlich zustehende Invalidenrente zuzusprechen (Rechtsbegehren Ziff. 1); eventualiter (Rechtsbegehren Ziff. 2) respektive subeventualiter (Rechtsbegehren Ziff. 3) sei die Verfügung aufzuheben und die Sache zur Neubeurteilung des Rentenanspruchs ab dem 1. Dezember 2017 an die IV-Stelle B. _____ zuzuweisen respektive an die Vorinstanz zurückzuweisen verbunden mit der Anweisung, ein neues polydisziplinäres Gutachten unter Einhaltung der Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts gemäss Urteil C-6833/2018 vom 5. Juni 2020 einzuholen. Zur Begründung machte er im Wesentlichen geltend, das als Entscheidungsgrundlage dienende polydisziplinäre Gutachten sei nicht beweiskräftig, da es in mehreren Punkten mangelhaft sei. In prozessualer Hinsicht beantragte er, es sei ihm eventualiter die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren (vgl. Akten im Beschwerdeverfahren [*im Folgenden*: BVGer-act.] 1).

C.b Mit Zwischenverfügung vom 20. Februar 2024 wurde das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gutgeheissen und Advokatin Dr. Meret Rehmann als unentgeltliche Rechtsbeiständin ernannt (BVGer-act. 4).

C.c Mit innert erstreckter Frist eingereichter Vernehmlassung vom 25. April 2024 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen mit der Begründung, das polydisziplinäre Gutachten erfülle sämtliche Anforderungen und sei daher beweiskräftig (BVGer-act. 9).

C.d Mit innert erstreckter Frist eingereichter Replik hielt der Beschwerdeführer unter Beilage einer Physiotherapiebescheinigung vom 11. Januar 2024 an seinen Hauptbegehren und dessen Begründung fest, ergänzte seine Eventualbegehren indessen dahingehend, dass er neu als erstes Eventualbegehren die Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 22. November 2023 beantragte und für die Neubeurteilung des Rentenanspruchs ab dem 1. Dezember 2017 ein Gerichtsgutachten nach den Vorgaben gemäss Urteil C-6833/2018 vom 5. Juni 2020 beantragte; die mit

Beschwerde vom 8. Januar 2024 formulierten Eventual- und Subeventualbegehren stellte er neu als Sub- und Subsubeventualbegehren. Im Weiteren stellte er weitere Verlaufsberichte in Aussicht, welche er schliesslich mit Eingabe vom 10. September 2024 nachreichte, wobei es sich um einen Verlaufsbericht seines Hausarztes vom 25. August 2024, einen Kurzbericht seines Psychiaters vom 23. Juli 2024, einer Physiotherapiebescheinigung vom 16. August 2024 sowie eine Bestätigung der Krankenkasse vom 25. Juli 2024 betreffend Pflegegeldleistungen bei einem Pflegegrad 3 handelte (vgl. BVGer-act. 13 und 17).

C.e Mit Duplik vom 3. Oktober 2024 hielt die Vorinstanz an ihren Rechtsbegehren und deren Begründung fest (BVGer-act. 19).

C.f Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Beschwerdeerhebung legitimiert ist (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

2.

Ausgangspunkt des vorliegenden Verfahrens bildet das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6833/2018 vom 5. Juni 2020, mit welchem die Beschwerde des Beschwerdeführers gegen die das erstmalige Leistungsgesuch abweisende Verfügung der Vorinstanz vom 1. November 2018 insofern gutheissen wurde, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache zu ergänzenden Abklärungen und Beurteilung des medizinischen Sachverhalts an die Vorinstanz zurückgewiesen wurde. Mit der

Rückweisung der Angelegenheit an die Vorinstanz ist das Bundesverwaltungsgericht an den Entscheid C-6833/2018 vom 5. Juni 2020 gebunden (vgl. hierzu BGE 135 III 334 E. 2; Urteile des BGer 8C_680/2015 vom 14. Dezember 2015 E. 4.1 und 4.3.3 sowie 8C_720/2015 vom 12. April 2016 E. 3). Nach Durchführung der ergänzenden Abklärung erliess die Vorinstanz am 22. November 2023 eine neue Verfügung, mit welcher sie befristet für den Zeitraum vom 1. August 2016 bis 30. November 2017 einen Anspruch auf eine ganze IV-Rente bejahte. Diese Verfügung bildet das Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstands des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1). Streitgegenstand bildet nunmehr die Frage, ob der Beschwerdeführer entgegen den vorinstanzlichen Feststellungen auch über den 30. November 2017 hinaus Anspruch auf eine Invalidenrente hat und in diesem Zusammenhang vorab, ob die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt in medizinischer und erwerblicher Hinsicht nunmehr rechtsgenüglich abgeklärt hat.

3.

3.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 22. November 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; Urteil des BGer 8C_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3).

3.2 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1). Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV [AS 2021 705; BBI 2020 5535]; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBI 2017 2535]) sowie die Änderungen vom 3. November 2021 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; RS 831.201; AS 2021 706) in Kraft getreten. Leistungsansprüche, die nach dem Inkrafttreten dieser Änderungen entstanden sind, werden nach den neuen Normen geprüft. Soweit aber Ansprüche zu prüfen sind, welche noch vor dem 1. Januar 2022 entstanden sind, kommen diejenigen Bestimmungen zur Anwendung, die bis zum 31. Dezember 2021 galten (vgl. auch Kreisschreiben des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Juli 2022, Rz. 9100 f.; Kreisschreiben zu den

Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystem [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Januar 2022, Rz. 1007–1010).

3.3 Der Beschwerdeführer ist türkischer Staatsangehöriger. Gemäss Abkommen vom 1. Mai 1969 zwischen der Schweiz und der Republik Türkei über soziale Sicherheit (nachfolgend Abkommen; SR 0.831.109.763.1) sind die Staatsangehörigen der einen Vertragspartei sowie deren Angehörige und Hinterlassene, soweit diese ihre Rechte von den genannten Staatsangehörigen ableiten, in ihren Rechten und Pflichten aus der Gesetzgebung der anderen Vertragspartei den Staatsangehörigen dieser Vertragspartei gleichgestellt, soweit das Abkommen und sein Schlussprotokoll nichts anderes bestimmen (Art. 2 Ziff. 1 des Abkommens). Da das Abkommen insbesondere bezüglich des IVG anwendbar ist (Art. 1 Ziff. 1 Bst. B), ist auf vorliegenden Sachverhalt demnach das schweizerische Recht anzuwenden.

4.

4.1 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).

4.2 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens

40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Gemäss Art. 28 Abs. 1^{bis} IVG (in Kraft seit 1. Januar 2022) wird eine Rente nach Absatz 1 nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1^{bis} und 1^{ter} IVG nicht ausgeschöpft sind (zum bereits zuvor geltenden Grundsatz «Eingliederung vor respektive statt Rente» vgl. etwa BGE 148 V 397 E. 6.2.4 mit Hinweis auf Art. 28 Abs. 1 Bst. a IVG und Urteile des BGer 9C_108/2012 vom 5. Juni 2012 E. 2.2.1 und 9C_99/2010 vom 6. Dezember 2010 E. 3.1, je mit Hinweisen; Urteil des BGer 9C_539/2024 vom 12. Juni 2025 [zur Publikation vorgesehen] E. 4.5 ff. m.w.H.).

Zusätzliche kumulative Voraussetzung für einen Rentenanspruch ist, dass der Versicherte im Sinne von Art. 36 Abs. 1 IVG beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, was vorliegend der Fall ist (vgl. IV-act. 318).

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

4.4

4.4.1 Gemäss der bis zum 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung des Art. 28 Abs. 2 IVG (AS 2007 5129; BBI 2005 4459) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

4.4.2 Seit dem 1. Januar 2022 sieht Art. 28b IVG neu vor, dass die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt wird (Abs. 1). Bei einem Invaliditätsgrad von 50–69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40–49 % erhöht sich der Rentenanspruch linear von

einem Anteil von 25–47.5 % (Abs. 4). Laufende Rentenleistungen werden in das neue stufenlose Rentensystem überführt, sofern die Voraussetzungen gemäss den Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020 erfüllt sind (vgl. BBl 2017 2535, 2679). Für Rentenbezügerinnen und -bezüger, deren Rentenanspruch vor Inkrafttreten dieser Änderung am 1. Januar 2022 entstanden ist und die – wie vorliegend der Beschwerdeführer, der 1964 geboren ist – bei Inkrafttreten dieser Änderung das 55. Altersjahr vollendet haben, gilt das bisherige Recht (Bst. c der Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020). Im Hinblick auf den frühestens möglichen Rentenbeginn im März 2020 (E. 4.3.2 hiervor) ist dies gegebenenfalls zu beachten.

4.4.3 Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme sieht das Abkommen zwischen der Schweiz und dem Kosovo nicht vor.

4.5 Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist somit dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, so dass gestützt darauf die Verfügung über die jeweils in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; BGE 136 V 376 E. 4.1.1).

4.6

4.6.1 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, dass dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist. Die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation hat zudem einleuchtend und die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet zu sein (BGE 143 V 124 E. 2.2.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Weiter

muss eine begutachtende medizinische Fachperson 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 mit Hinweisen).

4.6.2 Geht es um psychische Erkrankungen sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder Belastungsfaktoren einerseits und Ressourcen (Kompensationspotentialen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4–3.6 und 4.1; vgl. auch BGE 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, fachgerecht gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 und E. 2.2.1).

4.6.3 Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von externen medizinischen Sachverständigen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, kommt bei der Beweiswürdigung rechtsprechungsgemäss volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb).

Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und

Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

4.6.4 Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer 8C_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 mit Hinweisen auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

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

5.

Mit Rückweisungsentscheid C-6833/2018 vom 5. Juni 2020 wurde die Vorinstanz vom Bundesverwaltungsgericht in E. 7.2 f. angewiesen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten (insbesondere unter Beizug der Unfallakten) eine umfassende interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers in der Schweiz zu veranlassen, wobei dem Bundesverwaltungsgericht aufgrund der Akten Expertisen in den Fachbereichen Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie (letztere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung) unter Einschluss einer neuropsychologischen Untersuchung als geboten erschienen; es wies jedoch bezüglich der Festlegung der Fachdisziplinen explizit auf das pflichtgemässe Ermessen der Gutachter hin, welche aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden haben. Das Bundesverwaltungsgericht hat im Weiteren aufgetragen, dass sich die Gutachter

insbesondere dazu zu äussern hätten, ob eine dissoziative Störung vorliege und gegebenenfalls, inwiefern sich diese auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, sollten sich im Rahmen der durchzuführenden Begutachtung erneut Diskrepanzen zwischen den subjektiven Beschwerden – einschliesslich der während der Untersuchung gezeigten sowie anamnestisch für das Alltagsleben angegebenen Funktionsdefizit – und den objektiven somatischen und psychischen Befunden zeigen. Dabei sei auch eine fundierte Auseinandersetzung mit der Konsistenz der geltend gemachten Beschwerden und demonstrierten Funktionseinschränkungen, insbesondere auch unter Einbezug von festgestellten Hinweisen auf eine nicht authentische, bewusst gesteuerte Darstellung von Defiziten vorzunehmen. Ebenso hat das Gericht eine Stellungnahme zu den Fragen verlangt, ob eine bewusstseinsnahe Aggravation (oder Simulation) vorliege, und ob neben einer allfälligen Aggravation/Simulation ein verselbständigter psychischer Gesundheitsschaden bestehe, dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit im Umfang der Aggravation/Simulation zu bereinigen wäre. In diesem Zusammenhang habe sich der psychiatrische Experte insbesondere auch zum Verlauf der in den Akten seit März 2015 berichteten depressiven Störung, insbesondere hinsichtlich deren Schweregrad und Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, sowie zum Vorliegen eines allfälligen Suchtleidens zu äussern. Hierbei seien die Entwicklung und der Verlauf der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und einer angepassten Tätigkeit ab 1. August 2015 bis zum Zeitpunkt des neuen Gutachtens zu beurteilen. Im Weiteren wurde die Vorinstanz in E. 7.4 angewiesen, der Frage nachzugehen, ob ärztliche Berichte vorliegen, welche auf das Vorliegen eines Gesundheitsschadens vor Auflösung des Arbeitsverhältnisses per 31. November 2014 hinweisen und ob sie die Abklärungen allenfalls der IV-Stelle B. _____ wird übertragen müssen.

6.

Zunächst ist auf die strittige Frage einzugehen, ob die Vorinstanz überhaupt zur Entgegennahme und Prüfung des Leistungsgesuchs zuständig war.

6.1.1 Der Beschwerdeführer bringt vor, dass die Vorinstanz zu Unrecht ihre Zuständigkeit zur Entgegennahme und Prüfung des Leistungsgesuchs bejaht habe, da in den Akten mehrere Hinweise vorlägen, dass ein Gesundheitsschaden bereits zur Zeit seiner Tätigkeit als Grenzgänger mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestanden habe.

6.1.2 Die Vorinstanz hat in Umsetzung der Weisung des Bundesverwaltungsgerichts ergänzende Abklärungen vorgenommen und hierzu insbesondere die Akten der Taggeldversicherung seiner ehemaligen Arbeitgeberin hinzugezogen. Gestützt auf die ergänzenden Abklärungen hat sie zusammenfassend ein Vorliegen eines Gesundheitsschadens, welcher sich beim Beschwerdeführer vor Auflösung des Arbeitsverhältnisses per 31. November 2014 invalidisierend ausgewirkt habe, verneint.

6.2 Entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers ist aufgrund der ergänzenden Abklärungen der Vorinstanz nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass bereits vor Auflösung des Arbeitsverhältnisses ein Gesundheitsschaden vorgelegen hat, der sich beim Beschwerdeführer invalidisierend ausgewirkt habe. Bisher nicht zur Verfügung stehende Arztberichte, die diese Tatsache mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belegen würden, wurden weder im Rahmen der ergänzenden Abklärungen durch die Vorinstanz zu Tage gefördert noch vom Beschwerdeführer vorgelegt. Somit lässt sich weder den Akten der Unfallversicherungen noch den vorinstanzlichen insbesondere mit den Unterlagen der Taggeldversicherung ergänzten Akten ein relevanter Gesundheitsschaden feststellen, welcher bereits vor der Auflösung des Arbeitsverhältnisses bestanden hat und sich invalidisierend ausgewirkt hat.

6.2.1 Gemäss den zur Verfügung stehenden Unfallakten hat sich der Beschwerdeführer zwar am 26. August 2009 beim Abladen eines LKWs eine Distorsion und Prellung der Hals- und oberen Brustwirbelsäule zugezogen, wofür die Unfallversicherung die Leistungen übernahm; er konnte jedoch ab dem 6. Oktober 2009 wieder arbeiten. Die Übernahme von weiteren Leistungen im Rahmen eines von der Arbeitgeberin gemeldeten Rückfalls wurde von der Unfallversicherung mit Einspracheentscheid vom 11. Mai 2010 abgelehnt und dieser Entscheid in der Folge vom angerufenen Sozialversicherungsgericht B._____ mit Urteil vom 12. Oktober 2010 geschützt. Auch ein weiterer, am 22. Juni 2014 erlittener Unfall begründete keine längere Arbeitsunfähigkeit, da der Beschwerdeführer am 21. Juli 2014 seine Erwerbstätigkeit wieder aufnehmen können (vgl. IV-act. 274 S. 56-59; vgl. auch die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin [IV-act. 11 S. 5]).

6.2.2 Auch aus dem – bereits im vorangegangenen Beschwerdeverfahren aktenkundigen (vgl. IV-act. 111) – Arztbericht von Dr. med. C._____, Facharzt für Orthopädie, Spezielle Schmerztherapie sowie Chirotherapie/Schmerzmedizin, vom 3. Februar 2014 lässt sich für die vorliegende

Frage kein relevanter Gesundheitszustand feststellen. Zwar hat der Arzt in seinem Bericht erwähnt, dass beim Beschwerdeführer seit zwei Wochen eine Arbeitsunfähigkeit bestehen würde. Die Vorinstanz hat indessen zutreffend darauf hingewiesen, dass der Orthopäde selbst keine Arbeitsunfähigkeiten bescheinigt hat (vgl. dessen Bericht vom 3. Februar 2014 [IV-act. 111] sowie dessen im Wesentlichen gleichlautenden Arztbericht zuhanden der IVSTA vom 20. Juni 2017 [IV-act. 105]). Der Umstand, dass der Arzt gemäss gleichem Bericht mit dem Beschwerdeführer Schmerzbewältigungsstrategien besprochen sowie eine medikamentöse Schmerztherapie eingestellt habe, vermag entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit einen relevanten Gesundheitsschaden zu belegen, zumal der Beschwerdeführer gemäss Angaben seiner ehemaligen Arbeitgeberin ab dem 5. Februar 2014 seine Arbeit wieder aufgenommen hatte (vgl. IV-act. 11 S. 5).

6.2.3 Soweit der Beschwerdeführer im Weiteren geltend macht, Dr. med. D. _____ habe im Bericht vom 13. April 2015 festgehalten, es lägen eigenanamnestische Hinweise vor, wonach seit dem Arbeitsunfall 2006 eine depressive Verstimmung sowie eine Schmerzstörung bestanden hätten, ist ihm entgegenzuhalten, dass sich seine Ausführungen nicht auf entsprechende medizinische Berichte stützen, die dies belegen würden, sondern lediglich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Es handelt sich somit lediglich um eine Annahme, welche dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht genügt. Zudem wird im genannten Bericht erwähnt, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Einweisung erst seit ca. einem Monat in Behandlung beim Psychiater Dr. med. E. _____ gestanden hat (vgl. IV-act. 38 S. 2 [psychiatrische Anamnese]). Insofern sind an der Aussage desselben Arztes vom 15. Juni 2018, wonach die Einweisungsdiagnose bei der ersten stationären Behandlung im April 2015 «lang anhaltende» schwere Depression mit Somatisierungstendenzen gelautet habe (vgl. IV-act. 171), gewisse Zweifel angebracht. Im Entlassbericht vom 13. April 2015 wird lediglich ausgeführt, dass die Anmeldung mit dem klinischen Bild einer schweren Depression erfolgte; der Zusatz «lang anhaltend» lässt sich dem echtzeitlichen Bericht jedenfalls nicht entnehmen (vgl. IV-act. 38 S. 2 erster Satz).

6.2.4 Schliesslich vermögen auch die Akten der Taggeldversicherung nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit einen relevanten Gesundheitszustand vor Ende November 2014 zu belegen. Zwar enthalten die erwähnten Akten Arbeitsunfähigkeitsbe-

scheinigungen, gemäss welchen der Beschwerdeführer vom 10. September 2014 bis 4. Januar 2015 zu 100 % krankgeschrieben wurde; allerdings geht aus den Attesten zuhanden der Krankentaggeldversicherung nach wie vor nicht hervor, welcher Arzt den Beschwerdeführer krankgeschrieben hatte, und aus welchen medizinischen Gründen die Krankschreibung erfolgt war. Da betreffend den genannten Zeitraum kein medizinischer Bericht vorliegt, lässt sich vor Ende November 2014 ein relevanter Gesundheitsschaden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellen. Vielmehr deutet die Begründung im Kündigungsschreiben der ehemaligen Arbeitgeberin vom 22. September 2014 darauf hin, dass die Krankschreibung aufgrund eines Arbeitskonflikts erfolgte (vgl. IV-act. 229 S. 14). Auch wenn dem Beschwerdeführer zuzustimmen ist, dass eine aufgrund einer mangelnden Arbeitseinstellung erfolgte Kündigung nicht per se bedeute, dass kein Gesundheitsschaden vorgelegen habe, vermögen die Ausführungen in der Begründung des Kündigungsschreibens der ehemaligen Arbeitgeberin vom 22. September 2014 dennoch gewisse Zweifel an einem relevanten Gesundheitsschaden zu begründen; dies umso mehr, als der Beschwerdeführer ab Februar 2015, das heisst vor seiner psychischen Dekompensation, welche schliesslich zur ersten stationären Behandlung führte, in Deutschland Arbeitslosengeld II bezogen hat. Dies deutet darauf hin, dass der Beschwerdeführer Anfang 2015 auf dem Arbeitsmarkt vermittelbar war, was gegen die Annahme eines relevanten Gesundheitsschadens spricht.

6.2.5 Aufgrund des Ausgeführten hat die Vorinstanz zu Recht ihre Zuständigkeit zur Entgegennahme und Prüfung des Gesuchs bejaht. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass selbst wenn die Zuständigkeit bei der IV-Stelle B. _____ gelegen hätte, diese ebenfalls an die Anweisungen des Bundesverwaltungsgerichts gemäss Urteil C-6833/2018 vom 5. Juni 2020 gebunden gewesen wäre und somit ebenfalls keinen Einfluss auf die Auftragsvergabe gehabt hätte, da der Gutachtensauftrag über die Zuweisungsplattform SuisseMED@P in jedem Fall zufallsbasiert erfolgt.

7.

Die Vorinstanz ging gemäss der angefochtenen Verfügung vom 22. November 2023 davon aus, dass beim Beschwerdeführer aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen seit dem 13. April 2015 (Tag der Entfernung eines gutartigen Tumors) in der angestammten Tätigkeit als LKW-Fahrer von 100 % bestehe; in adaptierten Tätigkeiten habe hingegen lediglich vom 13. April 2015 bis zur Entlassung der letztmaligen stationären Behandlung am 24. August 2017 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit

bestanden. Seit dem 25. August 2017 seien dem Beschwerdeführer adaptierte Tätigkeiten im Umfang von 80 % zumutbar, was gemäss durchgeführtem Einkommensvergleich zu einem Rentenausschliessenden IV-Grad von 20 % führe.

7.1 In Umsetzung des Urteils C-6833/2018 vom 5. Juni 2020 holte die Vorinstanz vor der Auftragsvergabe über die Zuteilungsplattform Suisse-MED@P beim Beschwerdeführer die erforderlichen aktuellen Auskünfte ein (IV-act. 206 und 216-218) und ergänzte ihr Dossier im Weiteren mit den Akten der Taggeldversicherung der ehemaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers, welche in medizinischer Hinsicht lediglich Arbeitsunfähigkeitsatteste für den Zeitraum vom 10. September 2014 bis 4. Januar 2015 enthielt (vgl. IV-act. 229, insb. S. 2-4; vgl. auch E. 6.2.4 hiervor).

7.2 Im Weiteren reichte der Beschwerdeführer im Rahmen des ergänzenden Abklärungsverfahrens zwei im Wortlaut in weiten Teilen gleichlautende zusammenfassende Arztberichte von Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin, vom 12. Februar 2019 (IV-act. 236) respektive vom 29. September 2020 (IV-act. 221) ein. Darin berichtete der behandelnde Arzt von einem im Wesentlichen unveränderten – abgesehen von wechselnden dissoziativen Phänomenen – Zustand und nannte die folgenden Diagnosen: Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen: Hemisyndrom rechts [ICD-10 F44.4G]); rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2G); Dysthymia (ICD-10 F34.1 G); gutartige Neubildung der Hirnhäute (ICD-10 D32.0G); chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41G); Gangstörung (ICD-10 R26.8G). Im Weiteren kritisierte er das – vom Bundesverwaltungsgericht mit Urteil C-6833/2018 vom 5. Juni 2020 als nicht beweiskräftig qualifizierte – bidisziplinäre Gutachten vom 15. Juni 2018 und führte aus, die postoperativ aufgetretene Halbseitenlähmung sei klar dissoziativer Genese; der geschilderte traumatische Hintergrund und die fehlende Bewusstseinsfähigkeit der Traumata und der zugrunde liegenden intrapsychischen Konflikte seien pathognomonisch als sehr typisch für dieses Krankheitsbild, was von den Gutachtern nicht berücksichtigt worden sei. Schliesslich wies der Arzt darauf hin, dass die depressive Symptomatik seit Auftreten der dissoziativen Symptomatik im Jahr 2015 etwas in den Hintergrund getreten sei; dabei handle es sich um eine klassische Verschiebung, was bereits von Freud als unbewusste Abwehrmechanismen beschrieben worden sei. Diese Vorgänge seien unbewusst und bewusstseinsfern. Vor Auftreten dieser dissoziativen Symptomatik habe bereits ein chronifiziertes schwer depressives

Zustandsbild bestanden. In Zusammenschau mit der bereits als Kind vorliegenden Dysthymie müsse von einer double Depression gesprochen werden (vgl. IV-act. 221).

7.3 Nachdem der Beschwerdeführer im Hinblick auf die Begutachtung mit Eingabe vom 10. Februar 2021 seine Zusatzfragen eingereicht hatte, gab die Vorinstanz schliesslich über die Zuweisungsplattform SuisseMED@P das polydisziplinäre Gutachten in Auftrag, welches am 21. Januar 2022 der Gutachterstelle «medexperts ag Interdisziplinäre Medizin» (*im Folgenden: medexperts*) zugewiesen wurde (IV-act. 245). Das Gutachten wurde schliesslich am 25. Juni 2022 sowie aufgrund von Rückfragen der Vorinstanz mit Stellungnahme vom 12. September 2022 ergänzt (vgl. IV-act. 274-276, 278 und 280-283). Dieses Gutachten samt Ergänzung diene in erster Linie der Vorinstanz in medizinischer Hinsicht als Entscheidungsgrundlage in. Es ist deshalb nachfolgend zu prüfen, ob sich der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt aufgrund dieses Gutachtens nun lückenlos sowie vollständig abgeklärt erweist (vgl. Urteil des BVGer C-6833/2018 vom 5. Juni 2020) respektive, ob damit eine rechtsgenügliiche und umfassende Beurteilung des Gesundheitszustands und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers vorliegt (vgl. E. 2 hiavor).

8.

Im Rahmen der Begutachtung wurde der Beschwerdeführer in den Fachdisziplinen Neuropsychologie (am 6. April 2022 durch M. Sc. F._____, Neuropsychologin), Psychiatrie (am 6. April 2022 durch Dr. med. univ. G._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie), Neurologie (am 7. April 2022 durch Dr. med. H._____, Facharzt für Neurologie, sowie Dr. med. I._____, Assistenzarzt Neurologie), Allgemeine Innere Medizin (am 7. April 2022 durch Dr. med. J._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin) sowie Orthopädie (am 7. Juni 2022 durch Dr. med. K._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH) begutachtet (vgl. IV-act. 274 und 275).

8.1 Die Gutachter der medexperts ag stellten im Rahmen ihrer interdisziplinären Konsensbeurteilung die folgenden Diagnosen:

«Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Dissoziative Bewegungsstörung, F44.4
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, F45.4

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Rez. Depressive Störung, ggw. Remittiert, F33.4
- Akzentuierte Persönlichkeitszüge, Z73.1
- Mässige Unkarthrosen und Spondylose C4-C6 (M47.82)
- St. n. Meningeom-Resektion 14.05.2015»

8.2 Zusammengefasst führten die Gutachter im Wesentlichen das Folgende aus:

8.2.1 Aus allgemein-internistischer Sicht bestünden keine Erkrankungen von Relevanz und mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien Dyspeptische Beschwerden (unter PPI-Therapie), Hyperurikämie, minim eingeschränkte Nierenfunktion (kontrollbedürftig) sowie Nikotinkonsum zu stellen. Aus allgemein-internistischer Sicht hätten sich weder Inkonsistenzen noch Widersprüche gefunden. Es bestehe sowohl für die angestammte Tätigkeit als auch für angepasste Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit. Es werde grundsätzlich eine Ernährungsberatung und regelmässige Kontrolle bzw. Einstellung der kardiovaskulären Risikofaktoren erfolgen. Bei leicht eingeschränkter Nierenfunktion sei die regelmässige Einnahme von NSAR zu überdenken (IV-act. 274 S. 13-19).

8.2.2 Aus psychiatrischer Sicht seien als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10 F44.4) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD10 F45.4) und als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) zu stellen.

8.2.2.1

8.2.2.1.1 Bezüglich der Herleitung der Diagnosen hielt die Gutachterin fest, dass im Längsschnittverlauf meist eine mittelgradige depressive Episode angegeben worden sei, und zuletzt vom behandelnde Neurologen Dr. med. L. _____ am 12. Februar 2019 im Sinne einer «Double Depression» ein schwer depressives Zustandsbild sowie eine Dysthymie festgestellt worden sei. Aktuell könne aus psychiatrischer Sicht keine klinisch relevante depressive Symptomatik festgestellt werden. Im Rahmen der mehrtägigen Untersuchung sei der Explorand überwiegend schwingungsfähig gewesen. Es habe keinen Hinweis auf eine klinisch relevante durchgehende depressive Stimmungslage oder sonstige anhaltende depressive Symptome und insbesondere keinen Hinweis auf Suizidalität gegeben. Anamnestisch habe er von Lebensüberdruß-Gedanken und zeitweise auch von Suizidgedanken berichtet. Das Zustandsbild sei aktuell weitgehend remittiert,

wobei der Explorand von noch vorhandenen Stimmungsschwankungen berichte. Zudem nehme er momentan auch keine Antidepressiva ein. Auch eine Dysthymie (chronisches leicht depressives Zustandsbild) könne aktuell nicht festgestellt werden.

8.2.2.1.2 Hingegen habe sich retrospektiv seit einem Arbeitsunfall 2006 eine Schmerzverarbeitungsstörung entwickelt; aus psychiatrischer Sicht liege eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung – früher auch «psychogenes Schmerzsyndrom» genannt – vor. Im Vordergrund stehe eine schon mindestens sechs Monate langanhaltende Schmerzsymptomatik (chronischer Schmerz), welche durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden könne. Neben dem Ausschluss einer zugrunde liegenden körperlichen Ursache muss gleichzeitig im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Beginn dieser Schmerzsymptomatik eine psychosoziale Belastungssituation (Eheprobleme und Arbeitsplatzverlust) oder eine innere Konfliktsituation nachweisbar sein. Beim Exploranden liege beides vor, sei doch zum damaligen Zeitpunkt von Eheproblemen und vom Verlust des Arbeitsplatzes berichtet sowie von inneren Konfliktsituationen im Zusammenhang mit familiären Schwierigkeiten berichtet worden.

8.2.2.1.3 2015 sei es zu einer Überforderungssituation infolge von somatischen und psychischen Beschwerden gekommen. Einerseits hätten sich gemäss Explorand über einen längeren Zeitraum massive Kopfschmerzen entwickelt, welche sich dann als Kopfschmerzen im Rahmen eines frontalen Meningeoms herausgestellt hätten; zeitgleich habe sich die Partnerin von ihm getrennt und auch Kontakte zu seinen Kindern untersagt. Das alles habe die depressive Symptomatik verstärkt, sodass er sich in stationäre psychiatrische Behandlung begeben habe. Es sei eine Bildgebung durchgeführt und ein rechts frontales Meningeom diagnostiziert und operiert worden. Nach der Operation sei er neuerlich stationär psychiatrisch behandelt worden. Dort habe sich dann nach einigen Wochen eine Lähmungssymptomatik, insbesondere beinbetont herauskristallisiert, welche nach neuerlicher Abklärung und Ausschluss somatischer Ursachen als dissoziative Störung diagnostiziert worden sei. Das Vorliegen einer dissoziativen Bewegungsstörung könne aus heutiger gutachterlicher Sicht bestätigt werden. Die häufigsten Formen zeigten den vollständigen oder teilweisen Verlust der Bewegungsfähigkeit eines oder mehrerer Körperteile. Sie hätten grosse Ähnlichkeit mit fast jeder Form von Ataxie, Apraxie, Akinesie, Aphonie, Dysarthrie, Dyskinesie, Anfällen oder Lähmungen. Beim Exploranden entspreche die Dissoziative Störung dem «Expressiven Typus» mit

symbolisch-expressiver Präsentation somatischer Symptome als unbewusster Ausdruck von Schmerz, Wut und Hilflosigkeit. Die Neigung zur Entwicklung einer dissoziativen Störung könne retrospektiv durch traumatisierende Erlebnisse in der Kindheit und in der Jugend infolge einer Zwangsverheiratung begünstigt worden sein. Ein weiterer begünstigender Faktor sei sicher auch die vermutlich ebenfalls dissoziative Lähmung der Mutter des Exploranden, die, nachdem sie erfahren habe, dass er zwangsverheiratet worden sei, mit einer ähnlichen Symptomatik reagiert habe. Zudem habe sich im weiteren Verlauf seine Familie von ihm abgewandt. Insgesamt entstehe der Eindruck, dass der Explorand viel Wut in sich trage.

8.2.2.1.4 Hingegen könne eine klinisch relevante Traumafolgestörung aus heutiger Sicht nicht abgeleitet werden. Der Explorand selbst berichte, dass er sowohl das Ereignis als Kind im Alter von 12 Jahren als auch seine Zwangsverheiratung mit 15 Jahren und die bis ins frühe Erwachsenenalter erfolgte Verfolgung durch die Brüder seiner damaligen Frau recht gut verarbeitet habe und er in all den Jahren unter keinen posttraumatischen Symptomen gelitten habe. Es würden auch aktuell keine Alpträume oder Flashbacks geschildert.

8.2.2.2

8.2.2.2.1 Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit hielt die Gutachterin fest, der Explorand fühle sich gemäss eigenen Angaben nicht mehr in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Weiter sei von einer Chronifizierung auszugehen und der Explorand habe sich ein unterstützendes Umfeld geschaffen. Im Alltag sei jedoch nicht von einer vollständigen Einschränkung auszugehen; so sei der Explorand in der Lage, seine Kinder zu beaufsichtigen, Kontakte zu pflegen, selbstständig in den ersten Stock zu seiner Wohnung zu gehen und sich über rechtliche und gesundheitliche Belange zu informieren. Aus neuropsychologischer Sicht könne festgehalten werden, dass in den Funktionsbereichen, in welchen er eine normgerechte oder unauffällige Leistung habe erbringen können (Orientierung zu Ort, Zeit, Person und Situation, Spontansprache, Sprach- und Instruktionsverständnis, Schreiben und Lesen auf basalem Niveau, elementares Erkennen und Benennen von Farben, Visuokonstruktion, Formen und Gesichtern, Zeichnen einer Uhr, visuelle Merkspanne, Wiedererkennen von gelernten Figuren, Praxie) keine massgebenden Funktionsdefizite und damit wertvolle kognitive Ressourcen bestünden. Ebenfalls weise der Explorand bei einfachen Aufgabstellungen eine geplante, strukturierte und genügend kontrollierte Arbeitsweise auf. Der Explorand weise aus psychiatrischer Sicht eine leichte reduzierte psychische Stabilität infolge eines reduzierten Durchhalte-

vermögens, psychomotorischer Verlangsamung, teilweise verminderter Affektkontrolle, Einengung der Denkinhalte auf das Körpererleben und verminderter Flexibilität auf. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als LKW-Fahrer liege aus heutiger psychiatrischer Sicht infolge der dissoziativen Bewegungsstörung seit 2015 keine Arbeitsfähigkeit mehr vor. In adaptierten Tätigkeiten, welche dem Ausbildungsniveau des Versicherten entsprächen, liege jedoch unter Berücksichtigung der vorliegenden Symptomverdeutlichung / Aggravation spätestens ab dem aktuellen Untersuchungszeitpunkt 80 %-ige Eingliederungsfähigkeit vor. Im Verlauf wird von den behandelnden Ärzten ab 2015 von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Eine auffällige Symptomvalidierung sei bereits im Gutachten von 2019 festgehalten und eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit abgeleitet worden, da zum damaligen Zeitpunkt keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt worden sei. Aus heutiger psychiatrischer Sicht seien jedoch die diagnostischen Kriterien für eine dissoziative Bewegungsstörung und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung erfüllt.

8.2.2.2.2 Zur Begründung führte die Psychiaterin aus, im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung, der somatischen Untersuchungen und auch von neuropsychologischer Seite habe es deutliche Hinweise auf Symptomverdeutlichung/Aggravation gegeben. Anamnestisch seien auch im Vergleich zu den Vorbefunden teilweise widersprüchliche Angaben gemacht worden. Im Rahmen der neuropsychologischen Abklärungen vom 13. Mai 2022 hätten keine validen Testergebnisse festgestellt werden können – mit deutlichen Hinweisen auf negative Antwortverzerrung. Die Testergebnisse liessen sich nicht ursächlich auf eine Depression, Traumafolgestörung oder Persönlichkeitsstörung zurückführen, sondern sie zeigten an, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit aufgrund eingeschränkter Mitwirkung ein valides Testprofil nicht habe ermittelt werden können. Die weitergehende Frage, die sich in solchen Fällen stelle, sei, warum eine ausreichende Kooperativität trotz informierter Einwilligung nicht zu erreichen gewesen sei. Hier könnten neben simulativen Tendenzen auch solche Faktoren wie Ärger, Frustration, Verbitterung oder die subjektive Überzeugung eine Rolle spielen, dass nur unter nachdrücklicher Demonstration der geltend gemachten Beschwerden diese vom Untersucher ernst genommen würden. Für den Gutachter stelle sich aber das Dilemma, dass er am Ende nur Aussagen über tatsächlich vorhandene Funktionsstörungen zu treffen in der Lage sei. Weder anamnestisch noch anhand der vorliegenden Aktenlage könne eine relevante Störung der Persönlichkeit abgeleitet werden. Im Rahmen der aktuellen Untersuchung gebe es Hinweise auf histrionische, aufbrausende und emotional instabile Anteile, welche als

akzentuierte Persönlichkeitszüge gewertet werden könnten; im Rahmen der Untersuchungen habe sich der Explorand teilweise unterschiedlich präsentiert.

8.2.2.2.3 Analog den Parametern der funktionellen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an die Mini-ICF-APP bestünden gemäss Angaben des Exploranden grundsätzlich Störungen der Aktivität und Partizipation in Bezug auf fast jegliche Funktionen. Das Problem sei jedoch, dass ein aggravierendes Verhalten vorliege und somit Beeinträchtigungen nur beschrieben werden könnten, welche im Rahmen der Untersuchungen beobachtbar seien. Der Explorand habe keine Beeinträchtigung bei der Anpassung an Regeln und Routinen. Zu den vereinbarten Terminen sei er pünktlich erschienen, beziehungsweise habe er sich frühzeitig aufgrund einer Verspätung wegen Staus gemeldet. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sei teilweise eingeschränkt. Anstehende Aufgaben würden laut seinen Angaben von externen Personen erledigt. Er selbst sei nicht mehr in der Lage, im Haushalt irgendetwas zu machen; dennoch könne er seine Angelegenheiten selbstständig planen und organisieren. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sei nicht wesentlich eingeschränkt. Terminänderungen seien vom Exploranden gut toleriert worden; auch dürften seine Kinder zu ihm kommen und gehen, wann sie wollen. Die Anwendung fachlicher Kompetenzen sei fraglich eingeschränkt – im Rahmen der aktuellen Untersuchung habe er jedoch stolz berichtet, dass er seine Arbeit immer zur vollsten Zufriedenheit erledigt habe. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sei nicht wesentlich beeinträchtigt; auf seinen Rat und seine Entscheidungen könne man sich verlassen. Das Durchhaltevermögen sei teilweise beeinträchtigt. Der Explorand habe berichtet, dass er zuhause nichts länger ausüben könne. Jedoch seien mehrstündige Untersuchungen möglich gewesen. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei aktuell nicht beeinträchtigt. Der Explorand könne seine Meinung anderen Menschen gegenüber angemessen vertreten. In den Akten gebe es teilweise Hinweise auf teilweise reduziertes Problemlösevermögen. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Gruppenfähigkeit seien nicht eingeschränkt; er könne gut auf andere Menschen eingehen und mit anderen ins Gespräch kommen. Keine Probleme gebe es aktuell in der Beziehung zu vertrauten Menschen. Mit seinen Kindern und der Exfrau beschreibe er einen guten Kontakt. Weiter habe er gute Menschen um sich, wie seinen Vermieter, der sich um ihn kümmere und ihn unterstütze. Die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten sei fraglich eingeschränkt – der Explorand selbst habe berichtet, dass er keinerlei Freizeitaktivitäten ausüben könne, da er immer auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen sei. Die Selbstpflege, Kleidung und Sauberkeit seien ebenfalls

fraglich eingeschränkt. Auch hier habe der Explorand berichtet, dass er beim Waschen und Anziehen Hilfe benötige. Die Verkehrsfähigkeit sei gemäss seinen eigenen Angaben nicht vorhanden. Er müsse immer begleitet werden. Zur Untersuchung sei er in Begleitung eines Bekannten gekommen.

8.2.2.2.4 Zum Verlauf hielt sie fest, dass eine erste depressive Episode 2001 bestanden habe. Eine erneute depressive Dekompensation und schwere Episode sei im Februar 2015, eine mittelschwere sei im April/Mai 2015 und im August 2015 sei erneut eine schwere Episode eingetreten. Von Seiten des Behandlers sei ab 2015 überwiegend von einer schweren depressiven Episode ausgegangen; im Rahmen der Begutachtung im Jahr 2018 sei keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt worden. Im Rahmen der aktuellen Begutachtung könne aus psychiatrischer Sicht – unter Berücksichtigung einer auffälligen Symptomvalidierung – spätestens ab dem aktuellen Untersuchungszeitpunkt infolge einer dissoziativen Störung und anhaltenden somatoformen Schmerzstörung in adaptierten Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 80 % medizinisch-theoretisch festgestellt werden. Ein Suchtleiden liege heute nicht mehr vor, nachdem zuvor ab 2014 von einer Opioidabhängigkeit auszugehen gewesen sei; im Rahmen einer stationären Behandlung in der psychiatrischen Klinik T. _____ 2017 sei der Explorand von Tilur (recte: Tilidin) entzogen worden, weshalb seither keine Opioidabhängigkeit mehr vorliege.

8.2.3

8.2.3.1 Aus neurologischer Sicht sei einzig ein Status nach Meningeom-Resektion am 14. April 2015 als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen. Aufgrund des neurologisch erhobenen klinischen Befundes ergäben sich keine neuroanatomisch verwertbaren Auffälligkeiten. Gestützt werde dies durch die nach Auftreten der Beschwerden durchgeführten Abklärungen nach der erfolgten Operation. So hätten die während des stationären Aufenthalts an der Universitätsklinik für Neurochirurgie in M. _____ vom 24. bis 30. Juli 2015 durchgeführten Lumbalpunktion, sensibel und motorisch evozierte Potentiale, wie auch eine kernspintomografische Untersuchung des Neurocraniums und der Halswirbelsäule keine die Beschwerden erklärenden Auffälligkeiten gezeigt. Eine anschliessende Abklärung in der Universitätsklinik für Neurologie in M. _____ habe in einer ergänzend durchgeführten Elektroneurographie des Nervus peroneus communis, profundus oder superficialis einen unauffälligen Befund ergeben. Aufgrund einer dort veranlassten psychosomatischen Mitbeurteilung sei der dringende Verdacht auf eine dissoziative Bewegungsstörung

geäussert worden, die während eines darauffolgenden Aufenthalts vom 17. bis 29. August 2015 in der Abteilung für psychotherapeutische Neurologie der Kliniken N._____ in (...) habe bestätigt werden können. Während des postoperativen Aufenthalts in der O._____ im Mai 2015 habe eine aufgrund eines präsynkopalen Ereignisses – welches gemäss eigenanamnestischer Angaben auch im häuslichen Umfeld gehäuft aufgetreten sei – durchgeführte elektroenzephalographische Untersuchung einen unauffälligen Befund ergeben. Ein Nachweis einer epileptischen Ursache der genannten Ereignisse habe sich nicht ergeben.

8.2.3.2 Nach der operativen Behandlung des Meningeoms im April 2014 sei eine Hemihypästhesie der rechten Körperhälfte aufgetreten. In der klinischen Untersuchung vom 7. April 2022 habe sich im Bereich des Versorgungsgebietes V1 und V2 rechts – um die Narbe der erfolgten Operation – eine Anästhesie gezeigt, welche als postoperative Folge erklärt worden zu sein schien. Darüber hinaus habe eine exakt durch die Mittellinie begrenzte Hemihypästhesie für Berührungen und Temperatur bestanden. Die enorale Schleimhaut sei hiervon nicht betroffen, auch habe sich der Cornealreflex beidseits unauffällig auslösbar gezeigt. Der Lagesinn, wie auch das Vibrationsempfinden und Zahlenerkennen seien beidseits uneingeschränkt gewesen. Der neurologische Befund sei neuroanatomisch und neurophysiologisch nicht zu erklären. Gestützt werde diese Annahme neben der unauffälligen kernspintomografischen Bildgebung des Neurocraniums und der HWS vom Juli 2015 auch durch den unauffälligen Befund der sensorisch evozierten Potentiale, welche ebenfalls während des stationären Aufenthalts in der Universitätsklinik für Neurochirurgie in M._____ veranlasst worden sei. Die vor dem neurochirurgischen Eingriff und auch aktuell bestehenden Kopfschmerzen seien keinem primären Kopfschmerzsyndrom zuzuordnen. Eine sekundäre Kopfschmerzursache erscheine mit dem am 31. März 2015 kernspintomografisch nachgewiesenen Meningeom möglich. Nach der operativen Entfernung hätten die Kopfschmerzen, wie auch die Ganzkörperschmerzen fortbestanden. Eine organische Ursache hierfür habe sich in den obgenannten kernspintomografischen Untersuchungen nicht ergeben, so dass deren Auftreten am ehesten im Rahmen der bei ihm diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung zu sehen sei. Die anamnestischen Angaben des Versicherten bezogen auf das Auftreten und die Entwicklung der Schmerzen seien als diskrepant zu betrachten. So habe der Versicherte bei seiner Vorstellung angegeben, vor der operativen Therapie lediglich an Kopfschmerzen gelitten zu haben und erst nach dem chirurgischen Eingriff Schmerzen an anderen Lokalisationen entwickelt zu haben. Nach Aktendurchsicht falle jedoch auf, dass unter anderem bereits in

einem Bericht vom 3. Februar 2014 nach einer Konsultation bei Dr. C._____ Ganzkörperschmerzen vorgelegen hätten. Ansonsten hätten sich aus neurologischer Sicht keine Inkonsistenzen ergeben.

8.2.4 Aus orthopädischer Sicht seien mässige Unkarthrosen und eine Spondylose C4-C6 (M47.82) als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen. Der Versicherte habe 2009 eine Distorsion der HWS und BWS erlitten. Jedoch hätten keine Traumafolgen bei radiologischen und MRI-Abklärungen gefunden werden können. Das letzte Röntgenbild der HWS von 2014 habe Spondylosen und mässige Unkovertebralarthrosen C4-C6 gezeigt. Die Angaben des Versicherten seien konsistent. Zu der Halbseitenlähmung könne aus orthopädischer Sicht keine Stellung bezogen werden. Atypisch sei jedoch die fehlende Muskelatrophie an der rechten unteren Extremität, was nach mehrjähriger Rechtsseitenlähmung zu erwarten wäre. Auch nach mehrmaligem Nachmessen auf verschiedenen Höhen finde sich ein identischer Umfang an Unter- und Oberschenkel. Bei der Untersuchung der passiven Flexion der rechten Schulter sei zudem aufgefallen, dass beim Loslassen des getreckten und im Schultergelenk flektierten Arms der Arm nicht wie völlig gelähmt nach unten falle, sondern der Fall des Arms aktiv abgebremst werde. Bei dreimaliger Wiederholung derselben Untersuchung sei das Gefühl entstanden, dass der Fall des Arms aktiv gebremst werde. Aus rein orthopädischer Sicht bestünden beim Versicherten die Ressourcen für alle Tätigkeiten ganztägig, die dem Alter und Habitus des Versicherten angepasst seien. Auch für die angestammte Tätigkeit als LKW-Fahrer sei aus orthopädischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben.

8.3 Im Rahmen der interdisziplinären medizinischen Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter gestützt auf die Ergebnisse sämtlicher Teiluntersuchungen in den Fachdisziplinen Allgemeinen Innere Medizin (E. 8.2.1), Psychiatrie (E. 8.2.2 ff.), Neurologie (E. 8.2.3) sowie Orthopädie (E. 8.2.4) fest, dass polydisziplinär die psychiatrische Beurteilung führend sei. Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien aus psychiatrischer Sicht eine dissoziative Bewegungsstörung sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu stellen, während aus neurologischer, orthopädischer und allgemein-internistischer Sicht keine Erkrankungen von Relevanz sowie mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden. Entsprechend bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als LKW-Fahrer infolge der dissoziativen Bewegungsstörung seit 2015 eine Arbeitsunfähigkeit. Hingegen liege in adaptierten Tätigkeiten, welche dem Ausbildungsniveau des Versicherten entsprächen, medizintheoretisch spätestens ab dem aktuellen

Untersuchungszeitpunkt – unter Berücksichtigung der vorliegenden Symptomverdeutlichung / Aggravation – eine 80 %-ige Eingliederungs- respektive Arbeitsfähigkeit vor. Hinsichtlich der Konsistenz und Plausibilität führten die Gutachter in der interdisziplinären Beurteilung zudem aus, dass sich aus psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht Hinweise auf Inkonsistenzen und Aggravation ergeben hätten. Auch bezüglich Häufigkeit des Pflegedienstes ergäben sich Widersprüche im Vergleich zu den Angaben im Rahmen der somatischen Gutachten und im Vergleich zur Aktenlage. Weiter weise der fehlende Serumspiegel von Novalgin hinsichtlich der beklagten Schmerzen auf Inkonsistenzen hin. Bezugnehmend auf die Aussage, dass er auf einen Rollstuhl angewiesen sei, falle zudem auf, dass er im Rollstuhl sitzend einen ungeübten Eindruck mache und häufig an Türkanten anstosse. Auch die neuropsychologischen Befunde seien nicht valide.

8.4

8.4.1 Auf Nachfrage vom 16. August 2022 (vgl. IV-act. 281; vgl. auch die medizinisch-juristische Stellungnahme der IVSTA zum Gutachten vom 4. August 2022 [IV-act. 280]) hin nahm die psychiatrische Gutachterin am 12. September 2022 ergänzend zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten seit 2015 Stellung und führte dazu aus, in den vorliegenden Unterlagen fänden sich von Seiten der Behandler keine Angaben zu einer adaptierten Tätigkeit, so dass diese nicht zweifelsfrei festgestellt werden könne. In der aktuellen Exploration hätten sich jedoch keine Anhaltspunkte dafür gefunden, dass eine rückwirkende Extrapolation der zum Untersuchungszeitpunkt festgestellten adaptierten Arbeitsunfähigkeit (recte: Arbeitsfähigkeit, vgl. oben E. 8.2.2.2.4) von 80 % ab 2015 bei zumeist stabiler psychiatrischer Befundlage (bei überwiegend dysthymer Stimmung – neben der dissoziativen Bewegungsstörung) unzulässig wäre – trotz aller damit verbundener diagnostischer Unsicherheiten. Diese Einschätzung gelte aber dezidiert nicht für die Zeiten der stationären Aufenthalte, während welcher von einem verschlechterten Gesundheitszustand und einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % in adaptierten Tätigkeiten ausgegangen werden müsse (vgl. IV-act. 283).

8.4.2 Am 10. November 2022 nahm ein Gremium der Vorinstanz bestehend aus den leitenden RAD-Ärzten Dr. med. P._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie physikalische Medizin und Rehabilitation sowie zertifizierte SIM-Gutachterin, und Dr. med. Q._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie zertifizierter SIM-Gutachter, sowie der Juristin R._____, zum polydisziplinären Gutachten vom 25. Juni

2022 und der ergänzenden Stellungnahme vom 12. September 2022 Stellung und massen dem Gutachten vom 25. Juni 2022 in Verbindung mit der ergänzenden Stellungnahme vom 12. September 2022 grundsätzlich Beweiswert zu. Das Gremium wich jedoch bezüglich der rückwirkenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten von den Gutachtern insofern ab, als im Zeitraum ab der (kurativen) Operation des Meningeoms am 13. April 2015 bis zum 23. August 2017 auch für Verweistätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit annahm. Es begründete seine abweichende Beurteilung damit, dass der Versicherte in diesem Zeitraum mehr als 10-mal stationär behandelt worden sei und die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit zwischen den kurz aufeinanderfolgenden Krankenhausaufenthalten medizinisch nicht zumutbar gewesen sei. Nach der Entlassung aus der letzten stationären Behandlung vom 23. August 2017 sei – mit den Gutachtern – eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % anzunehmen, weil der Versicherte seither nicht mehr hospitalisiert worden sei (vgl. IV-act. 285).

8.5 Nach Erhalt des Vorbescheids vom 20. Januar 2023 reichte der Beschwerdeführer betreffend eine erneute, vom 24. Februar 2023 bis 30. März 2023 dauernde stationäre Behandlung im S._____ zunächst einen Zwischenbericht vom 16. März 2023 (IV-act. 303) und schliesslich den dazugehörigen Austrittsbericht vom 26. April 2023 (IV-act. 306) ein. In den Berichten wurden die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10 F44.4), sonstige nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität (ICD-10 R26.8), gutartige Neubildung der Hirnhäute bei Zustand nach Meningeom Operation 2015 (ICD-10 D32.0), spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten (ICD-10 Z11) sowie spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS CoV-2 (ICD-10 U99.0) genannt. Gemäss den Behandlern sei die Einweisung aufgrund von akuter Suizidalität erfolgt. Diagnostisch habe eine schwere depressive Episode bei rezidivierendem Krankheitsverlauf sowie Zustand nach Meningeom-Entfernung 2015 bestanden; zudem habe komorbid eine chronische und erheblich fixierte dissoziative Bewegungsstörung bestanden. Als Dekompensationsgrund habe jedoch kein Auslöser eruiert werden können. Es sei multimodales Therapieprogramm (antidepressive und schmerzmodulierende medikamentöse Behandlung, Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie etc.) durchgeführt worden. Eine Verbesserung der Schmerzsymptomatik und der depressiven Symptomatik habe nur bedingt erreicht werden können. Von Suizidalität habe er sich aber klar und glaubhaft distanziert. Er wurde als arbeitsunfähig entlassen.

8.6 Gemäss Aktennotiz vom 18. September 2023 hielten der leitende Psychiater der IVSTA sowie die zuständigen Juristen angesichts der beiden Gutachten in den Akten, aus welchen insbesondere eine Übertreibung des Gesundheitszustands und ungültige Tests hervorgegangen sein, an den bisherigen Feststellungen fest; die Arbeitsunfähigkeit sei lediglich vorübergehend (vgl. IV-act. 309).

9.

Der Beschwerdeführer macht im vorliegenden Beschwerdeverfahren im Wesentlichen geltend, die Vorinstanz sei den Anweisungen des Bundesverwaltungsgerichts gemäss Urteil C-6833/2018 vom 5. Juni 2020 nicht nachgekommen. Zunächst sei entgegen der Vorgabe des Bundesverwaltungsgerichts keine Begutachtung in der Fachrichtung Rheumatologie erfolgt, sondern es seine Expertise durch einen Facharzt für orthopädische Chirurgie erfolgt. Im Weiteren kritisiert er das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. G._____ in mehreren Punkten, da es den sehr detaillierten Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts in keiner Weise entspreche. So habe die Gutachterin eine rentenausschliessende Aggravation zu Unrecht bejaht. In jedem Fall sei ungeklärt geblieben, ob das festgestellt aggravierende Verhalten überhaupt willentlich oder ob es krankheitsbedingt sei. Ebenso wenig habe die Gutachterin zur Frage Stellung genommen, ob die Diagnose Hirntumor und die durchgeführte Operation nach medizinischem Wissenstand grundsätzlich eine dissoziative Störung auslösen könne. Im Weiteren habe die Gutachterin auch keine Beurteilung im Zeitlängsschnitt vorgenommen und sich nur ungenügend mit den vorhandenen Berichten auseinandergesetzt.

9.1 Das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte polydisziplinäre Gutachten vom 25. Juni 2022 beruht auf den Untersuchungen von Experten der medexperts ag, namentlich M. Sc. F._____, Neuropsychologin, Dr. med. univ. G._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. H._____, Facharzt für Neurologie, Dr. med. I._____, Assistenzarzt Neurologie, Dr. med. J._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. K._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH, die allesamt über die von der Rechtsprechung geforderten fachlichen Qualifikationen verfügen, um zu den Leiden und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers rechtsgenügend Stellung nehmen zu können. Soweit der Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang einwendet, das Gutachten entspreche nicht der Vorgabe des Bundesverwaltungsgerichts, wonach eine rheumatologisches Gutachten einzuholen sei, trifft es zwar zu, dass das Bundesverwaltungsgericht aufgrund der in den

medizinischen Akten enthaltenen (Verdachts-)Diagnose Fibromyalgie im vorangegangenen Urteil C-6833/2018 vom 5. Juni 2020 die Fachrichtung Rheumatologie – wobei es sich diesbezüglich von den Überlegungen der damals ursprünglich vorgesehenen Gutachterstelle, welche dem ursprünglich angedachten, über SuisseMED@P veranlassten Gutachtensauftrag diese Fachdisziplin hinzugefügt hat, leiten liess (vgl. dazu Urteil C-6833/2018 vom 5. Juni 2020 Sachverhalt Bst. B.b sowie E. 6.4.3) – als geboten erachtet hat. Allerdings ist dem Beschwerdeführer entgegenzuhalten, dass es primär Aufgabe der Gutachter ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1; Urteil des BVGer C-4537/2017 E. 8; vgl. betreffend polydisziplinäre Gutachten auch den seit 1. Januar 2022 in Kraft stehenden Art. 44 Abs. 5 ATSG); darauf hat das Bundesverwaltungsgericht auch im Urteil C-6833/2018 vom 5. Juni 2020 in Erwägung 7.2 explizit hingewiesen (vgl. auch E. 5 hiavor). Auch soweit der Beschwerdeführer behauptet, ein Rheumatologe sei mit Blick auf die in der Vergangenheit gestellte Verdachtsdiagnose Fibromyalgie zur diesbezüglichen Beurteilung ungleich besser geeignet als ein Orthopäde, kann ihm nicht gefolgt werden. Vorliegend ist zu beachten, dass an der Erstellung des Gutachtens eine Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie ein Facharzt für Orthopädie beteiligt waren, deren Fachkompetenz sich – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – durchaus auch auf rheumatologische Leiden wie Fibromyalgie erstreckt, zumal Gegenstand der Rheumatologie – als Teildisziplin der Inneren Medizin – (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates sind, was unter anderem auch auf die Orthopädie zutrifft (vgl. dazu das Urteil des BGer 9C_203/2010 vom 21. September 2010 E. 4.1). Das Bundesgericht hat jedenfalls wiederholt festgehalten, dass (chronische) Schmerzen am Bewegungsapparat sowohl Gegenstand der Rheumatologie als auch der Orthopädie bilden (Urteile des BGer 8C_682/2017 vom 14. Februar 2018 E. 6.2; 9C_688/2016 vom 16. Februar 2017 E. 3.5; 8C_835/2014 vom 16. Januar 2015 E. 3.3; vgl. auch BVGer C-2073/2017 vom 29. August 2019 E. 5.3.1). Zudem ist zu beachten, dass auch eine Fachärztin der Psychiatrie und Psychotherapie beteiligt war, die gestützt auf die Akten, auf die somatischen wie auch auf die eigenen Untersuchungen die organisch nicht erklärbaren Schmerzen respektive die chronifizierten, schmerzhaften Missempfindungen ohne organisches Korrelat im Ergebnis dahingehend gewürdigt hat, dass sie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD10 F45.4) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt hat. Die klinischen Erscheinungsbilder einer Fibromyalgie und einer somatoformen Schmerzstörung sind im Wesentlichen

ähnlich, weshalb es in der Praxis nicht selten vorkommt, dass manche Ärzte unterschiedslos die eine oder die andere Diagnose stellen oder Fibromyalgie mit der somatoformen Schmerzstörung gleichsetzen (zur Vergleichbarkeit der Diagnosen Fibromyalgie [ICD-10: M79.0] und somatoforme Schmerzstörung [ICD-10: F45.4] vgl. BGE 132 V 65 E. 4.1). In casu wurde die *Verdachtsdiagnose* Fibromyalgie von den behandelnden Ärzten denn auch lediglich zu Beginn der zahlreichen Behandlungen gestellt (vgl. die beiden Berichte des Kreiskrankenhauses T. _____ vom April und Mai 2015 [IV-act. 38 f.]) und im weiteren Verlauf der Behandlungen schliesslich ebenfalls die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt (vgl. z.B. IV-act. 3, 35 f., 47, 52, 77, 102, 123 f., 130 und 221). Aufgrund des Ausgeführten waren die involvierten Gutachter entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers befähigt, zu den Beschwerden und Schmerzen des Versicherten, die ausdrücklich in der Beurteilung berücksichtigt wurden, beweistauglich Stellung zu nehmen. Folglich vermag der Umstand, wonach die Gutachterstelle eine Untersuchung in der Fachdisziplin Orthopädie statt Rheumatologie durchgeführt hat, keine Zweifel an der Beweiskraft des Gutachtens zu begründen. Inhaltliche Rügen gegen das orthopädische Gutachten – wie auch im Übrigen gegen die weiteren somatischen Teilgutachten – bringt der Beschwerdeführer denn auch nicht vor. Seine Einwände beziehen sich inhaltlich vielmehr auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. G. _____ (vgl. E. 9.3 hiernach).

9.2 Die somatischen Teilgutachten basieren denn auch allesamt auf einer umfassenden Abklärung des Gesundheitszustandes des Versicherten. Die somatischen Gutachter hatten Kenntnis der Vorakten, führten im Rahmen der erforderlichen fachärztlichen persönlichen Untersuchungen detaillierte Befragungen und Anamneseerhebungen durch und nahmen auch Zusatzuntersuchungen vor (vgl. neuropsychologische Untersuchung vom 13. Mai 2022 [vgl. IV-act. 275] und Laboruntersuchung vom 8. April 2022 [vgl. Bericht vom 13. April 2022, IV-act. 276]). Die Gutachter legten die medizinische Bewertung sowie die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar und setzten sich auch mit den geklagten Beschwerden sowie mit dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Die Untersuchungen der Gutachter mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung als wichtigste Grundlage gutachtlicher Feststellungen und Schlussfolgerungen sind somit fachgerecht durchgeführt worden (vgl. Urteil des BGer 9C_867/2018 vom 28. Mai 2019 E. 5.2.1). Die vorgenommenen Schlussfolgerungen der Gutachter betreffend die Diagnosen und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, die in der erforderlichen interdisziplinären Konsensbeurteilung aufgenommen wurden, werden für den

Rechtsanwender ausführlich und nachvollziehbar begründet, wobei auch eine Auseinandersetzung mit den früheren medizinischen Beurteilungen stattfindet und im Weiteren auch die Fragen betreffend Konsistenz, Plausibilität sowie Ressourcen und Belastungen des Versicherten eingehend gewürdigt und beantwortet werden. In den entsprechenden somatischen Teilgutachten wird – im Einklang mit den bisherigen Akten – überzeugend aufgezeigt, dass sich die geltend gemachten körperlichen Beschwerden aus somatischer Sicht nicht erklären lassen – was auch mit der Einschätzung der behandelnden Fachärzte übereinstimmt. In somatischer Hinsicht steht somit unbestritten fest, dass lediglich Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen sind, namentlich ein Status nach Meningeom-Resektion am 14. April 2015, mässige Unkarthrosen sowie Spondylose C4-C6 (ICD-10 M47.82), dyspeptische Beschwerden (unter PPI-Therapie), Hyperurikämie, minim eingeschränkte Nierenfunktion (kontrollbedürftig) sowie Nikotinkonsum.

9.3 Umstritten ist demgegenüber die Beurteilung des Gesundheitszustands und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der psychiatrischen Gutachterin Dr. med. G._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Der Beschwerdeführer bemängelt mehrere Punkte am psychiatrischen Teilgutachten. Zunächst ist auf die strittigen Punkte im Zusammenhang mit der Diagnosestellung einzugehen.

9.3.1 Zunächst ist festzustellen, dass auch Dr. med. G._____ eine ausführliche Untersuchung mit Befragungen zu den aktuellen Beschwerden, zur Anamnese und zum Tagesablauf des Beschwerdeführers durchgeführt hat (IV-act. 274 S. 20 ff.). Ihre psychiatrische Befunderhebung erfolgte dabei detailliert und unter Berücksichtigung der Ergebnisse der zusätzlich durchgeführten neuropsychologischen Begutachtung vom 13. Mai 2022 (IV-act. 275) sowie der Laboruntersuchung vom 13. April 2022 (IV-act. 276). Der Aktenauszug enthält ebenfalls sämtliche in den Akten vorhandenen psychiatrischen Berichte und Gutachten (vgl. IV-act. 274 S. 56 ff.).

9.3.2 Gestützt auf diese Grundlagen legte Dr. med. G._____ im Rahmen ihrer Herleitung für den Rechtsanwender nachvollziehbar und schlüssig dar, dass beim Beschwerdeführer aktuell mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sowohl eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (mit somatischen und psychischen Faktoren) als auch eine dissoziative Bewegungsstörung zu diagnostizieren seien. Mit Blick auf die von der Gutachterin erfolgte Bestätigung der mehrfach in den Akten erwähnten Diagnose einer dissoziativen Störung erweist sich der Einwand des Beschwerdeführers,

wonach es die Gutachterin unterlassen habe, dazu Stellung zu nehmen, ob die Diagnose Hirntumor und die durchgeführte Operation nach medizinischem Wissensstand eine dissoziative Störung grundsätzlich auslösen könne, als nicht nachvollziehbar. Denn im vorangegangenen Beschwerdeverfahren erwies sich die gegenteilige Einschätzung des damaligen psychiatrischen Gutachters, wonach diese Diagnose auszuschliessen sei, für das Bundesverwaltungsgericht mangels einlässlicher medizinischer Begründung als nicht nachvollziehbar. Die fehlende Auseinandersetzung mit der vom Beschwerdeführer erwähnten Frage führte das Bundesverwaltungsgericht dabei als einen von mehreren Gründen auf, weshalb es im vorangegangenen Beschwerdeverfahren dem psychiatrischen Teilgutachten letztlich den Beweiswert absprach. Es wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass gemäss der ICD-10-Klassifikation nebst dem Fehlen einer körperlichen Erkrankung, welche die Symptome erklären könnten, ein enger zeitlicher Zusammenhang mit Belastungen, Problemen oder gestörten Beziehungen als Beleg für eine psychische Verursachung erforderlich sei. Da die geltend gemachte Lähmung relativ kurz nach der Diagnose Hirntumor und der anschliessend durchgeführten Operation aufgetreten sei, erschloss sich für das Bundesverwaltungsgericht mangels entsprechender gutachterlicher Erörterung nicht, inwiefern diese zusätzliche gesundheitliche Belastung nicht allenfalls geeignet sein könnte, die entsprechenden Kriterien der ICD-10 zu erfüllen; dies umso mehr, als die behandelnden Ärzte festgehalten hatten, dass der psychisch ohnehin schon labile Beschwerdeführer dadurch zusätzlich erschüttert worden sei (vgl. Urteil C-6833/2018 vom 5. Juni 2020 E. 6.5.7.2). Dr. med. G. _____ hat demgegenüber im Rahmen ihrer Herleitung sehr wohl erläutert, dass sich einige Wochen nach der Operation eine Lähmungssymptomatik entwickelt habe, welche nach entsprechenden Abklärungen und Ausschluss somatischer Ursachen der Diagnose dissoziative Störung zugewiesen worden sei, was sie aus ihrer gutachterlichen Sicht bestätigen könne. In diesem Zusammenhang erklärte die Gutachterin auch die Theorie, dass eine Dissoziation als autoregulative Traumaverarbeitung zu sehen sei und dabei drei Typen einer Konversionsstörung herausgearbeitet werden könnten, wobei der «expressive Typus» dem Beschwerdeführer entspreche. Schliesslich führte sie auch in Beantwortung der vom Beschwerdeführer eingereichten Gutachterfragen aus, dass die Neigung zur Entwicklung einer dissoziativen Störung retrospektiv durch geschilderte traumatisierende Erlebnisse in der Kindheit und in der Jugend infolge einer Zwangsverheiratung begünstigt worden sein könnte; ein weiterer begünstigender Faktor sei rein anamnestisch auch die vermutlich ebenfalls dissoziative Lähmung der Mutter des Beschwerdeführers, die mit einer ähnlichen Symptomatik reagiert habe,

nachdem sie von der Zwangsheirat erfahren habe. Mit anderen Worten hat die Gutachterin die Diagnose einer dissoziativen Störung unter Berücksichtigung des zeitlich engen Zusammenhangs zwischen der Diagnosestellung Hirntumor mit anschliessender operativer Versorgung sowie dem späteren Auftreten der Lähmungserscheinungen gestellt. Der Einwand des Beschwerdeführers zielt entsprechend ins Leere.

9.3.3 Im Weiteren besteht entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers auch kein Anlass, an der gutachterlichen Schlussfolgerungen zu zweifeln, wonach im Zeitpunkt der Exploration ein remittiertes Zustandsbild bei rezidivierender depressiver Störung vorlag und auch keine Dysthymie festgestellt werden konnte.

9.3.3.1 Die Gutachterin stützte ihre Beurteilung sowohl auf die Aktenlage wie auch auf die klinischen Untersuchungen im Rahmen der mehrtägigen Begutachtung. Weder anlässlich der psychiatrischen Begutachtung noch anlässlich der weiteren gutachterlichen klinischen Untersuchungen hat eine relevante depressive Symptomatik festgestellt werden können; das heisst, während der mehrtägigen Untersuchungen hat es keinen Hinweis auf eine klinisch relevante durchgehende depressive Stimmungslage oder sonstige anhaltende depressive Symptome gegeben. Auch objektive Anhaltspunkte für anhaltende depressive Symptome können dem Gutachten nicht entnommen werden. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer gegenüber der Gutachterin über Gedanken von Lebensüberdruß und zeitweise auch von Suizidgedanken wie auch von mehrfachen Suizidversuchen, letztmals im Jahr 2021, berichtet hat, vermag keine Zweifel an dieser gutachterlichen Einschätzung zu begründen, handelt es sich doch dabei um rein subjektive Angaben im Rahmen der Anamnese. Für die vom Beschwerdeführer berichteten mehrfachen Suizidversuche, letztmals angeblich im Jahr 2021, gibt es überdies in den Akten keine Unterlagen, welche seine Aussage auch nur ansatzweise belegen würden. Vielmehr kann den zahlreichen Berichten betreffend die diversen stationären Behandlungen entnommen werden, dass der Beschwerdeführer in der Vergangenheit zwar Suizidgedanken geäussert, sich jedoch auch jeweils von aktiver Suizidalität distanziert hat (vgl. IV-act. 130 S. 3, IV-act. 102 S. 3, IV-act. 77 S. 3, IV-act. 47 S. 5, IV-act. 45 S. 2, IV-act. 40 S. 4, IV-act. 39 S. 2, IV-act. 38 S. 2, IV-act. 35 S. 4). Auch im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung hat er keine Suizidabsichten geäussert (vgl. IV-act. 274 S. 27). Die Gutachterin stellte darüber hinaus auch zutreffend fest, dass der Beschwerdeführer aktuell keine Antidepressiva einnimmt, entspricht dies doch den eigenen Angaben des Beschwerdeführers gegenüber sämtlichen

Teilgutachtern. Im Rahmen der verschiedenen Untersuchungen hat der Beschwerdeführer betreffend die aktuelle (Dauer-)Medikation lediglich (neuropathische) Schmerzmittel, einen Magenschoner sowie Augentropfen angegeben; die Einnahme von Antidepressiva nannte er hingegen nicht (vgl. IV-act. 274 S. 14, S. 25, S. 40 und S. 50 sowie IV-act. 275 S. 5). Im Rahmen der neurologischen Untersuchung hat er explizit angegeben, *in der Vergangenheit* antidepressive Medikamente eingenommen zu haben (vgl. IV-act. 274 S. 42). Es wurde zudem ein Substanzscreening unter anderem auch auf Benzodiazepine durchgeführt, welches unauffällig blieb (vgl. IV-act. 274 S. 27 und IV-act. 276). Im Weiteren ist zu beachten, dass die letzte Verschreibung eines Antidepressivums im Entlassbericht vom 23. August 2017 betreffend die stationäre Behandlung vom 4. Juli 2017 bis 23. August 2017 aktenkundig erwähnt wird. In den Verlaufsberichten des damals behandelnden Psychiaters Dr. med. E. _____ vom 12. Februar 2019 (IV-act. 236) sowie vom 29. September 2020 (IV-act. 221) werden betreffend die aktuelle Medikation einzig noch Schmerzmittel und ein Magenschoner erwähnt; Antidepressiva werden hingegen nicht mehr aufgeführt. In diesem Zusammenhang ist überdies zu beachten, dass der Beschwerdeführer seit August 2017 bis zum Gutachtenszeitpunkt sich nicht mehr in stationäre Behandlung begeben hat, was für eine Verbesserung des Gesundheitszustands spricht, wie auch der Umstand, dass er beim Psychiater lediglich noch «bei Bedarf» Termine hat (vgl. IV-act. 274 Ziff. 3.2.11 S. 25). An der Schlüssigkeit dieser gutachterlichen Beurteilung vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Dass der Beschwerdeführer nach Erhalt des Vorbescheids vom 20. Januar 2023 wiederum einen «Zusammenbruch» erlitten habe und von seinem Psychiater Dr. med. U. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, bei welchem der Beschwerdeführer nunmehr in Behandlung steht (mit Dr. med. E. _____ gab es gemäss Aussagen des Beschwerdeführers einen Konflikt [IV-act. 274 Ziff. 3.2.11 S. 25]), am 24. Februar 2023 offenbar wegen akuter Suizidalität in stationäre Behandlung eingewiesen wurde, ändert nichts an der schlüssigen gutachterlichen Beurteilung im Zeitpunkt der Untersuchung, welche rund 10 Monate zuvor stattgefunden hat. Zudem konnte gemäss Austrittsbericht vom 26. April 2023 für den Zusammenbruch kein Auslöser eruiert werden (vgl. IV-act. 306 S. 4).

9.3.3.2 Doch nicht nur im Querschnitt, sondern auch im Längsschnitt erweist sich die psychiatrische Einschätzung eines remittierten Zustandsbildes als schlüssig. Die Gutachterin hat den Krankheitsverlauf des Beschwerdeführers seit 2015, einschliesslich des vom Beschwerdeführer ins Recht gelegten Berichts von Dr. E. _____ vom 29. September 2020, gut

dokumentiert (vgl. IV-act. 274 Ziff. 7.1 S. 32 ff.). Zwar trifft es zu, dass die Gutachterin inhaltlich lediglich kurz auf die entsprechenden Berichte eingeht, indem sie den Krankheitsverlauf aus psychiatrischer Sicht seit 2015 darstellt. Allerdings scheint der Beschwerdeführer zu übersehen, dass Dr. med. G. _____ – im Gegensatz zu Dr. med. V. _____ – die von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnosen, insbesondere auch die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung wie auch die Beurteilungen bezüglich des Grads der Ausprägung dieser Diagnose grundsätzlich nicht in Abrede gestellt hat. Indem sie festgehalten hat, dass die rezidivierende depressive Episode aktuell remittiert sei, bringt die Gutachterin zum Ausdruck, dass sie die Diagnosen der behandelnden Ärzte und deren Einschätzung zum Schweregrad zum damaligen Zeitpunkt nicht in Frage stellt. In ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 12. September 2022 hielt sie zudem fest, dass während der stationären Aufenthalte des Beschwerdeführers dessen Arbeitsfähigkeit vollständig aufgehoben war. Einzig die von Dr. med. E. _____ im Bericht vom 29. September 2020 erwähnte Double Depression hat die Gutachterin in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 12. September 2022 angezweifelt. Zwar begründet sie ihre Ansicht nicht näher. Allerdings ist zu beachten, dass der entsprechende Bericht lediglich eine kurze Zusammenfassung der bisherigen Leiden enthält, wobei der Zustand des Beschwerdeführers im Wesentlichen unverändert gewesen sein soll. Mit Blick auf den darin aufgeführten Medikamenten-Einnahmeplan, gemäss welchem keine Antidepressiva (mehr) eingenommen werden, sondern lediglich (neuropathische) Schmerzmittel und ein Magenschoner (vgl. E. 9.3.3.2 hiervor), und den Umstand, dass kein (aktueller) psychopathologischer Befund enthalten ist, erweisen sich zumindest die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer, und Dysthymie als nicht schlüssig und nachvollziehbar. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer seit August 2017 keine stationäre Behandlung mehr aufgesucht hat. Somit sind die von der Gutachterin geäusserten Zweifel an der Beurteilung des behandelnden Psychiaters begründet und nachvollziehbar. Jedenfalls war im Längsschnitt aufgrund der übereinstimmenden Beurteilung eine weitergehende inhaltliche Auseinandersetzung mit den entsprechenden Berichten nicht erforderlich. Demgegenüber ist der Verfasser des im vorangegangenen Beschwerdeverfahren C-6833/2018 überprüften psychiatrischen Teilgutachtens von der Beurteilung der behandelnden Ärzte abgewichen. Im Rahmen seiner Exploration hatte der damalige Gutachter jedoch mit bloss pauschalem Verweis auf eine festgestellte Aggravation keine psychiatrischen Diagnosen gestellt, was so nicht nachvollziehbar war. In Bezug auf die von den behandelnden Ärzten gestellte Diagnose rezidivierende depressive Episode hat er ausgeführt, dass aufgrund seiner

Untersuchungen kein depressives Zustandsbild vorliege und die Befundlage gemäss ICD-10-Kriterien die Diagnose einer depressiven Episode nicht rechtfertige. Im Weiteren stellte er insbesondere die von den behandelnden Ärzten in der Vergangenheit diagnostizierte schwere Ausprägung der depressiven Episoden in Frage, was sich für das Bundesverwaltungsgericht mit Blick auf die anderslautenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte ohne entsprechende einlässliche inhaltliche Auseinandersetzung als nicht nachvollziehbar erwies. Im Weiteren mangelte es dem damaligen Gutachten auch an einer Aussage hinsichtlich der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Insbesondere aus diesen Gründen erwies sich die retrospektive Beurteilung seit 2015 (Längsschnitt) des damaligen Gutachters als insgesamt unklar (vgl. Urteil des BVGer C-6833/2018 vom 5. Juni 2020 E. 6.5.8.2). Wie bereits festgestellt, trifft dies auf die vorliegend zu beurteilende gutachterliche Würdigung nicht zu. Dass der Beschwerdeführer nach Erhalt des Vorbescheids vom 20. Januar 2023 im Februar 2023 knapp 10 Monate nach der Untersuchung respektive knapp 8 Monate nach Erstellung des Gutachtens und 5 Monate nach der ergänzenden Stellungnahme der psychiatrischen Gutachterin in psychischer Hinsicht – wobei wie ausgeführt ein Auslöser nicht habe eruiert werden können (vgl. E. 9.3.3.1 hiavor) – eine Dekompensation erlitt, vermag auch keine Zweifel an der gutachterlichen Diagnosestellung im Zeitpunkt der Begutachtung zu begründen. Der Diagnose «rezidivierende depressive Störung» ist per Definition inhärent, dass die Erkrankung im Verlauf gewissen Schwankungen unterliegt. Mit Blick auf das soeben Ausgeführte erweist sich die gutachterliche Einschätzung von Dr. G._____, wonach die rezidivierende depressive Störung im Zeitpunkt der Begutachtung remittiert sei und auch aktuell keine Dysthymie festgestellt werden könne, als schlüssig und nachvollziehbar. An diesem Ergebnis vermag schliesslich auch das mit Beschwerde eingereichte amtliche Gutachten von Dr. med. W._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 28. September 2022 nichts zu ändern. Zum einen hatte das Gutachten die Frage zum Gegenstand, ob die amtliche juristische Betreuung zu verlängern sei. Zum anderen ist dieses Gutachten für die vorliegend streitigen Belange weder umfassend noch beruht es auf allseitigen Untersuchungen und ist auch nicht in Kenntnis sämtlicher Vorakten, insbesondere auch nicht in Kenntnis des vorliegend zu beurteilenden Gutachtens, ergangen. Damit erfüllt es auch nicht die Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten (E. 4.6.1 hiavor).

9.3.4 Im Weiteren hat die Gutachterin Dr. med. G._____ auch schlüssig und nachvollziehbar erläutert, dass beim Beschwerdeführer weder eine klinisch relevante Traumafolgestörung noch eine relevante Störung der

Persönlichkeit abgeleitet werden können. Sie weist darauf hin, dass der Beschwerdeführer selbst im Rahmen der Untersuchung berichtet habe, die Ereignisse in seiner Kindheit mitsamt der Zwangsverheiratung im Alter von 15 Jahren sowie die bis ins frühe Erwachsenenalter erfolgte Verfolgung durch die Brüder seiner damaligen Ehefrau recht gut verarbeitet zu haben und in all den Jahren unter keinen posttraumatischen Symptomen gelitten zu haben. Zudem habe er auch aktuell über keine Alpträume oder Flashbacks berichtet (vgl. IV-act. 274 S. 21 und S. 31). Betreffend die Störung der Persönlichkeit führt sie im Weiteren aus, eine solche ergebe sich weder anamnestisch noch anhand der vorliegenden Aktenlage. Im Rahmen der Untersuchung habe es Hinweise auf histrionische, aufbrausende und emotional instabile Anteile gehabt, welche als akzentuierte Persönlichkeitszüge gewertet werden könnten (vgl. IV-act. 274 S. 7 und S. 31). Entsprechende histrionische Merkmale haben im Übrigen bereits die behandelnden Ärzte in ihrem ausführlichen Bericht vom 26. Mai 2017 betreffend die vom 5. April 2017 bis 26. Mai 2017 dauernde stationäre Behandlung festgestellt; diese haben zudem auch narzisstische Merkmale ausgemacht (vgl. IV-act. 102 S. 4), was auch bereits früher dokumentiert worden ist (vgl. IV-act. 36 S. 11).

9.3.5 Schliesslich führte die Gutachterin bezüglich eines allfälligen Suchtleidens aus, ein Suchtleiden liege heute nicht mehr vor. Ab 2014 bis 2017 sei von einer Opioidabhängigkeit auszugehen; 2017 sei der Beschwerdeführer im Rahmen einer stationären Behandlung in der psychiatrischen Klinik T._____ von Tilur (recte: Tilidin) entwöhnt worden. Auch diese Ausführungen erweisen sich als schlüssig. Dabei stützt sie sich nicht nur auf die Aussagen des Beschwerdeführers, der davon (stolz) berichtet hat, er sei vom opioidhaltigen Medikament weggekommen. Vielmehr wurde anlässlich der Begutachtung auch ein Substanzscreening (auf Kokain, Cannabis, Opioide, Benzodiazepine, Amphetamine und Methadon) durchgeführt (vgl. IV-act. 274 S. 27), welches gemäss Labor (IV-act. 276) unauffällig ausfiel. Im Weiteren decken sich ihre Ausführungen mit den Angaben im ausführlichen Bericht der psychiatrischen Klinik T._____ vom 26. Mai 2017, wonach im Rahmen der stationären Behandlung Tilidin erfolgreich habe abgesetzt werden können (vgl. IV-act. 102 S. 5). Ein Screening hinsichtlich Alkoholmissbrauchs wurde soweit ersichtlich zwar nicht durchgeführt. Dies ist jedoch mit Blick auf die weiteren Akten nicht von Relevanz. Ein allfälliger schädlicher Gebrauch von Alkohol war aktenkundig, wenn überhaupt, höchstens vorübergehender Natur, wurde doch ein solcher einzig im Bericht der psychiatrischen Klinik T._____ vom 26. Mai 2017 festgehalten (IV-act. 102). Im Rahmen der darauffolgenden stationären

Behandlung in derselben Klinik wurde diese Diagnose von denselben Ärzten nicht mehr gestellt (vgl. Entlassbericht vom 23. August 2017 [IV-act. 130]). Im Weiteren gibt es auch bezüglich des weiteren Verlaufs in den Akten keine Anhaltspunkte, dass beim Beschwerdeführer ein Alkoholproblem bestehen könnte. Im Gegenteil. Im Rahmen des letzten stationären Aufenthalts vom 24. Februar 2023 bis 30. März 2023 im S. _____ wurde im Rahmen des ausgewerteten Blutbilds betreffend Alkoholmissbrauch ein Wert weit unter dem Cut-Off festgestellt (vgl. die zum Austrittsbericht vom 26. April 2023 angehefteten Laborwerte [IV-act. 306 S. 6]).

9.3.6 Als Zwischenfazit ist festzustellen, dass das psychiatrische Teilgutachten in diagnostischer Hinsicht nicht zu beanstanden ist.

9.4 Jedoch nicht nur in diagnostischer Hinsicht, sondern auch mit Blick auf die Beurteilung der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ist das psychiatrische Gutachten nicht zu beanstanden. Weder der Kritik des Beschwerdeführers, wonach die psychiatrische Gutachterin die im Urteil C-6833/2018 vom 5. Juni 2020 im Zusammenhang mit der Aggravation aufgestellten Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts im Rahmen einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung nicht rechtsgenügend umgesetzt haben soll, noch dem Einwand, die Gutachterin habe die Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ungenügend berücksichtigt, kann gefolgt werden.

9.4.1 Bezüglich der festgestellten Aggravation stützte Dr. med. G. _____ ihre Schlussfolgerung auf Grundlage einer breiten Beobachtungsbasis unter Berücksichtigung sämtlicher Aspekte des vorliegenden Einzelfalls. Die Gutachterin hat zunächst erläutert, dass aufgrund der neuropsychologischen Untersuchung insgesamt aufgrund der multiplen Diagnosen eine gewisse Minderung der Belastbarkeit und der kognitiven Fähigkeiten durchaus möglich wären. Während der Untersuchung habe sich der Beschwerdeführer deutlich durch seine Gesamtsituation belastet präsentiert, habe affektiv kaum ins Positive ausgeschwungen und erschien im Antrieb deutlich gemindert. Sein Sprech- und Arbeitstempo seien deutlich verlangsamt gewesen. Im Erzählverhalten sei er sehr weitschweifig gewesen, habe häufig an der Frage vorbeigeredet und dabei oft auf seiner Krankheitsgeschichte perserviert. Dabei seien seine Angaben überwiegend detailliert und differenziert gewesen. Bezüglich seines genaueren Krankheitsverlaufs seien jedoch oft keine klaren Aussagen möglich gewesen. Aus der Testuntersuchung seien bis zu schweren Beeinträchtigungen in den Aufmerksamkeits-, mnestischen- und Exekutivfunktionen hervorgegangen.

9.4.1.1 Indessen hätten sich beim Beschwerdeführer in den präsentierten Symptomen während der Untersuchung massgebende Inkonsistenzen ergeben. Dr. med. G._____ hat dabei für den Rechtsanwender schlüssig und nachvollziehbar dargelegt, dass die im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung festgestellten massgebenden Inkonsistenzen keinem stimmigen neuropsychologischen Störungsmuster zuzuordnen sind. So sind zwar aus der Testuntersuchung schwere Beeinträchtigungen in den Aufmerksamkeits-, mnestischen- und Exekutivfunktionen hervorgegangen. Jedoch ergaben sich in den präsentierten Symptomen erhebliche Inkonsistenzen, indem der Beschwerdeführer in schwierigeren Aufgaben teilweise bessere Ergebnisse erzielte und bei Messung derselben Teilfunktion sich diskrepante wie auch schwankende Resultate ergaben, welche neuropsychologisch nicht erklärbar waren. Aus den Befunden der Symptomvalidierungsverfahren sind – trotz der vorgängigen Aufklärung über die erfolgende Validierung der geschilderten und präsentierten Symptome sowie der Anstrengungsbereitschaft – deutliche Hinweise auf eine verminderte Anstrengungsbereitschaft im Rahmen eines Aggravationsverhaltens hervorgegangen, da ein Leistungsprofil resultierte, welches nur durch eine ungenügende Anstrengungsbereitschaft erklärbar ist. Aufgrund dieser nicht validen Testergebnisse, ging die Gutachterin davon aus, dass die erfassten Befunde nicht durchgängig das tatsächliche kognitive Leistungsvermögen des Beschwerdeführers widerspiegeln. Ob und in welchem Ausmass in den oben beschriebenen Teilfunktionen mit präsentierten Auffälligkeiten tatsächliche Leistungseinschränkungen bestehen, war angesichts der eingeschränkten Validität aus nachvollziehbaren Gründen daher nicht möglich. Die Gutachterin verwies in diesem Zusammenhang überdies zutreffend darauf hin, dass bereits in der Vergangenheit, das heisst im Jahr 2015 und im Jahr 2018 im Rahmen von neuropsychologischen Untersuchungen auch keine validen Befunde haben erhoben werden können (vgl. IV-act. 274 S. 28 und IV-act. 275 S. 6 f.). Das Bundesverwaltungsgericht hat im vorangegangenen Beschwerdeverfahren ausserdem festgestellt, dass in der Vergangenheit auch von den behandelnden Ärzten Hinweise auf Inkonsistenzen und Aggravation festgehalten wurden (vgl. Urteil C-6833/2018 vom 5. Juni 2020 E. 6.5.5). Im Übrigen hat auch Dr. med. W._____ in seinem amtlichen psychiatrischen Gutachten vom 28. September 2022 im Rahmen des psychopathologisch erhobenen Befunds deutliche Unterschiede zwischen den vom Beschwerdeführer subjektiv geklagten Einschränkungen der Mnestik und den von ihm objektiv erhobenen Befunden festgehalten; gemäss Gutachter waren betreffend Mnestik objektiv keine Defizite erkennbar, was doch eine deutliche Diskrepanz darstellte (vgl. BVGer-act. 1 Beilage 5 S. 3).

9.4.1.2 Im Weiteren hat Dr. med. G. _____ klar festgehalten, dass sich die nicht validen Testergebnisse – mit deutlichen Hinweisen auf negative Antwortverzerrung – nicht ursächlich auf eine Depression, eine Traumafolgestörung oder eine Persönlichkeitsstörung (zur schlüssigen Diagnosestellung vgl. E. 9.3.2 bis 9.3.5. hiervor) zurückzuführen lassen, sondern eindeutig anzeigen, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit aufgrund eingeschränkter Mitwirkung ein valides Testprofil nicht ermittelt werden konnte. Entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers hat die Gutachterin demzufolge klar ausgeschlossen, dass das von ihr beschriebene aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswerte psychische Störung zurückzuführen ist. Die vom Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang vorgehaltene «Diagnose» akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) vermag jedenfalls daran nichts zu ändern. Denn Z-kodierte Diagnosen fallen nicht unter den Begriff der invaliditätsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen und stellen somit auch grundsätzlich keine invalidisierenden Gesundheitsschäden dar (vgl. Urteile des BGer 9C_542/2019 vom 12. November 2021 E. 3.2 mit Hinweis auf SVR 2012 IV Nr. 22 S. 95, 8C_302/2011 vom 20. September 2011 E. 2.3). Nicht nachvollziehbar erweist sich zudem der Einwand des Beschwerdeführers, die Gutachterin hätte nicht abgeklärt, inwiefern die dissoziative Störung selbst zu übertriebenen, als aggravatorisch wahrgenommenen Schilderungen führten, hat sie doch gerade mit der Bestätigung (u.a.) dieser Diagnose und ihren Ausführungen, wonach der Beschwerdeführer dem expressiven Typus mit symbolisch-expressiver Präsentation somatischer Symptome als unbewusster Ausdruck von Schmerz, Wut und Hilflosigkeit zuzuordnen sei, im Kerngeschehen ein unbewusstes Verhalten attestiert und somit im Rahmen ihrer Würdigung einen jeglichen Rentenanspruch per se ausschliessende Aggravation nicht angenommen. Der Beschwerdeführer erkennt, dass die Gutachterin das von ihr festgestellte aggravatorische Verhalten vielmehr auf das Ausmass der Störung respektive der von ihm geltend gemachten Beschwerden und Einschränkungen bezogen hat. Insofern erweist sich auch sein Einwand, wonach die Gutachterin angeblich zwischen Symptomverdeutlichung und Aggravation nicht zu unterscheiden scheine, als unbehelflich.

9.4.1.3 Dabei hat die Gutachterin nebst der Würdigung der sich aus der neuropsychologischen Untersuchung ergebenden Diskrepanzen und Inkonsistenzen auch weitere Aspekte berücksichtigt. Denn zum Bild einer Aggravation passen auch die weiteren von der Gutachterin beschriebenen Diskrepanzen und Inkonsistenzen (widersprüchliche Angaben zur Häufigkeit des Pflegedienstes im Rahmen der verschiedenen Teilgutachten sowie

im Vergleich zur Aktenlage; fehlender Serumspegel von Novalgin trotz geklagter Schmerzen; ungeübter Eindruck mit dem Rollstuhl trotz Angabe, darauf angewiesen zu sein). Zwar liegt es im Bereich des Möglichen, dass der Beschwerdeführer am Tag, als der Serumspegel bestimmt wurde, die Einnahme des Novalgin vergessen haben könnte. Allerdings hat er gegenüber den Gutachtern jeweils angegeben, dass der Pflegedienst ihm die Medikamente jeden Tag richten würde (vgl. IV-act. 274 S. 5, 14, 21, 25, 29, 41 und 50 sowie IV-act. 275 S. 4). Hierbei werden erfahrungsgemäss Medikamentendispenser verwendet, die in «morgens, mittags, abends, nachts» unterteilt sind. Daher erscheint es vorliegend als wenig glaubhaft, dass er einerseits die Einnahme von Novalgin vergessen und gleichzeitig zu viel vom Präparat Pregabalin eingenommen haben soll. Im Weiteren ist sein Vorbringen nicht nachvollziehbar, inwiefern der Umstand, dass er seine rechte Seite zeitweise belasten kann und gar nicht behauptet habe, sich ohne Rollstuhl nicht fortbewegen zu können, den von den Gutachtern beobachteten ungeübten Eindruck mit dem Rollstuhl erklären soll. Denn der Beschwerdeführer hat gegenüber den Gutachtern jeweils selbst gesagt, seit der Operation im Jahr 2015 immer oder zumindest grundsätzlich auf den Rollstuhl angewiesen zu sein, respektive sich zumeist in diesem fortzubewegen (vgl. IV-act. 274 S. 5, 13, 21, 23, 41 und 51 sowie IV-act. 275 S. 5). Bei einer behaupteten regelmässigen respektive überwiegenden Benutzung eines Rollstuhls darf aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung jedoch davon ausgegangen werden, dass der Benutzer mit der Zeit eine gewisse Übung im Umgang mit dem Hilfsmittel erlangt. Es erscheint daher als höchst unwahrscheinlich, dass ein zeitweises, gemäss eigenen Aussagen des Beschwerdeführers jedoch seltenes Fortbewegen ohne Rollstuhl dazu führen soll, dass er eine gewisse Übung mit dem entsprechenden Hilfsmittel selbst nach all den Jahren, namentlich seit 2015 (gemäss Aussage des Beschwerdeführers, vgl. IV-act. 274 S. 21), nicht erlangt haben soll. Überhaupt ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass auch im Rahmen der körperlichen Untersuchung im orthopädischen Teilgutachten erhebliche Diskrepanzen beschrieben wurden. So hielt Dr. med. K._____ fest, dass die festgestellte fehlende Muskelatrophie an der rechten unteren Extremität (der Gutachter hat nach mehrmaligem Nachmessen auf verschiedenen Höhen einen identischen Umfang an Unter- und Oberschenkel der beiden Extremitäten festgestellt), welche nach mehrjähriger Rechtsseitenlähmung zu erwarten wäre, *atypisch* sei. Ausserdem hat der orthopädische Gutachter bei der Untersuchung der passiven Flexion der rechten Schulter beim Loslassen des gestreckten und im Schultergelenk flektierten Armes ein aktives Abbremsen des fallenden Armes beobachtet, wobei er dieses Phänomen auch bei dreimaliger

Wiederholung dieser Untersuchung feststellen konnte (vgl. IV-act. 274 S. 53). Genauso wurde auch im Entlassbericht des S._____ 26. April 2023 betreffend die nach Erhalt des Vorbescheids vom 20. Januar 2023 durchgeführte stationäre Behandlung vom 24. Februar 2023 bis 30. März 2023 im Rahmen des neurologischen Gesprächs bei demonstrierter Plegie des rechten Arms wiederholte vermutlich willkürliche Bewegungen dieses Arms beschrieben (vgl. IV-act. 306 S. 3). Bereits hingewiesen wurde auf die von Dr. med. W._____ in seinem Gutachten festgestellten Diskrepanzen betreffend Mnestic (E. 9.4.1.1 hiervor). All das Ausgeführte deutet insgesamt seit Jahren darauf hin, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und Einschränkungen in einer objektivierten Betrachtungsweise mit überwiegender Wahrscheinlichkeit klar nicht das von ihm gegenüber den Gutachtern – wie auch den behandelnden Ärzten – jeweils präsentierte Ausmass erreichen und demzufolge erstellt ist, dass zumindest Aggravation vorliegt.

9.4.1.4 An der Richtigkeit der festgestellten Aggravation vermögen schliesslich auch die Einwände des Beschwerdeführers betreffend regelmässige Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungen und sozialer Rückzug nichts zu ändern. Soweit der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdeschrift behaupten lässt, er gehe in regelmässige psychologische Gesprächstherapie, ist ihm entgegenzuhalten, dass er gegenüber Dr. med. G._____ noch angegeben hatte, Termine bei seinem Psychiater «bei Bedarf» wahrzunehmen; vor der Begutachtung vom 6. April 2022 habe er seinen (damaligen) Psychiater letztmals im Dezember 2021, das heisst vier Monate vor der psychiatrischen Begutachtung, gesehen (IV-act. 274 S. 25). Unter diesen Umständen ist rechtsprechungsgemäss kaum von einer ausreichenden Behandlungsfrequenz auszugehen, weshalb auch nicht von einer psychotherapeutischen Behandlung in nützlicher Kadenz die Rede sein kann, hat doch das Bundesgericht selbst einen Termin alle zwei bis drei Wochen für eine konsequente Therapie als ungenügend qualifiziert (vgl. Urteile des BGer 9C_234/2025 vom 18. November 2025 E. 5.2.2; 8C_814/2016 vom 3. April 2017 E. 5.3.2 mit Hinweisen, nicht publ. in: BGE 143 V 66, aber in: SVR 2017 IV Nr. 47 S. 139). Dies spricht gegen die Behauptung von regelmässigen Gesprächstherapien und stellt letztlich auch einen tatsächlichen Behandlungsbedarf respektive Behandlungswillen in Frage und lässt dementsprechend auf einen geringen Leidensdruck schliessen. Auch im Rahmen des Beschwerdeverfahrens hat der Beschwerdeführer keine medizinischen Unterlagen eingereicht, welche rechtsgenügend belegen würden, dass er sich regelmässig in nützlicher Kadenz in psychologische Gesprächstherapien begeben würde. Der

inhaltlich nicht aussagekräftige Kurzbericht seines (neuen) Psychiaters Dr. med. U. _____ vom 23. Juli 2024 vermag diesen Beweis jedenfalls nicht zu erbringen. Aufgrund der zahlreichen soeben beschriebenen erheblichen Inkonsistenzen und Diskrepanzen steht auch der bis zu einem gewissen Grad allenfalls erfolgte soziale Rückzug, welchen der Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern beschrieben hat, der festgestellten Aggravation nicht entgegen. Denn der Beschwerdeführer hat selbst einen guten Kontakt zu seinen Kindern sowie inzwischen auch zur Kindsmutter beschrieben. Ebenso nannte er die Angehörigen der Familie, welche ihn im Haushalt unterstützen, gute Freunde (IV-act. 274 S. 21, 29 und 41). Schliesslich kann dem Gutachten entnommen werden, dass er zu den Untersuchungen unter anderem von einem Bekannten begleitet wurde (IV-act. 274 S. 35 und IV-act. 275 S. 5). Entsprechend bestehen auch Zweifel an seiner Aussage, wonach er seinen Bekanntenkreis verloren habe. Im Weiteren geht der Beschwerdeführer ausser Haus, indem er gelegentlich bei der Pflegefamilie ist und Spaziergänge unternimmt (vgl. act. 274 S. 25). Unter diesen Umständen kann nicht von einem weitestgehenden sozialen Rückzug gesprochen werden. Gegen einen behaupteten weitestgehenden sozialen Rückzug spricht insbesondere auch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer unbestritten und gemäss eigenen Angaben während des hängigen Beschwerdeverfahrens mehrere Monate lang in seinem Heimatland Türkei weilte (vgl. BVGer-act. 13 S. 2).

9.4.2 Schliesslich werden im Gutachten entgegen der Ansicht, welche der Beschwerdeführer vertreten lässt, auch die Standardindikatoren rechtsgenügend behandelt. Die Vorinstanz stellte zutreffend fest, dass insbesondere den Seiten 29 bis 35 (psychiatrisches Teilgutachten), 43 bis 46 (neurologisches Teilgutachten) sowie 53 (recte: 52 bis 54; orthopädisches Teilgutachten) des Gesamtgutachtens (IV-act. 274) die Antworten auf die entsprechenden Fragen im Zusammenhang mit den Standardindikatoren entnommen werden können. Der Beschwerdeführer substantiiert denn auch nicht annähernd, inwiefern die Standardindikatoren ungenügend berücksichtigt sein sollen.

9.4.2.1 Zunächst kann der Vollständigkeit halber auf die Ausführungen betreffend die schlüssige Diagnosestellung verwiesen werden, wonach zum Zeitpunkt der Begutachtung sowohl hinsichtlich der rezidivierenden depressiven Störung als auch hinsichtlich der Dysthymie eine Remission festgestellt wurde (vgl. E. 9.3 ff. hiervor), so dass diese beim Komplex Komorbidität nicht ins Gewicht fallen. Zudem hielt die Gutachterin aufgrund der bestätigten multiplen Diagnosen (vgl. E. 9.3.2 hiervor) eine gewisse

Einschränkung für möglich, jedoch war die Beurteilung der Funktionseinschränkungen, Ressourcen und Arbeitsfähigkeit mangels valider Testresultate im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung nicht möglich (E. 9.4.1 f. hiervor). Betreffend die behauptete Behandlungsresistenz kann im Weiteren auf die Ausführungen betreffend Inkonsistenzen im Zusammenhang mit den wahrgenommenen Therapien (fehlende Einnahme von Antidepressiva [E. 9.3.3.1] sowie geringe Behandlungsfrequenz [E. 9.4.1.4]) verwiesen werden. Die nicht konsequent durchgeführten Therapien dürften jedenfalls massgeblich zur fehlenden Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands beigetragen haben. Dabei wären die beiden diagnostizierten psychischen Erkrankungen grundsätzlich mittels einer (konsequenten) Psychotherapie anzugehen. Zudem könne für die medikamentöse Behandlung der dissoziativen Störung auch ein Serotonin-Wiederaufnahmehemmer erwogen werden (vgl. IV-act. 274 S. 36 Ziff. 8.3), womit weitere Therapieoptionen bestehen.

9.4.2.2 Nicht nachvollziehbar und auch nicht näher substantiiert ist im Weiteren das Vorbringen des Beschwerdeführers, die festgestellten akzentuierten Persönlichkeitszüge seien nur unzureichend berücksichtigt oder sogar als Ressource gewertet worden. Vielmehr hielt die Gutachterin als Einschränkung fest, dass es in den Akten zum Teil Hinweise auf ein teilweise reduziertes Problemlösevermögen gebe. Im Weiteren erachtete sie die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben teilweise als eingeschränkt, da anstehende Aufgaben laut Angaben des Beschwerdeführers von externen Personen erledigt würden und er selbst sich nicht mehr in der Lage sehe, im Haushalt irgendetwas zu machen; immerhin könne er dennoch seine Angelegenheiten selbstständig planen und organisieren. Auch das Durchhaltevermögen erachtete die Gutachterin als teilweise beeinträchtigt, da der Explorand berichtet habe, dass er zuhause nichts länger ausüben könne. Die Gutachterin wies jedoch darauf hin, dass im Rahmen der Begutachtung mehrstündige Untersuchungen sehr wohl möglich gewesen seien. Als fraglich eingeschränkt erachtete die Gutachterin die Anwendung fachlicher Kompetenzen, die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten, die Selbstpflege (Kleidung und Sauberkeit). Bezüglich Ressourcen hielt sie fest, dass der Beschwerdeführer keine Beeinträchtigung bei der Anpassung an Regeln und Routinen aufweise, was sich darin gezeigt habe, dass er zu den vereinbarten Terminen pünktlich erschien beziehungsweise sich aufgrund einer Verspätung wegen Staus frühzeitig gemeldet habe. Ebenso sei seine Flexibilität und Umstellungsfähigkeit nicht wesentlich eingeschränkt, da die Terminänderungen gut toleriert worden seien; ebenso dürften seine Kinder kommen und gehen, wann sie möchten. Im Weiteren

seien die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit nicht wesentlich, die Selbstbehauptungsfähigkeit überhaupt nicht beeinträchtigt; der Beschwerdeführer könne seine Meinung anderen Menschen gegenüber angemessen vertreten. Schliesslich seien auch die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Gruppenfähigkeit nicht eingeschränkt, da er gut auf andere Menschen eingehen und mit anderen ins Gespräch kommen könne. Zudem gebe es aktuell in der Beziehung zu vertrauten Menschen keine Probleme; mit seinen Kindern und der Exfrau habe er einen guten Kontakt beschrieben. Weiter habe er gute Menschen um sich, die ihn unterstützten (vgl. IV-act. 274 S. 35).

9.4.2.3 Was die Einwände des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit Konsistenz anbelangt, erschöpfen sich diese im Wesentlichen in einer Wiederholung des bereits im Zusammenhang mit der bestrittenen Aggravation Vorgetragenen, weshalb an dieser Stelle auf die obigen Ausführungen verwiesen werden kann. Was die im Weiteren erwähnten traumatischen Erlebnisse in der Kindheit und Jugend anbelangt, so gab er gegenüber der Gutachterin selbst an, dass er diese recht gut verarbeitet habe; entsprechend hat die Gutachterin auch eine Traumafolgestörung ausgeschlossen (vgl. IV-act. 274 S. 31).

9.4.3 Nachdem weder hinsichtlich der gutachterlichen Feststellungen betreffend Aggravation noch hinsichtlich der Beantwortung der Standardindikatoren Mängel zu erkennen sind, ist festzustellen, dass auch das psychiatrische Teilgutachten sich als schlüssig und nachvollziehbar erweist. Entsprechend ist mit der Gutachterin davon auszugehen, dass retrospektiv überwiegend wahrscheinlich ab 2015 in adaptierten Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 80 % besteht, ausser während den stationären Behandlungen im Zeitraum von März 2015 bis 23. August 2017 (solche fanden zwischen dem 6. Januar 2016 und 21. Februar 2017 nicht statt), während welchen im Ergebnis von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist, obwohl angesichts der vom Beschwerdeführer selber nachgesuchten Behandlungen und des seit 2015 über die ganze Zeit dokumentierten klaren aggravatorischen Verhaltens Vorbehalte als angebracht erscheinen. Im Wesentlichen in Übereinstimmung mit dieser gutachterlichen Beurteilung hat die Vorinstanz mithin zu Recht spätestens ab dem 24. August 2017 eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in adaptierten Tätigkeiten als zumutbar erachtet.

9.5 Im Lichte des insgesamt Ausgeführten entspricht das Gutachten der medexperts vom 8. Juni 2023 mitsamt der ergänzenden Stellungnahme vom 12. September 2022, dem sich auch die Ärzte der Vorinstanz Dr. med.

P._____ und Dr. med. Dr. med. Q._____ (vgl. Stellungnahme vom 10. November 2022 [IV-act. 285] sowie die Aktennotiz vom 18. September 2023 [Dok. 309]) angeschlossen haben, den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. E. 4.1.1 hiavor), weshalb ihm Beweiswert zukommt. Gestützt auf das Gutachten der medexperts AG ist nachvollziehbar und schlüssig erstellt, dass die Diagnosen dissoziative Bewegungsstörung und anhaltende somatoforme Schmerzstörung Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben. Die Gutachter haben ebenfalls schlüssig und nachvollziehbar dargelegt, dass der Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als LKW-Chauffeur seit der Operation am 13. April 2015 nicht mehr ausüben kann, hingegen in adaptierten Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 80 % aufweist, welche jedenfalls ab dem 24. August 2017 besteht.

10.

Ergänzend ist vorliegend darauf hinzuweisen, dass die Vorinstanz es unterlassen hat, die Frage der Selbsteingliederung zu prüfen.

10.1 Zu berücksichtigen ist hierbei, dass wenn über die Befristung und/oder Abstufung zeitgleich mit der Rentenzusprache befunden wird, bei Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente von über 55-jährigen Versicherten grundsätzlich Eingliederungsmassnahmen durchzuführen sind, bis die betroffene Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten (BGE 148 V 321 E. 7.1.2; 145 V 209 E. 5.4). Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (BGE 148 V 321 E. 7.1.2; 145 V 209 E. 5.1 mit Hinweisen). Die Aufhebung einer bisherigen Rente kann nach dem Gesagten in Fällen der nicht zumutbaren Selbsteingliederung erst nach der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen erfolgen (BGE 148 V 321 E. 7.1.3). Für die Ermittlung, ob der Eckwert des 55. Altersjahres erreicht ist, wird bei rückwirkend befristeter und/oder abgestufter Rentenzusprache – gleich wie bei der Revision eines bestehenden Rentenanspruchs nach Art. 17 ATSG (vgl. BGE 141 V 5) – auf den Verfügungszeitpunkt abgestellt (BGE 148 V 321 E. 7.3).

10.2 Die Vorinstanz hat die angefochtene Verfügung am 22. November 2023 erlassen (vgl. IV-act. 312). Zu diesem Zeitpunkt war der Beschwerdeführer bereits 59 Jahre alt. Indessen fehlt es vorliegend an den

versicherungsmässigen Voraussetzungen, da der Beschwerdeführer seinen Wohnsitz in Deutschland hat und seit der erfolgten Kündigung per 30. November 2014 auch nicht mehr in der Schweiz erwerbstätig gewesen ist. Bei der obligatorischen AHV/IV sind nur Personen mit Wohnsitz oder Erwerbstätigkeit in der Schweiz versichert (Art. 1a Bst. a und b AHVG i.V.m. Art. 1b IVG). Damit erfüllte er im massgebenden Zeitpunkt des Verfügungserlasses die versicherungsmässigen Voraussetzungen für berufliche Massnahmen der Invalidenversicherung nicht mehr. Mit dem Wegfall der Versicherungsunterstellung hatte er gemäss Art. 9 Abs. 1^{bis} IVG, welcher für sämtliche Eingliederungsmassnahmen gilt, auch keinen Anspruch mehr auf Wiedereingliederungsmassnahmen (vgl. BGE 145 V 266 E. 4.2 und 5). Ohnehin liegt subjektiv keine Eingliederungsfähigkeit vor, da der Beschwerdeführer der Überzeugung ist, er könne nicht arbeiten. Im Weiteren erwiesen sich Eingliederungsmassnahmen aufgrund des klar ausgewiesenen aggravatorischen Verhaltens auch nicht als zielführend, weshalb der Beschwerdeführer, selbst wenn Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen bestehen würde, auf den Weg der Selbsteingliederung zu verweisen wäre.

11.

Zusammengefasst erweist sich der medizinische Sachverhalt entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers als rechtsgenügend abgeklärt. Von weitergehenden medizinischen Abklärungen sind vorliegend keine neuen Erkenntnisse mehr zu erwarten, weshalb auf solche in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3).

12.

Im Folgenden sind schliesslich die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen zu prüfen, wobei der Beschwerdeführer gegen den von der Vorinstanz durchgeführten Einkommensvergleich keine Einwände vorgebracht hat. Dennoch ist der Einkommensvergleich einer kurzen Überprüfung zu unterziehen.

12.1 Mit Blick auf die vorliegenden Akten ausreichend belegt und daher zu Recht unbestritten ist, dass die Vorinstanz zur Invaliditätsbemessung von einer Vollzeitbeschäftigung ausgegangen ist, wäre der Beschwerdeführer doch ohne Gesundheitsschaden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weiterhin als LKW-Chauffeur tätig (zum invalidenrechtlichen Status vgl. BGE 141 V 15 E. 3.1).

12.2 Die Vorinstanz ging in ihrer wirtschaftlichen Invaliditätsberechnung vom 16. Dezember 2022 von einem hypothetischen Valideneinkommen von Fr. 5'542.53 aus, da der von der Vorinstanz berücksichtigte erzielte Verdienst von Fr. 4'909.25 (Jahreseinkommen 2013 gemäss IK-Auszug [IV-act. 317 S. 2] von Fr. 58'911.– geteilt durch 12) indexiert auf das Jahr 2016 (frühestmöglicher Beginn des Rentenanspruchs [Art. 29 Abs. 1 IVG]) Fr. 4'928.52 (2013: 101.9; 2016: 102.3; vgl. Tabelle T1.1.10, Männer, Abschnitt G-S [Ziffern 49 bis 53]; abrufbar unter www.bfs.admin.ch > Statistiken > Arbeit und Erwerb > Löhne, Erwerbseinkommen und Arbeitskosten > Schweizerischer Lohnindex > Übersicht > weiterführende Informationen > Tabellen > Schweizerischer Lohnindex: Index und Veränderung auf der Basis 2020 = 100 [NOGA08], zuletzt aufgerufen am 10. Juni 2026) betrug und damit tiefer war als der branchenspezifische Tabellenlohn von Fr. 5'834.24. Dabei wurde der Bruttolohn gemäss schweizerischer Lohnstrukturhebung (LSE), TA1_skill_level2016 in der Branche Landverkehr, Schifffahrt, Luftfahrt; Lagerei (49-52) im Jahr 2016, Kompetenzniveau 1, Männer, von Fr. 5'504.– herangezogen und an die übliche Arbeitszeit in dieser Branche von 42.4 Arbeitsstunden pro Woche (BGE 126 V 75 E. 3b bb; vgl. www.bfs.admin.ch > Statistiken > Arbeit und Erwerb > Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit > Arbeitszeit, Absenzen und Ferien > vertragliche Arbeitsstunden der Arbeitnehmenden > weiterführende Informationen > Tabellen > Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008], in Stunden pro Woche 1990-2022, Abschnitt H [Ziffern 49 bis 53], zuletzt besucht am 10. Juni 2026) angepasst.

12.2.1 Das rechnerische Vorgehen der Vorinstanz betreffend hypothetisches Valideneinkommen ist nachvollziehbar und, soweit es den Rechnungsvorgang betrifft, nicht zu beanstanden. Da für den Einkommensvergleich die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des potenziellen Rentenanspruchs massgebend sind, wobei das Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 134 V 322 E. 4.1; 129 V 222 E. 4.3.1 ff.), hat die Vorinstanz mit Blick auf die im Februar 2016 erfolgte Anmeldung (IV-act. 2) zutreffend berücksichtigt, dass vorliegend ein Rentenanspruch frühestens mit Wirkung ab dem 1. August 2016 entstehen könnte (vgl. E. 4.3 hiavor) und daher das zuletzt erzielte Einkommen zu Recht auf das Jahr 2016 indexiert. Indessen ist entgegen der Ansicht der Vorinstanz nicht das Jahresgehalt des Jahres 2013 heranzuziehen, da der Beschwerdeführer das zuletzt erzielte monatliche Einkommen von Fr. 4'540.– gemäss Auskunft der ehemaligen Arbeitgeberin nicht durchgängig im Jahr 2013 erzielt hat,

sondern erst seit dem 1. März 2013 (vgl. IV-act. 11 S. 3). Gemäss Angaben zuhanden der Krankentaggeldversicherung erfuhr dieses Salär im Jahr 2014 keine Änderung und wäre dem Beschwerdeführer bei Fortdauern des Arbeitsverhältnisses 13-mal ausbezahlt worden (vgl. IV-act. 229 S. 17). Entsprechend ist das zuletzt im Jahr 2014 erzielte monatliche Einkommen auf Fr. 4'918.33 ($\text{Fr. } 4'540.- \times 13 / 12$) zu korrigieren. Aufindexiert auf das Jahr 2016 ergibt dies einen Betrag von Fr. 4'961.98 (2014: 101.4; 2016: 102.3).

12.2.2 Ebenso hat die Vorinstanz zutreffend erkannt, dass das von ihr berücksichtigte, anhand des zuletzt erzielten Einkommens des Beschwerdeführers festgestellte hypothetische Valideneinkommen im Vergleich den branchenüblichen Löhnen (Branche Landverkehr, Schifffahrt, Luftfahrt, Lagererei) bereits vor Eintritt des Gesundheitsschadens (also aus invaliditätsfremden Gründen) mehr als 5 % tiefer lag, weshalb eine Parallelisierung der Einkommen vorzunehmen ist. Die Differenz von mehr als 5 % trifft auch auf das nunmehr korrigierte Einkommen von Fr. 4'961.98 zu, liegt dieses doch immer noch um 14.95 % tiefer als der branchenübliche Lohn ($[(\text{Fr. } 5'834.24 - \text{Fr. } 4'961.98) \times 100 / \text{Fr. } 5'834.24 = 14.95\%]$). Indessen hat die Vorinstanz bei der Parallelisierung nicht berücksichtigt, dass in zeitlicher Hinsicht diejenigen rechtlichen Bestimmungen zur Anwendung gelangen, die im Jahr 2016 galten. Sie hat sich bei der Parallelisierung auf die Ziffer 3309 des aktuellen Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung (KSIR) gestützt, welche die erst am 1. Januar 2022 in Kraft getretene Bestimmungen der IVV betreffend Parallelisierung näher ausführt. Betreffend das Jahr 2016 ist daher auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts zurückzugreifen, wonach das Valideneinkommen im Umfang von 9.95 % (das heisst im Umfang der den Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % übersteigenden prozentualen Abweichung) zu parallelisieren ist (vgl. BGE 135 V 297); daraus resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 5'510.25 ($\text{Fr. } 4'961.98 / [100\% - 9.95\%] \times 100 = \text{Fr. } 5'510.25$; vgl. dazu das Kreisschreiben über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], Stand 1. Januar 2021, Ziff. 3020 ff.).

12.3

12.3.1 Beim hypothetischen Invalideneinkommen hat die Vorinstanz für die Zeit ab 13. April 2015 zutreffend und zu Recht unbestritten einen IV-Grad von 100 % ermittelt, war doch die Arbeitsfähigkeit ab diesem Tag bis zum 23. August 2017 gemäss der schlüssigen medizinischen Beurteilung vollständig aufgehoben.

12.3.2 Für den Zeitpunkt vom 24. August 2017, ab welchem aufgrund der gesundheitlichen Verbesserung lediglich noch eine Einschränkung von 20 % in adaptierten Tätigkeiten besteht, die Vorinstanz mangels eines tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens zu Recht die Tabellen der vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) des Jahres 2016 herangezogen und dabei zutreffend auf den Totalwert der Löhne im allgemeinen privaten Sektor (1-96) gemäss der LSE Tabelle TA1 der Tabellenlöhne 2016 für Männer im Kompetenzniveau 1 von Fr. 5'5340.– abgestellt, diesen an die übliche Arbeitszeit von 41.7 Arbeitsstunden pro Woche angepasst und schliesslich für eine Tätigkeit von 80 % ein nicht zu beanstandendes hypothetische Invalideneinkommen von Fr. 4'453.56 ermittelt.

12.4 Bei der Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen ohne Leidensabzug resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 19.18 % ($[(\text{Fr. } 5'510.25 - \text{Fr. } 4'453.56) \times 100 : 5'510.25]$). Selbst bei Berücksichtigung eines maximal möglichen Leidensabzugs von 25 % (BGE 135 V 297 E. 5.3), bei welchem das hypothetische Invalideneinkommen Fr. 3'340.17 entspräche (75 % von Fr. 4'453.56) würde immer noch ein rentenausschliessender IV-Grad von 39.38 % resultieren ($[(\text{Fr. } 5'510.25 - \text{Fr. } 3'340.17) \times 100 : 5'510.25]$). Bei diesem Ergebnis kann daher offenbleiben, ob die Vorinstanz zu Recht keinen Leidensabzug vorgenommen hat.

13.

Damit ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Vorinstanz das Leistungsbegehren im Ergebnis zu Recht abgewiesen hat. Die vorliegende Beschwerde ist vollumfänglich abzuweisen.

14.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

14.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind jedoch keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weil seinem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit Zwischenverfügung vom 20. Februar 2024 stattgegeben wurde.

14.2 Die Beschwerdeinstanz kann der obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige

und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario; Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die obsiegende Vorinstanz hat als Bundesbehörde ebenfalls keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

14.3

14.3.1 Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat zufolge der Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung (BVGer-act. 4) Anspruch auf eine Entschädigung aus der Gerichtskasse (Art. 65 Abs. 2 VwVG). Die Bemessung richtet sich nach den für die Parteientschädigung geltenden Grundsätzen (Art. 12 i.V.m. Art. 8 ff. VGKE), wobei die Mehrwertsteuer auch dann geschuldet ist, wenn die beschwerdeführende Partei ihren Wohnsitz im Ausland hat (vgl. BGE 141 IV 344 E. 4). Entschädigungspflichtig sind rechtsprechungsgemäss lediglich jene Aufwendungen, die in einem kausalen Zusammenhang mit der Wahrung der Rechte im Prozess stehen und notwendig und verhältnismässig sind (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_857/2012 vom 4. Dezember 2012 E. 3.1). Gelangt der Beschwerdeführer später zu hinreichenden Mitteln, so ist er verpflichtet, der Gerichtskasse Ersatz zu leisten (Art. 65 Abs. 4 VwVG).

14.3.2 Die amtliche Rechtsbeiständin hat mit Eingabe vom 26. Juni 2024 zwar eine Honorarnote vorgelegt, mit welcher sie eine Entschädigung von insgesamt Fr. 4'410.– (bestehend aus einem Honorar von Fr. 4'150.– sowie Barauslagen von Fr. 260.– und ohne Mehrwertsteuer) für das Verfahren vor Bundesverwaltungsgericht geltend macht (vgl. Beilage 2 zu BVGer-act. 13). Allerdings hat die Advokatin in der Kostennote für die – immerhin einzeln aufgelisteten – Leistungen weder die aufgewendete Zeit und noch den angewandten Stundenansatz ausgewiesen. Damit weist die Kostennote nicht den erforderlichen Detaillierungsgrad im Sinne von Art. 14 Abs. 1 VGKE auf, weshalb vorliegend nicht auf die eingereichte Kostennote abgestellt werden kann (vgl. z.B. Urteil des BVGer B-4823/2019 vom 10. März 2020 E. 7.2 m.w.H.) und die Parteientschädigung aufgrund der Akten festzusetzen ist (vgl. Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands (zweifacher Schriftenwechsel samt ergänzender Eingabe und Eingabe im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege), der Bedeutung der Streitsache sowie der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens erscheint eine pauschale

Entschädigung von Fr. 3'500.– (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer [vgl. Art. 9 Abs. 1 VGKE in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE]) angemessen. Entsprechend wird der unentgeltlichen Rechtsbeistandin, Advokatin Dr. Meret Rehmann, zulasten der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 3'500.– zugesprochen.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Infolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.

Infolge Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung wird der Advokatin Dr. Meret Rehmann zu Lasten der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 3'500.– zugesprochen.

Gelangt der Beschwerdeführer später zu hinreichenden Mitteln, so hat er diesen Betrag dem Bundesverwaltungsgericht zurückzuerstatten.

5.

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

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Christoph Rohrer

Milan Lazic

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). Die Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtsschrift 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: