



Abteilung III
C-2563/2020

Urteil vom 31. Dezember 2024

Besetzung

Richter Philipp Egli (Vorsitz),
Richterin Michela Bürki Moreni, Richter Vito Valenti,
Gerichtsschreiber Oliver Engel.

Parteien

A. _____, (Deutschland),
vertreten durch RA Guido Ehrler,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Neuanmeldung,
Verfügung vom 20. März 2020.

Sachverhalt:**A.**

A.a Der am (...) 1964 in der Türkei geborene A._____ (im Folgenden: Versicherter oder Beschwerdeführer) lebt seit 1981 in Deutschland und verfügt über die deutsche Staatsbürgerschaft. Von Juli 1982 bis März 2004 arbeitete er als Minibar-Bahn-Steward in der Eigenschaft als Grenzgänger in der Schweiz und entrichtete während dieser Zeit Beiträge an die obligatorische schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; Akten der IV-Stelle B._____, [im Folgenden: IVSTA-act.] 1 – 5).

A.b Am 17. November 2003 meldete sich der Versicherte aufgrund von Rücken-, Kopf- und Schulterschmerzen sowie einer Depression zum Bezug von IV-Leistungen an (IVSTA-act. 1 ff.). Nach Einholung eines rheumatologischen und psychiatrischen Gutachtens durch die IV-Stelle B._____ (im Folgenden: IV-Stelle B._____) wies die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (im Folgenden: IVSTA oder Vorinstanz) das Rentenbegehren und hiernach die vom Versicherten, vertreten durch Advokat Guido Ehrler, erhobene Einsprache mit Entscheid vom 29. Oktober 2007 ab (IVSTA-act. 26). Das Bundesverwaltungsgericht hiess die dagegen erhobene Beschwerde mit Urteil C-8137/2007 vom 26. Februar 2008 insofern gut, als es den Einspracheentscheid aufhob und die Sache zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückwies (IVSTA-act. 32).

A.c Nach Einholung eines weiteren psychiatrischen Gutachtens und durchgeführtem Vorbescheidverfahren sprach die Vorinstanz dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 7. April 2009 eine halbe Invalidenrente mit entsprechenden Kinderrenten ab 1. Juli 2008 zu (IVSTA-act. 51 f.). Die gegen die Verfügung vom 7. April 2009 erhobene Beschwerde vom 18. Mai 2009 hiess das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil C-3202/2009 vom 3. März 2011 wiederum teilweise gut, hob die angefochtene Verfügung auf und wies die Sache zur Durchführung ergänzender Begutachtungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurück (IVSTA-act. 64). Das Urteil blieb unangefochten und erwuchs in Rechtskraft.

A.d Nachdem ein polydisziplinäres Gutachten der C._____ AG vom 28. November 2011 (IVSTA-act. 75) eingeholt worden war, stellte die IV-Stelle B._____ dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 5. Juni 2012 die Abweisung des Anspruchs auf eine Invalidenrente in Aussicht. Nach Einwand des Versicherten vom 15. August 2012 veranlasste die

Vorinstanz weitere medizinische Abklärungen und wies das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 20. Februar 2013 ab (IVSTA-act. 96).

A.e Hiergegen erhob der Versicherte am 15. April 2013 Beschwerde und verlangte die Zusprache von Invaliden- und Kinderrenten basierend auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % ab 1. Juli 2003. Das Bundesverwaltungsgericht hiess die Beschwerde mit Urteil C-2088/2013 vom 7. Mai 2015 teilweise gut und stellte fest, dass der Beschwerdeführer von Juli 2008 bis November 2011 Anspruch auf eine Viertelsrente hatte (IVSTA-act. 111). Im Übrigen wurde die Beschwerde abgewiesen. Das Bundesgericht trat mit Urteil 9C_419/2015 vom 21. Oktober 2015 auf die gegen diesen Entscheid erhobene Beschwerde nicht ein (IVSTA-act. 116).

A.f In der Folge erliess die Vorinstanz, basierend auf den Feststellungen der IV-Stelle B._____, am 17. Oktober 2016 eine Verfügung, mit welcher sie dem Versicherten vom 1. Juli 2008 bis 31. Dezember 2011 eine ordentliche Invalidenrente (Viertelsrente) sowie ordentliche Kinderrenten für die beiden am (...) 1990 sowie am (...) 2001 geborenen Töchter zusprach (IVSTA-act. 150). Dieser Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

B.

B.a Mit Schreiben vom 4. Februar 2016 (IVSTA-act. 125, S. 3) reichte der Versicherte bei der IVSTA unter Beilage neuer Arztberichte ein «Revisionsgesuch» ein und machte geltend, sein Gesundheitszustand habe sich seit dem Zeitpunkt der letzten Rentenprüfung per 7. Mai 2015 rechtserheblich verschlechtert. Die IVSTA übermittelte das Gesuch mit Schreiben vom 18. Februar 2016 an die IV-Stelle B._____ weiter, welche die medizinischen Unterlagen Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und zertifizierter medizinischer Gutachter SIM des RAD E._____, zur Stellungnahme vorlegte. Dr. med. D._____ kam in seiner Beurteilung vom 18. März 2016 zum Schluss, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit den Abklärungen von 2011 nicht massgeblich verschlechtert habe und seine Arbeitsfähigkeit als weiterhin unverändert einzuschätzen sei (IVSTA-act. 128). Mit Vorbescheid vom 6. April 2016 (IVSTA-act. 129) stellte die IV-Stelle B._____ in Aussicht, auf das Leistungsbegehren nicht einzutreten. Sie führte aus, der Versicherte habe nicht glaubhaft darlegen können, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse in einer für den Anspruch erheblichen Weise verändert hätten. Mit Verfügung vom 8. August 2016 erliess die Vorinstanz eine dem Vorbescheid entsprechende Verfügung (IVSTA-act. 148).

B.b Mit Urteil C-5620/2018 vom 24. Juli 2018 hiess das Bundesverwaltungsgericht die gegen die Verfügung vom 8. August 2016 erhobene Beschwerde insoweit gut, als es die angefochtene Verfügung aufhob und die Sache zur materiellen Prüfung des Leistungsbegehrens an die Vorinstanz zurückwies.

B.c Daraufhin holte die IV-Stelle B. _____ beim Ärztlichen Begutachtungsinstitut, (CC. _____), ein polydisziplinäres Gutachten in Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie und Orthopädie ein, welches am 8. April 2019 erstattet wurde (IVSTA-act. 169).

B.d Mit Vorbescheid vom 25. November 2019 teilte die IV-Stelle B. _____ dem Beschwerdeführer die beabsichtige Abweisung seines Gesuchs mit, weil sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Verfügung vom 19. (recte: 17.) Oktober 2016 nicht rechtserheblich verändert habe (IVSTA-act. 191).

B.e Dagegen erhob der Versicherte Einwand und beantragte, es sei ihm ab 1. März 2016 mindestens eine halbe Rente zuzusprechen (IVSTA-act. 192). Daraufhin wies die Vorinstanz das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 20. März 2020 gestützt auf die Abklärungen und Feststellungen der kantonalen IV-Stelle B. _____ bei einem ermittelten IV-Grad von 14% ab (IVSTA-act. 199).

C.

C.a Gegen diese Verfügung erhob der durch Advokat Guido Ehrler vertretene Beschwerdeführer mit Eingabe vom 18. Mai 2020 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragte, die Verfügung vom 20. März 2020 sei aufzuheben und die Vorinstanz anzuweisen, dem Beschwerdeführer ab 1. Juni 2016 eine Invaliditäts- und Kinderrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% zuzusprechen. Weiter ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (BVGer-act. 1).

C.b Die Vorinstanz schloss in ihrer Vernehmlassung vom 23. Juni 2020 unter Hinweis auf die Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle B. _____ vom 18. Juni 2020 auf Abweisung der Beschwerde (BVGer-act. 3).

C.c Mit Zwischenverfügung vom 1. Juli 2020 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gut und ordnete dem Beschwerdeführer Advokat Guido Ehrler als amtlich bestellten Anwalt bei (BVGer-act. 5).

C.d In seiner Replik vom 15. September 2020 hielt der Beschwerdeführer an den in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren fest (BVGer-act. 9).

C.e In ihrer Duplik vom 30. Oktober 2020 hielt die Vorinstanz unter Hinweis auf die Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle B._____ vom 27. Oktober 2020 am Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (BVGer-act. 11).

C.f Mit Triplik vom 19. Dezember 2020 (BVGer-act. 16), Quadruplik vom 29. Januar 2021 (BVGer-act. 18), Quintuplik vom 17. Mai 2021 (BVGer-act. 24), Sextuplik vom 18. Juni 2021 (BVGer-act. 26), Septublik vom 27. September 2021 (BVGer-act. 30), Octuplik vom 26. Oktober 2021 (BVGer-act. 32) und Novuplik vom 6. Dezember 2021 (BVGer-act. 34) hielten die Parteien an ihren gegensätzlichen Ausführungen und Anträge fest. Die Vorinstanz nahm mit Eingabe vom 26. Januar 2022 abschliessend Stellung (BVGer-act. 36). Der Beschwerdeführer verzichtete auf eine weitere Stellungnahme (BVGer-act. 38).

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]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 21a Abs. 1 und 2, Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

2.

2.1 Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet diese eine Erwerbstätigkeit ausüben, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

2.2 Da der Beschwerdeführer bei Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens als Grenzgänger im Kanton B. _____ einer Arbeit nachging und zum Anmeldezeitpunkt in Deutschland Wohnsitz hatte, war die IV-Stelle des Kantons B. _____ für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Die angefochtene Verfügung vom 20. März 2020 wurde sodann zu Recht von der IVSTA erlassen.

3.

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 20. März 2020, mit welcher die Vorinstanz einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers abgelehnt hat. Prozessthema ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente im Rahmen einer Neuanmeldung, nachdem zuvor ein Anspruch auf eine Invalidenrente für den Zeitraum ab 1. Januar 2012 verneint worden war (vgl. oben Bst. A.e).

4.

4.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungsverfügung (hier: 20. März 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Später verkündete Eingaben werden mitein-bezogen, sofern sie Rückschlüsse auf den im relevanten Zeitraum gegebenen Sachverhalt erlauben (vgl. BGE 150 V 67 E. 4.1, 121 V 362 E. 1b in fine).

4.2 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 20. März 2020 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

4.3 Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger, wohnt in Deutschland und war in der Schweiz erwerbstätig. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG)

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

5.

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

5.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch 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, entsteht.

5.3 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV [SR 831.201]). Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (Urteil des BGer 9C_570/2018 vom 18. Februar 2019 E. 2.2.1). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1).

5.4 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist die Rente bei einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrades von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein. Eine lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts ist im revisionsrechtlichen Kontext nicht massgeblich (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3). Bei einer Neuanschuldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung ist somit zunächst eine anspruchrelevante Veränderung des Sachverhalts erforderlich. Ist sie nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des BGer 8C_88/2023, 8C_655/2023 vom 8. August 2024 E. 4.2.1). Erst in einem zweiten Schritt ist der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (Urteil des BGer 9C_27/2019 vom 27. Juni 2019 E. 2).

6.

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

6.2 Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärztinnen und Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzte einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten fachmedizinischen Expertinnen und Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärztinnen und Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 8C_150/2022 vom 7. November 2022 E. 12.3).

6.3 Berichte behandelnder Ärztinnen und Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für allgemein praktizierende Hausärztinnen und Hausärzte wie behandelnde Spezialärztinnen und Spezialärzte (Urteil des BGer 8C_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Bei der Würdigung ihrer Berichte hat das Gericht sowohl dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag wie auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärztinnen und Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung zu tragen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der Hausärztin oder dem Hausarzt stammt, darf jedoch nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des BGer 8C_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3).

6.4 Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409 E. 4.5.2), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4–3.6 und 4.1). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1). 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).

7.

7.1 Zeitlicher Referenzpunkt für die Frage, ob eine rentenrelevante Veränderung des Sachverhalts eingetreten ist, bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (vgl. BGE 147 V 167 E. 4.1, 134 V 131 E. 3, 133 V 108 E. 5.4). Vorliegend hat sich das Bundesverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 7. Mai 2015, in welchem ein Anspruch auf eine Viertelsrente von Juli 2008 bis November 2011 festgestellt worden war, bei der Beurteilung der Streitsache auf den Sachverhalt abgestützt, der bis zum Erlass der Verfügung vom 20. Februar 2013 eingetreten war. Die zeitlichen Referenzpunkte bilden vorliegend mithin einerseits der Zeitpunkt der Verfügung vom 20. Februar 2013 und andererseits derjenige der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 20. März 2020.

7.2 Die Vorinstanz ist nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-5620/2016 vom 24. Juli 2018 auf die Neuanmeldung vom 4. Februar 2016 eingetreten und hat den Rentenanspruch des Beschwerdeführers nach einer materiellen Prüfung mit der angefochtenen Verfügung vom 20. März 2020 verneint. Die Eintretensfrage ist damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht (mehr) zu beurteilen (BGE 133 V 450 E. 3.2, 109 V 108 E. 2b).

7.3 Nachfolgend ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 20. Februar 2013 und der angefochtenen Verfügung vom 20. März 2020 eine anspruchrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist bzw. ob sich der medizinische Sachverhalt in dieser Hinsicht als genügend abgeklärt erweist.

8.

8.1 Die Verfügung vom 20. Februar 2013 stützte sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der C. _____ AG vom 28. November 2011 (IVSTA-act. 75) mit einem orthopädischen Hauptgutachten und drei Teilgutachten auf den Gebieten der Psychologie, der Neurologie und der Inneren Medizin (vgl. oben E. A.d).

8.2 Die Sachverständigen der C. _____ AG stellten folgende Diagnosen (IVSTA-act. 75 S. 33):

1. Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

1. Somatoforme Schmerzstörung (F 45.4) und leichte bis mittelgradige depressive Episode, chronifiziert nach verlängerter Trauerreaktion (F 32.0)
2. Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)
 2. Panvertebrales Schmerzsyndrom mit funktioneller Dominanz der rechten Körperseite mit/bei
 - a) rumpfmuskulärem Globaldefizit als Folge einer Langzeitdekonditionierung
 - b) altersassoziierten und altersphysiologischen Aufbrauchbefunden
 - c) lumbodiskogenem Syndrom ohne verifizierbare sensomotorische Ausfallsymptomatik, fraglich mit zeitweiliger Wurzelreizsymptomatik rechts, am 29.01.2010 CT-gesicherte DH L4/5 mit seinerzeit bestätigter L5-Wurzelkompression, derzeit klinisch vollständig unauffällig
 - d) unspezifischem Zervikalsyndrom und Schulter-Arm-Schmerz nicht primär neurogener Ursache mit funktionellem thoracic-outlet-Syndrom rechts
 3. Episodischer Spannungskopfschmerz
 4. Anamnestisch hyperazider Reizmagen
 5. Nikotinabusus

8.3 In der Gesamtbeurteilung zur Arbeitsfähigkeit hielten die Sachverständigen fest, dass sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Steward, Servicekraft im Speisewagen und Minibarbediener bei der Bahn als auch in einer Verweistätigkeit aus somatischer Sicht (orthopädisch, neurologisch, internistisch) weder retrospektiv noch aktuell eine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer von Juli 2007 bis Mai 2008 zu 100% arbeitsunfähig gewesen. Ab Juni 2008 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 50% bestanden. Seit dem Datum der psychiatrischen gutachterlichen Abklärung vom 13. September 2011 bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 70 % (IVSTA-act. 75 S. 36 ff.).

8.4 Das von Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, erstellte orthopädische Hauptgutachten hielt ein somatisch nur teilweise und allenfalls funktionell erklärbares panvertebrales Schmerzsyndrom mit Dominanz der rechten Körperseite fest. Orthopädisch vorrangig seien subjektiv rechtsseitige HWS-Schulter-Armbeschwerden, auch Nacken-Kopfschmerzen sowie rechtsausstrahlende Beinschmerzen bis in die Füße, im rechten Arm auch Mitteilung eines Gefühls wie Ameisenlaufen. Im Bereich des Bewegungsapparates seien keine gravierenden organ-pathologischen Befunde auszumachen. Für die bildtechnische Beschreibung einer L5-Wurzelkompression habe aktuell weder orthopädisch noch neurologisch somatisch ein korrelierender Befund erhoben werden können. Eine

bewegungsaktive Tagesgestaltung gegenüber dem derzeit vorherrschenden passiv abwartenden Verhalten sei empfehlenswert. Aus orthopädischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100% für leichte und mittelschwere rückenadaptierte Tätigkeiten (IVSTA-act. 75 S. 26 ff.).

8.5 Dr. med. G._____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte im neurologischen Teilgutachten episodischen Spannungskopfschmerz, ein lumbospondylogenes und lumbodiskogenes Syndrom ohne verifizierbare sensomotorische Ausfallsymptomatik, fraglich mit zeitweiliger Wurzelsymptomatik rechts sowie ein unspezifisches Zervikalsyndrom und Schulter-Arm-Schmerzsyndrom nicht neurogener Ursache mit funktionellem thoracic-outlet-Syndrom rechts. Klinische Hinweise für eine radikuläre Defizitsymptomatik respektive ein radikuläres Schmerzmuster ergaben sich weder zervikal noch lumbal. Für die Bewertung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit verwies Dr. med. G._____ betreffend das muskuloskelettale System auf das orthopädische Gutachten und hielt fest, dass aus neurologischer Perspektive lediglich längere Tätigkeiten in Überkopfhaltung zu vermeiden seien, wobei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Service hinsichtlich der Nacken- und Armbeschwerden als angepasst zu werten sei. In einer Verweistätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht uneingeschränkt auch retrospektiv gegeben (IVSTA-act. 75 S. 58 ff.).

8.6 Im internistischen Teilgutachten wurden keine die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen oder einer Verweistätigkeit beeinträchtigen Diagnosen gestellt; als Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit wurden ein hyperazider Reizmagen sowie Nikotinabusus festgehalten (IVSTA-act. 75 S. 67 ff.).

8.7 Dr. med. H._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im psychiatrischen Teilgutachten fest, der Beschwerdeführer habe ausgeführt während 22 Jahren als Minibarverkäufer und Kellner im Speisewagen der Bahn gearbeitet zu haben. Er habe ausführlich von Einsparungsmassnahmen des Arbeitgebers erzählt, die zu Stress, Überforderung und Frustration geführt hätten. Im Zuge dieser Situation seien anhaltende Schmerzen am ganzen Körper aufgetreten. Seit der Kündigung im Jahr 2003 sei keine Integration mehr ins Erwerbsleben erfolgt. Er leide darunter, seine Familie finanziell nicht versorgen zu können, sehe sich aber wegen seiner gesundheitlichen Beschwerden, seiner fehlenden Berufsbildung und seiner fehlenden Deutschkenntnisse nicht in der Lage, eine Tätigkeit auszuüben. Sein seelischer Zustand habe sich nach dem Suizid der damals

19-jährigen Tochter im Jahr 2007 verschlechtert. Er leide an Zukunftsängsten, schlafe schlecht und habe ein schlechtes Verhältnis zu seiner Familie.

Die bereits im Jahr 2002 diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung ziehe sich durch sämtliche medizinische Berichte, sei unbestritten und könne gutachterlich bestätigt werden. Eine invalidisierende Bedeutung komme dieser allein jedoch nicht zu.

Die in den medizinischen Vorakten mehrfach gestellte Diagnose einer parallel zur Schmerzstörung entwickelten rezidivierenden depressiven Störung konnte die psychiatrische Sachverständige ebenso wenig bestätigen wie diejenige einer posttraumatischen Belastungsstörung. Es habe sich teilweise um fachfremde Beurteilungen gehandelt. In den Berichten würden grösstenteils invaliditätsfremde, soziale Faktoren – Arbeitsplatzkonflikt, Entwurzelungsproblematik, innerfamiliäre Spannungen – thematisiert und als Auslöser der Depression genannt. Die mit dem Arbeitsplatzkonflikt aufgekommene Verstimmtheit, Resignation, Enttäuschung und Wut seien jedoch von einer eigenständigen psychiatrischen Morbidität zu trennen. Es fehlten Nachweise spezifischer Psychopathologika einer eigenständigen affektiven Erkrankung. Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung hätten weder in der Anamnese, der Symptomatik noch im Befund evaluiert werden können. Der biographische, krankheitsgeschichtliche und soziale Verlauf widerspreche einer derart schweren Störung nachhaltig. Vielmehr sei bis zum Suizid der Tochter eine somatoforme Schmerzstörung mit einer typischen Phänomenologie und möglicherweise auch teilbewussten Konfliktdynamik begleitet von dysphorischen, reaktiv depressiven Verstimmtheiten vorgelegen. Danach habe sich eine Änderung im psychischen Beschwerdebild eingestellt. Im weiteren Verlauf sei es jedoch wieder zu einer leichten Stabilisierung gekommen.

Akute Suizidgedanken würden nicht mehr auftreten; der Beschwerdeführer sei in die Erziehung der jüngsten Tochter eingebunden, womit er Verantwortung übernehme und sozial nicht völlig isoliert sei. Er fahre selbständig Auto und unternehme mit seiner Familie regelmässig Flugreisen zum Grab der verstorbenen Tochter in der Türkei. Im psychischen Befund zeigten sich Einschränkungen der Antriebsbildung, Affektivität und des Ich-Empfindens, während grössere affektive Einschränkungen, formale Denkstörungen oder psychomotorische Auffälligkeiten nicht nachweisbar seien. Es sei von einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode auszugehen. Zusammen mit der somatoformen Schmerzstörung, welche sich unverändert darstelle, ergebe sich eine Summation der psychischen Beeinträchtigung,

welche jedoch insgesamt aufgrund des psychischen Befundes als nicht sehr ausgeprägt zu werten sei. Im aktuell erhobenen psychischen Befund zeigten sich gute Ressourcen des Beschwerdeführers, um mit ausreichender Willensanspannung seine Beschwerden zu überwinden.

Somit sei von Juli 2007 bis Mai 2008 von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% und ab Juni 2008 von einer Arbeitsunfähigkeit von 50% auszugehen. Aufgrund der verbesserten psychischen Situation, die auf das Begutachtungsdatum festgelegt werde, könne dem Beschwerdeführer nunmehr eine Arbeitsunfähigkeit von 30% in seiner bisherigen und in einer Verweistätigkeit attestiert werden (IVSTA-act. 75 S. 42 ff.).

9.

9.1 Die Neuanmeldung vom 4. Februar 2016 (IVSTA-act. 125) begründete der Beschwerdeführer mit einer rechtserheblichen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes. Zum einen bestehe eine organische Grundlage für seine psychischen Beschwerden, die damit neu bewertet werden müssten. Zum anderen hätten sich auch seine Schulterbeschwerden beidseits verschlechtert. Diesbezüglich liegen namentlich die folgenden medizinischen Berichte vor:

9.1.1 Im Austrittsbericht des Krankenhauses I. _____, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 27. Oktober 2015 (IVSTA-act. 125 S. 9 – 13) stellte Dr. med. J. _____ folgende Diagnosen:

- DRG-Hauptdiagnose: Organische affektive Störung (F06.3)
- Dysthymie (F34.1)
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)
- Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie (M50.1)
- Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Analgetika (F55.2)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Abhängigkeitssyndrom (F11.2)

In der Beurteilung wurde zusammengefasst ausgeführt, beim Beschwerdeführer bestehe seit Jahrzehnten eine rezidivierende depressive Störung und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen

Faktoren. Die antidepressive Therapie mit sowohl Venlafaxin als auch Sertralin habe sich als ineffizient erwiesen, weswegen diese Medikamente abgesetzt worden seien. Die früheren Traumatisierungen des Beschwerdeführers und die fehlenden psychosozialen Unterstützungen hätten die Distanzierung von dieser sehr komplexen und stark ausgeprägten psychischen und somatischen Beschwerdesymptomatik erschwert und wesentlich zu einer deutlichen Chronifizierung und Fixierung der Beschwerde- und Schmerzsymptomatik beigetragen.

Die am 30. September 2015 durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRT) des Schädels führte zum Befund, dass bis auf die bekannten Parenchymdefekte rechts parietal sowie nicht sehr ausgeprägten Marklagerveränderungen/Läsionen beidseits keine weiteren hirnorganischen Veränderungen abgrenzbar seien, kein Hinweis für Malignitäten oder sonstige Raumforderungen und keine entzündlichen Veränderungen bestünden. Im Bericht wird dazu ausgeführt, eine hirnorganische Genese der Erkrankung könne aufgrund der erhobenen kraniellen MRT-Befunde (MRT Untersuchung des Kopfes) nicht ausgeschlossen werden.

Am 27. Oktober 2015 sei der Patient in einem leicht gebesserten somatopsychischen Zustand in die ambulante Weiterbehandlung entlassen worden. Er sei weiterhin arbeitsunfähig. Vor dem Hintergrund der diagnostischen und prognostischen Einschätzungen des Krankheitsverlaufs in den vergangenen mindestens 10 Jahren sei sicher von einer erheblichen Gefährdung der Erwerbsfähigkeit auszugehen. Die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit werde in absehbarer Zeit nicht mehr möglich sein.

9.1.2 Dr. med. K. _____, Facharzt für Orthopädie der Klinik L. _____, stellte in seinem Arztbericht vom 19. November 2015 (IVSTA-act. 125, S. 7 f.) folgende Diagnosen: Schulterschmerzen rechts (M25.51, RG), HWS-Syndrom (M54.2, G), Myogelose der Schulter-Nacken-Muskulatur beidseitig (M62.81, BF), Zust. n Schulterarthroskopie links am 03.02.15 (M25.61, LZ), Zust. n Subacromiale Dekompression, Bursektomie links (M75.4, LZ), Zust. n Refixation der SLAP Läsion (S43.00, LZ).

Er führte zusammengefasst aus, von Seiten der linken Schulter bestünden Funktionseinschränkungen und keine Schmerzfreiheit. Auch im Bereich der rechten Schulter lägen Beschwerden vor. Das rechte AC-Gelenk sei prominent und auch leicht schmerzhaft. Es lägen positive Impingementzeichen vor. Die Kraftentwicklung sei eigentlich gut. Es liege eine eingeschränkte HWS-Beweglichkeit, eine Verspannung im Bereich der

Schultergürtel-Muskulatur und eine Druckdolenz im Bereich der HWS vor. Aufgrund der mitgebrachten Röntgenbilder habe eine beginnende AC-Gelenksarthrose festgestellt werden können. Insbesondere die positive Reaktion auf die Infiltration zeige, dass ein Teil der Beschwerden aus der rechten Schulter komme. Die wesentliche Schmerzsymptomatik sei jedoch zervikogen respektive vertebrogen, was bedeute, dass durch einen operativen Eingriff im Bereich der rechten Schulter diese Komponente unbeeinflusst bliebe. Dennoch könne ein Schultereingriff empfohlen werden. Auf der linken Seite sei noch bis Ende Januar eine Besserung möglich, dann sei der Endzustand erreicht. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr. med. K._____ dahingehend, dass der Patient aufgrund chronischer Schmerzen nicht mehr erwerbsfähig sei.

9.1.3 Was die psychischen Beschwerden betrifft, finden sich in den Akten weiter namentlich folgende Berichte behandelnder Ärztinnen und Ärzte:

- Bericht der Hausärztin Dr. med. M._____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, vom 2. Juni 2015 (IVST-act. 122.16), wonach trotz intensiver medikamentöser und physikalischer Therapie sowie orthopädischer und neuropsychiatrischer ambulanter Betreuung als auch wiederholter stationärer Massnahmen in der Neuropsychiatrie bislang keine Linderung der Schmerzsymptomatik erreicht worden sei. Der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers habe sich in den letzten drei Jahren verschlechtert, sodass erneut eine stationäre Therapie (vom 10. Dezember 2012 bis 31. Januar 2013) notwendig gewesen sei.
- Bericht des Krankenhauses I._____, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, von Dr. med. J._____ vom 7. Dezember 2016 über den (erneuten) Klinikaufenthalt des Beschwerdeführers vom 24. Oktober 2015 bis 8. Dezember 2016 mit folgenden Diagnosen (IVSTA-act. 152 S. 7):
 - DRG-Hauptdiagnose: Organische affektive Störung (F06.3)
 - Dysthymie (F34.1)
 - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)
 - Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Analgetika (F55.2)
 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Abhängigkeitssyndrom (F11.2)

Der Beschwerdeführer sei durch die Hausärztin zur erneuten stationären Behandlung bei Verschlechterung einer hirnganisch bedingten affektiven Störung eingewiesen worden. Es bestehe – wie beim vorgängigen Klinikaufenthalt (vgl. oben E. 9.1.1) – eine vorwiegend depressive Symptomatik mit Schlafstörung, Grübelneigung, diffusen Ängsten, Impulskontrollstörung mit teilweise aggressiven Durchbrüchen und multiplen chronischen Schmerzen. Als Ursache für die aktuelle Verschlechterung gebe der Beschwerdeführer neben den unzureichend gebliebenen Behandlungsmassnahmen auch familiäre Konflikte an. Weiter fühle sich der Beschwerdeführer durch die ständigen Gerichtsverfahren (betreffend Invalidenrente) und die familiären Konflikte verzweifelt und hoffnungslos und habe starke Zukunftsängste.

Der Beschwerdeführer sei am 8. Dezember 2016 in allenfalls leicht gebessertem Zustand in die häusliche Umgebung entlassen worden. Er sei zum Zeitpunkt der Entlassung weiterhin zu 100% arbeitsunfähig gewesen. Aufgrund des bisherigen langjährigen Krankheitsverlaufs mit erheblicher Fixierung und Chronifizierung der Beschwerden sei von einer sehr ungünstigen Verlaufsprognose auszugehen und die Erwerbsfähigkeit weiterhin erhebliche gefährdet. Die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sei in absehbarer Zeit sicher nicht mehr möglich.

- Ärztliche Bescheinigung vom 14. Dezember 2016 der behandelnden Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. med. N. _____ (IV-STA-act. 152 S. 11). Als Diagnose wird eine organische affektive Störung (F06.3G) gestellt. Weiter bestünden multiple, therapieresistente körperliche Schmerzen, die orthopädische, neuropathische und psychische Komponenten aufweisen würden. Es handle sich insgesamt um ein komplexes und chronifiziertes Krankheitsgeschehen, das durch psychisch-soziale Belastungsfaktoren aufrechterhalten werde. Eine innere Distanzierung sei dem Beschwerdeführer aufgrund von organischen Einschränkungen und der psychisch-sozialen Belastbarkeit nicht möglich. Entsprechende psychisch therapeutische Behandlungsversuche hätten ebenso wenig zur Verbesserung geführt wie medikamentöse Behandlungsversuche multipler Art – unter anderem mit Antidepressiva (Venlafaxin, Sertralin), mood-stabilizern (Pregabalin) sowie Neuroleptika. Der Beschwerdeführer sei insgesamt in seiner allgemeinen Belastbarkeit, seinem Durchhaltevermögen, in seiner Entschluss-Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit hochgradig eingeschränkt. Bereits geringe psychosoziale Belastungen führten zur Akzentuierung des Beschwerdebildes. Eine Erwerbsfähigkeit sei aufgrund des bisherigen

langjährigen Krankheitsverlaufs mit Fixierung und Chronifizierung in absehbarer Zeit nicht mehr möglich.

- Ärztlicher Kurzbericht von Dr. med. N. _____ vom 17. Februar 2017 (IVSTA-act. 173 S. 31) mit den Diagnosen Dysthymia (F34.1G), organische affektive Störungen (F06.3G), Abhängigkeitssyndrom bei Gebrauch von Opioiden (F11.2G), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41G), schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Analgetika (F55.2G), andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0G) und chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41G) und den Medikamenten Doxepin, Olanzapin, Pregabalin, Novaminsulfon, Pantoprazol, Lercanidin. Mit ärztlichen Kurzberichten vom 19. Mai 2017 (IVSTA-act. 173 S. 28), vom 13. September 2017 (IVSTA-act. 173 S. 27), vom 29. November 2017 (IVSTA-act. 173 S. 24), vom 7. Februar 2018 (IVSTA-act. 173 S. 18) und vom 8. März 2018 (IVSTA-act. 173 S. 16) hat die Psychiaterin obenstehende Einschätzungen und Diagnosen im Wesentlichen bestätigt.
- Ärztlicher Kurzbericht von Dr. med. N. _____ vom 9. Mai 2018 (IVSTA-act. 173 S. 13), in welchem sie ausführte, der Beschwerdeführer sei ausserordentlich belastet und depressiv ausgelenkt. Leider lehne er eine antidepressive Behandlung ab, frühere Versuche seien bei ihm auch immer fehlgeschlagen. Vermutlich habe auch nie eine Compliance dafür bestanden. Pregabalin und Olanzapin als Bedarf akzeptiere er. Es sei inzwischen eine deutliche Chronifizierung der Schmerzstörung eingetreten, die behandelt werden sollte.
- Ärztlicher Kurzbericht von Dr. med. O. _____ und Dr. med. P. _____ vom 17. September 2018 (IVSTA-act. 173 S. 10) und ärztlicher Kurzbericht von Dr. med. N. _____ vom 7. November 2018 (IVSTA-act. 173 S. 8), welche einen unveränderten Gesundheitszustand beschreiben. Gemäss Bericht vom 7. November 2018 berichtete der Beschwerdeführer, es gehe im schlecht, er sei froh um die stationäre Aufnahme in der Klinik I. _____. Der Abstand zur Familie tue ihm gut.
- Bericht des Krankenhauses I. _____, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, von Dr. med. J. _____ vom 18. Dezember 2018 über den (erneuten) Klinikaufenthalt des Beschwerdeführers 8. November 2018 bis zum 18. Dezember 2018 mit folgenden Diagnosen (IVSTA-act. 173 S. 2 ff.):

- DRG-Hauptdiagnose: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2)
- Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation (M54.99)
- Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverletzung (M51.2)
- Zervikalneuralgie (M54.2)
- Zervikozepales Syndrom (M53.0)

Der Beschwerdeführer berichte, dass seit dem letzten Aufenthalt im Jahr 2016 keinerlei Besserung der depressiven Symptomatik eingetreten sei, er wünsche einen Abstand vom sozialen Umfeld, Entlastung sowie eine medikamentöse Einstellung. Die stationäre Aufnahme des Beschwerdeführers erfolge im Rahmen der bekannten, chronifizierten und deutlich fixierten depressiven Grunderkrankung, aktuell schwergradig ausgeprägt mit Verschlechterungstendenzen seit mehreren Monaten vor dem Hintergrund multipler psychosozialer Belastungsfaktoren (eheliche und familiäre Konflikte). Im Vordergrund der Beschwerden stünden anhaltende Niedergestimmtheit, sozialer Rückzug, Antriebsarmut, Interesselosigkeit, ausgeprägte Schmerzsymptomatik im Rahmen der psychischen und somatischen Faktoren sowie Ein- und Durchschlafstörungen.

Als Medikamente wurden Olanzapin, Pantozol und Pregabalin aufgeführt. Der Beschwerdeführer habe die Gabe eines trizyclischen Antidepressivums aufgrund der bestehenden chronischen Schmerzsyndromen der Wirbelsäule abgelehnt. Am 18. Dezember 2018 sei der Beschwerdeführer in kaum gebesserten Zustand in sein häusliches Umfeld entlassen worden. Es sei weiterhin von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% auszugehen. Aufgrund des bisherigen Krankheitsverlaufs mit erheblichen komplizierten und chronifizierten Beschwerden sei von einer ungünstigen Verlaufsprognose auszugehen und mit der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit in absehbarer Zeit sicher nicht mehr zu rechnen.

9.1.4 Was die orthopädischen Beschwerden betrifft, finden sich den Akten weiter namentlich folgende Berichte behandelnder Ärztinnen und Ärzte:

- Kurzbrief von Dr. med. Q. _____ der Klinik R. _____ vom 28. November 2013 (IVSTA-act. 122.19) betreffend die stationäre Behandlung

des Beschwerdeführers vom 15. November 2013 bis 30. November 2013 mit folgenden Diagnosen bei Entlassung: Periarthritis humeroscapularis rechts (M75.2), beginnende Coxarthrose re (M16.1), rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), chron. somatoforme Schmerzstörung (F45.40), LWS-, HWS-Syndrom bei degen. Veränderungen (M47.86, M47.82), ausschl. radikuläres Kompressionssyndrom (Z03.3). Unter «Untersuchungsergebnisse, Beurteilung und Verlauf und Empfehlung» wird ausgeführt: «Klagsamer Pat. Keine Besserung des chronischen Schmerzsyndroms. Es erfolgte eine Schmerzdistanzierung mit Duolxetin, dies bitte fortsetzen. Vermeidung suchtpotenter Analgetika.»

- Bericht von Dr. med. S._____, Facharzt für Orthopädie-Unfallchirurgie, vom 4. November 2014 (IVSTA-act. 122.18) mit folgenden Diagnosen: Schulter-Arm-Syndrom (M54.12/LG), Impingement re Schulter (M75.4/RG), Impingement li Schulter (M75.4/LG), Painful arc re (M75.8/RG), Painful arc li (M75.8/LG), Schultersteife re (M25.61/RG), Schultersteife li (M25.61/LG), Depression (F32.9/G), Zervikale Bandscheibendegeneration (M50.3/G), Subacromialer Engpass (M25.80/BG), persistierender Schulterschmerz (M75.4/BG). Das Problem sei das subakromiale Engpasssyndrom.
- Bericht vom 3. Februar 2015 von Dr. med. T._____, Facharzt für Orthopädie und Sportmedizin der Klinik L._____, (IVSTA-act. 122.17), mit folgenden Diagnosen: «Intraoperative Diagnose v. 03.02.15: Schulterteilsteife links (M25.61, LG), Outlet- Impingement Schulter links (M75.4, LG), SLAP Läsion, deg. verändertes Labrum linke Schulter (S43.00, LG), Ausgeprägte Synovitis linke Schulter (M65.99, LG)». Als Therapie wurde angegeben: «Schulterarthroskopie links, Teilsynovektomie, Refixation der SLAP Läsion, Subacromiale Dekompression, Bursektomie». Im Weiteren wurde angegeben, die Rehabilitationsdauer betrage vier bis sechs Monate.
- Im Bericht vom 11. Juli 2016 führte Dr. med. U._____, Facharzt für Nuklearmedizin des Zentrums V._____, (IVSTA-act. 149 S. 18), in den klinischen Angaben ein chronisches HWS-Syndrom sowie eine Cervicocephalgie auf und hielt fest, der Patient berichte über ausschliesslich rechtsseitige Beschwerden. In seinem Befund und Beurteilung gab er Folgendes an:
 - Relevante hochgradige Foraminalstenose rechts Segment HWK 4/5 durch Unkarthrose, aber auch Intervertebralarthrose

- Foraminalstenose rechts auch im darunterliegenden Segment HWK 5/6, gleiche ursächliche Komponenten. Durch Bandscheibenprotrusion zusätzlich verstrichener ventraler Subarachnoidalraum
 - Ferner Chondrose Bandscheibe mit breiter Herniation von intraforaminal links. Hier auch wieder akzentuiert mit beidseitiger, rechts führender Foraminalstenose ohne relevante ossäre Komponente auf diesem Niveau
 - Cranial letztgenannter Höhe Steilstellung der Bewegungssegmente
 - Weiterhin keine Spinalkanalstenose und keine cervicale Myelopathie
- Arztbericht von Dr. med. S. _____ vom 2. November 2016 (IVSTA-act. 152 S. 6) mit folgenden Diagnosen: Deg. HWS (M47.82/G), Zervikale Bandscheibendegeneration (M50.3/G), Knieschmerzen (M25.56/G), enger Spinalkanal HWS (M48.00/G), chron. HWS Syndrom (M54.2/G), Beweg.einschränkung Hüfte re (M99.85/RG), Beweg.einschränkung Hüfte li (M99.85/LG), chron. Schmerz-Syndrom (R52.2/G), Coxarthrose bds. (M16.9/BG) beg. Dr. med. S. _____ kam zum Schluss, im Moment sei keine OP-Indikation für die Hüftgelenke vorhanden.
- Bericht von Dr. med. W. _____ von der Klinik X. _____ vom 20. April 2017 (IVSTA-act. 173 S. 30) mit folgender Diagnose: Retropatellar Arthrose (S90.2RG). Der Beschwerdeführer leide seit Jahren immer wieder unter Schmerzen im Knie rechts. Kein Trauma. Bekannte Coxarthrose bds. Klinisch habe sich keine Instabilität gezeigt. DMS Peripherie intakt. Keine Thromb. Zeichen. Eine Kniebandage sei verordnet worden.
- Arztbericht von Dr. med. S. _____ vom 21. November 2017 (IVSTA-act. 173 S. 25) mit folgenden Diagnosen: Depressionen (F32.9/G), Handgelenkarthralgie (M25.53/RG), chron. HWS Syndrom (M54.2/G), Beweg.einschr. HWS (M99.91/G), Cerviko-Cephalgie (M53.0/G), Zervikale Bandscheibendegeneration (M50.3/G), Deg. HWS (M47.82/G).
- Bericht zur Kernspintomographie der Halswirbelsäule vom 5. Dezember 2017 (IVSTA-act. 173 S. 23) mit folgender Beurteilung: Circuläre rechts-betonte Discusprotrusion mit vor allem jeweils deutl. intraforaminalen Anteil HWK4 bis HWK7.

- Arztbericht von Dr. med. S. _____ vom 7. Dezember 2017 (IVSTA-act. 173 S. 22) mit folgenden Diagnosen: persistierender Rückenschmerz HWS (M54.99/G), Bandscheibenprotrusionen HWS (M51.2/G), chron. HWS Syndrom (M54.2/G), chron. Schmerz-Syndrom (R52.2/G). Es liege eine chronische Schmerzproblematik der Halswirbelsäule vor. Eine neurologische Untersuchung sei angezeigt.
- Bericht von PD Dr. med. Y. _____, Sektionsleiter Wirbelsäulenchirurgie, und Dr. med. Z. _____/Aa. _____, Assistenzärzte, des Klinikums Bb. _____ vom 26. Januar 2018 (BVGer-act. 173 S. 20 f.) und 10. April 2018 (IVSTA-act. 173 S. 14 f.) mit folgenden Diagnosen: Bandscheibenprotrusion C3 bis C7 mit foraminaler Stenosierung, multifaktorielles chronisches Schmerzsyndrom, Impingement-Syndrom Schulter beidseits. Als Therapie wird im Bericht vom 10. April 2018 eine Dekompression und Fusionierung C4-7 mittels Hygro-C-Cage und Providence-Platte empfohlen. Die fachneurologische Beurteilung habe laut Arztbericht keinen eindeutigen Hinweis auf eine radikuläre Störung ergeben. Bei bestehendem multifaktoriellem Schmerzsyndrom sei nicht von einer vollständigen Beschwerderegredienz auszugehen.
- Bericht zur Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule vom 15. Mai 2018 (IVSTA-act. 173 S. 12) mit folgender Beurteilung: Im Bild führenden Befund für die Etage LWK 4/5 bei kräftigem rechts paramedianen Nucleus-pulposus-prolaps (NPP, = Bandscheibenvorfall) mit Wurzelaffektion L5 rechts.
- Arztberichte von Dr. med. S. _____ vom 15. August 2018 (IVSTA-act. 173 S. 11) und 18. Dezember 2018 (IVSTA-act. 173 S. 7) mit folgenden Diagnosen: Epicondylitis radialis humeri (Tennisarm/Tennisellbogen) (M77.1/LG), zervikale Bandscheibendegeneration (M50.3/G), zervikaler Bandscheibenschaden (M50.2/G). Unter Befund wird ausgeführt: Druckschmerz Epikondylus radialis humeri links, Provokationsschmerz links positiv.

9.2 Im polydisziplinären Gutachten der Cc. _____ GmbH vom 8. April 2019 (nachfolgend: Cc. _____-Gutachten; IVSTA-act. 169) wird auf die vorgenannten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte Bezug genommen (vgl. insb. S. 15 ff. des Gutachtens). Unter Berücksichtigung aller Fachdisziplinen (Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie) stellen die Gutachter folgende Diagnosen (S. 9):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/33.1)
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) chronisches unspezifisches multilokulares Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9)

Diagnosen ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit:

- Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.80)
radiologisch breitbasige Diskusprotrusionen HWK4/5/6/7 mit rechtsseitiger foraminärer Verengung sowie Diskushernie LWK4/5 mit Affektion der Nervenwurzel L5 rechts (MRI 05.12.2017 und 15.05.2018)
- Chronische Schulterbeschwerden unter Betonung der dominanten rechten Seite (ICD-10 M75.1/M79.61/Z98.8)
Status nach Schulterarthroskopie, Teilsynovektomie, Refixation der SLAP-Läsion, subakromialer Dekompression und Burssektomie links am 03.02.2015 bei Schulterteilsteife, Impingement, SLAP-Läsion bei degenerativ verändertem Labrum sowie Synovitis (Dr. T._____, Krankenhaus Dd._____ Deutschland)
radiologisch Partialruptur der Supraspinatussehne rechts (MRI 28.12.2018)
- Chronischer ventraler Knieschmerz rechts (ICD-10 M17.0)
radiologisch Retropatellararthrose (Röntgen zirka 04/2017)
- Anamnestisch mögliche Epicondylopathia humeri radialis der dominanten linken Seite (ICD-10 M77.1)
radiologisch regelrechter Befund (18.12.2018)
- Status nach Schädelhirntrauma (ICD-10 S06.9) in der Kindheit mit hochparietal rechts kleinem Kalottendefekt (und laut CT-Befund 1995 kleinem Hirnsubstanzdefekt ohne klinisches Korrelat)
- Rezidivierende gastritische Beschwerden (ICD-10 K29.7)
andauernde Einnahme verschiedener Schmerzmedikamente
Dauerbehandlung mit PPI

9.2.1 Der fallführende Gutachter, Dr. med. Ee._____, FMH Allgemeine Innere Medizin, sah den 54-jährigen Beschwerdeführer in unauffälligem Allgemeinzustand (S. 27). Aus allgemeinmedizinischer Sicht bestünden keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien rezidivierende gastritische Beschwerden (K29.7) zu diagnostizieren (S. 28). Betreffend Konsistenz und Plausibilität seien in der Untersuchungssituation keine wesentlichen

Inkonsistenzen oder Implausibilitäten aufgefallen, was den Alltag betreffe, könne aufgrund der Alltagsschilderung des Beschwerdeführers nicht nachvollzogen werden, weshalb bei seinen offenbar vorhandenen Fähigkeiten (wie z.B. Autofahren) keinerlei Erwerbstätigkeit möglich sein sollte (S. 28). Aus allgemeinmedizinischer Sicht bestünden keine Einschränkungen hinsichtlich Ressourcen, auch bestünden keine Belastungen. Die allgemeinen beruflichen Fähigkeiten für einen ungelerten Betriebsarbeiter seien beim Beschwerdeführer gegeben (S. 29). Sowohl in der angestammten Tätigkeit wie auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100% (S. 29).

9.2.2 Gegenüber dem psychiatrischen Gutachter Dr. med. Ff. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete der Beschwerdeführer unter anderem, er leide seit dem Erdbeben in der Türkei im Jahr 1999 unter verstärkten Schmerzen, Angst und Depressionen. Seit ca. 20 Jahren sei er in psychiatrischer Behandlung, gegenwärtig alle zwei bis drei Monate bei Dr. med. N. _____ (S. 32).

Gemäss dem psychiatrischen Untersuchungsbefund sei der affektive Kontakt gut herstellbar gewesen (S. 34 f.). Die Stimmung wurde als depressiv mit verminderter Freude und einem gewissen Interessenverlust beschrieben. Der Beschwerdeführer habe Schlafstörungen in der Nacht und erhöhte Ermüdbarkeit am Tag sowie einen verminderten Appetit angegeben. Der Selbstwert sei erhalten gewesen. Der Beschwerdeführer könne sich gut verbalisieren und habe genau gewusst, was er wolle. Es hätten aber negative Zukunftsperspektiven bezüglich der Gesundheit und beruflichen Situationen bestanden. Hinweise auf manifeste Ängste mit vegetativen Symptomen als Ausdruck der Angst und Zwänge bestünden nicht. Der Beschwerdeführer sei wach, bewusstseinsklar, allseits orientiert gewesen. Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis seien intakt, das Denken formal geordnet und inhaltlich bestünden keine Wahnideen, Halluzinationen und Ich-Störungen. Der Beschwerdeführer habe einen gewissen Lebensüberdruß angegeben, Hinweise auf akute Suizidalität bestünden nicht.

Aus psychiatrischer Sicht lägen als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (F33.0/33.1) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) vor (S. 35). Letztere sei gekennzeichnet durch ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat, deren Ausmass mit der Überzeugung, nicht mehr

arbeiten zu können, mit somatischen Befunden nicht objektiviert werden könne und die sich nicht nur auf eine Somatisierung im Rahmen der Depressionen zurückführen lassen würden. Beim Beschwerdeführer bestehe diagnostisch ein leichtes depressives Vorgehen, gekennzeichnet durch depressive Verstimmung mit verminderter Freude und einem gewissen Interessenverlust, aber auch durch erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, verminderten Appetit und negative Zukunftsperspektiven bezüglich der Gesundheit und beruflichen Situation. Es bestünden psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren, über welche der Beschwerdeführer im Untersuchungsgespräch habe reden können. Auf diesem Hintergrund komme es zu den vorliegenden psychischen Störungen. Die Anamnese sei sonst vor der Erkrankung psychiatrisch bland mit normaler Sozialisation, Familiengründung und voller Leistungsfähigkeiten während mehrerer Jahre (S. 35).

Es lägen Berichte des Krankenhauses I. _____ vor, wobei dort 2015 auch eine organische affektive Störung diagnostiziert worden sei (S. 37). Allerdings könne eine solche Diagnose nicht ohne den Nachweis hirnologischer Veränderungen gestellt werden. 2016 sei lediglich eine Dysthymia bei einer Schmerzstörung diagnostiziert worden, 2018 dann eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome. Der Beschwerdeführer erhalte aber kein Antidepressivum, jedenfalls habe er keines zur Untersuchung mitgebracht und im Austrittsbericht 2018 werde keines erwähnt. Auch dies spreche gegen eine schwere depressive Episode (S. 37).

Die Medikamentenspiegel wiesen darauf hin, dass die Behandlung intensiviert werden könne (S. 36). Voraussetzung wäre eine regelmässige Medikamenteneinnahme. Der Beschwerdeführer habe keine antidepressive Medikation angegeben. Die regelmässige Einnahme eines sedierenden und schmerzmodulierenden Antidepressivums auf die Nacht könnte aber hilfreich sein, neben dem Beachten der Schlafhygiene. Die Prognose sei aufgrund des chronischen Verlaufs und der deutlich geprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung ungünstig (S. 36).

Zur Konsistenz und Plausibilität in der Untersuchungssituation führte der Gutachter aus, der Beschwerdeführer habe sich sehr gut konzentrieren können, die Anamnese habe gut erhoben werden können (S. 36). Der Beschwerdeführer habe zunächst angegeben, keinen Kontakt mehr zu Kollegen zu haben, habe später aber auch angegeben, dass ein Kollege für ihn seinen Lebenslauf geschrieben habe. Was den Alltag betreffe, gebe der Beschwerdeführer an, er könne auf kurzen Strecken selbst Auto fahren,

was auch gegen das Vorliegen von deutlichen Konzentrationsstörungen spreche.

Bei der Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen verwies der Gutachter namentlich auf bestehende Ressourcen bezüglich angelernten Arbeiten mit mehrjähriger Berufserfahrung, auf traumatische Ereignisse – den Suizid der Tochter im Jahr 2007 und das Erleben eines Erdbebens im Jahr 1999 –, auf die angespannte finanzielle und familiäre Situation, auf die gelegentliche Mithilfe bei häuslichen Arbeiten und beim Einkaufen, die Mobilität durch Autofahren, ausserhäusliche Kontakte zu Kollegen sowie Reisen ins Herkunftsland Türkei (S. 37).

Die Arbeitsfähigkeit sei leicht bis mittelgradig eingeschränkt, was auch mit den täglichen Aktivitäten, die dem Beschwerdeführer möglich seien, vereinbar sei (S. 37). Aufgrund der durch die Depression bedingten erhöhten Ermüdbarkeit bestehe ein leicht bis mittelgradig eingeschränktes Rendement. Unter dessen Berücksichtigung sei die Arbeitsfähigkeit auf 70% einzuschätzen. Von dieser Arbeitsfähigkeit könne auch seit dem Gutachten der C._____ AG von 2011 ausgegangen werden. Eine Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 20. Februar 2013 habe sich aus psychiatrischer Sicht nicht ergeben (S. 37 f.).

9.2.3 Der neurologische Gutachter Dr. med. Gg._____, Facharzt für Neurologie, führte aus, das neurologische Gebiet werde tangiert mit der von den Entlassungsberichten der Psychiatrischen Klinik I._____ aufgeworfenen organischen Ätiologie der Depression (S. 43). Hierzu sei festzustellen, dass sich anlässlich der eingehenden polydisziplinären Untersuchung der C._____ im Jahr 2011 keinerlei Anhalt dafür geboten habe. Auch könne hierfür der in der frühen Kindheit angegebene Unfall mit Schädelhirntrauma, der entsprechend einem CT-Befund von 1995 zu einem kleinen Substanzdefekt rechts hochparietal geführt habe, nicht angeschuldigt werden. Der Psychiater Dr. med. J._____ (Klinik I._____) erwähne eine organische Ätiologie und beziehe sich dabei auf multiple subkortikale Marklagerläsionen, welche 2007 in der Klinik Bb._____ festgestellt worden seien. Diesbezüglich sei zu kommentieren, dass diese offenbar bei fehlender Relevanz keinen Anlass zur weiteren Abklärung boten. So seien diese Marklagerläsionen entsprechend dem Bericht vom 6. November 2007 als am ehesten vaskulär bedingt eingeordnet und bei unauffälligem EEG und fehlenden Hinweisen für eine organische Komponente als belanglos angesehen worden. Im Bericht der Klinik I._____ aus dem Jahr 2018 sei sodann die organische Ätiologie fallengelassen worden. Die

neurologische Untersuchung ergebe keinen Anhalt für einen zerebralorganischen Prozess. Ob die frühmorgens nach dem Aufwachen angegebenen Hypästhesien in den Händen als Zervikobrachialgien gesehen werden könne, bleibe offen. Auf jeden Fall ergebe die aktuelle neurologische Untersuchung einen unauffälligen Status und keinen Anhalt für eine radikuläre oder medulläre Beteiligung (S. 44).

Aus neurologischer Sicht seien die Beschwerden bzw. das Ausmass hiervon nicht erklärbar (S. 44). Eigentliche neurologische aktuelle Befundberichte lägen nicht vor. Mit dem neurologischen Teil des C._____ -Gutachtens 2011 bestehe Übereinstimmung. Weder in der angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit bestehe aus neurologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit. Aus neurologischer Sicht könnten körperlich leichte bis punktuell mittelschwere Arbeiten ohne Zwangshaltungen voll verrichtet werden (S. 45). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. Gg._____ an: Status nach Schädelhirntrauma (ICD-10 S06.9) in der Kindheit mit hochparietal rechts kleinem Kalottendefekt (und laut CT-Befund 1995 kleinem Hirnsubstanzdefekt ohne klinisches Korrelat), degeneratives HWS-Syndrom ohne radikuläre oder medulläre Beteiligung (ICD-10 M53.1) sowie anamnestisch somatoforme Schmerzstörung (S. 43).

9.2.4 Gegenüber dem orthopädischen Gutachter Dr. med. Hh._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, erwähnte der Beschwerdeführer, er habe am linken dorsalen Beckenkamm gedehnte Rückenschmerzen, die bis zu dem anterolateralem Rippenbogen und dem Bauch, aber auch in den dorsolateralen Oberschenkel sowie manchmal in die Zehen zögen (S. 47). Das rechte Knie schmerze ventral und der adominante linke Ellbogen lateral. Aufgrund dreier Bandscheibenvorfälle leide er an den als Pars descendens des Trapezius gedehnten Schmerzen samt morgendlichem Einschlafgefühl und Ameisenlaufen bis in die drei ulnaren Finger der rechten Seite. Die linke Schulter schmerze kranial und lateral seit einem Eingriff weniger. Der Beschwerdeführer verneinte weitere Beschwerden des Bewegungsapparates.

Aktuell seien auf orthopädischer Ebene folgende Befunde objektivierbar: der ebene Gang erfolge samt Varianten langsam und unter Stöhnen, das vermeintlich unbeobachtete Treppenlaufen aber flüssig und sehr zügig (S. 53). Bei der Untersuchung der Wirbelsäule und Extremitäten demonstrierte der Beschwerdeführer unter zum Teil massiver Gegenspannung eine erheblich eingeschränkte Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte, sodass eine konklusive Untersuchung nicht gelinge. Während die Prüfung der unteren

Extremitäten zur wiederholten Schmerzangabe unter anderem im dorsalen linken Beckenabschnitt führe, gelinge die Untersuchung der Hüftgelenke in sitzender Position ohne relevantes Defizit. Es bestehe eine völlig diffuse Druckdolenz an Stamm und Extremitäten, die anatomisch keinesfalls klar zugeordnet werden könne. Vier von fünf Waddell-Zeichen seien positiv.

Auf radiologischer Ebene bestünden mehrsegmentale zervikale Diskusprotrusionen mit foraminale Verengung der rechten Seite sowie eine Diskushernie LWK4/5 mit Affektion der Nervenwurzel L5 rechts (S. 53). Am rechten Schultergelenk seien eine Partialruptur der Supraspinatussehne, am rechten Knie eine Retropatellararthrose, an den Hüften eine beginnende Coxarthrose und am linken Ellbogen sowie an den Handgelenken unauffällige Verhältnisse dokumentiert worden. Auch eine Ganzkörperskelettszintigraphie habe keine Auffälligkeiten gezeigt. In Anbetracht des klinisch objektiv ansonsten weitgehend blanden Befundes werde auf die Anfertigung neuer Bilddokumente verzichtet.

Der Gutachter führte aus, dass sich die anamnestisch und klinisch äusserst diffus präsentierte Symptomatik durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls klar begründen lasse (S. 53). Grundsätzlich nachvollziehbar sei ein gewisser Leidensdruck bezüglich der Diskopathien an der Wirbelsäule sowie angesichts der Veränderungen an Schulter und Knie der rechten Seiten. Die demonstrierte Bewegungseinschränkung während der fokussierten Untersuchung korrespondiere nicht mit der beim Entkleiden und Anziehen praktisch freien Auslenkung. Auch die gezielte Prüfung des Gangbildes entspreche keinesfalls der zu wesentlich höheren Belastungen führenden Bewegung beim vermeintlich unbeobachteten Treppenlaufen. Insgesamt lägen massive Hinweise für ein nicht organisches Geschehen vor. Die im Alltag geltend gemachten, letztlich als sehr diffus und umfassend geschilderten Einschränkungen könnten auf Eben des Bewegungsapparates kaum nachvollzogen werden.

Der Einschätzung im Gutachten des C. _____ könne aufgrund der heutigen Untersuchung gut gefolgt werden (S. 54). Gemäss dem letzten vorliegenden Bericht der Klinik R. _____ von Ende 2013 sei von einer somatoformen Schmerzstörung im Rahmen der Depression ausgegangen worden. Dieser Einschätzung sei aufgrund der heutigen Untersuchung klar zu folgen. Dagegen erstaune die Indikationsstellung im Bericht der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Klinikums Bb. _____ vom 10. April 2018 (IVSTA-act. 173 S. 14 f.): Trotz der im Bericht erwähnten fehlenden Hinweise auf eine radikuläre Störung im Rahmen der fachneurologischen

Beurteilung werde bei ganz offensichtlich bestehenden nicht organischen Beschwerdekomponten ein mehretagerer Eingriff vorgeschlagen, der mit allergrösster Wahrscheinlichkeit keine relevante Beschwerdeverbesserung zu bringen imstande sei. Den ab 11. März 2013 vorliegenden Berichten von Dr. med. S. _____ könne aufgrund der heutigen Untersuchung insoweit gefolgt werden, als sie keine höhergradigen funktionellen Veränderungen des Bewegungsapparates dokumentieren (S. 54 f.).

Es sei zu keiner relevanten Veränderung des Gesundheitszustandes gegenüber der medizinischen Aktenlage gemäss Verfügung vom 20. Februar 2013 gekommen (S. 56). Für körperlich leichte bis selten mittelschwere Verrichtungen könne auf der Ebene des Bewegungsapparates von einer uneingeschränkten Einsetzbarkeit ausgegangen werden (S. 55). Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg bis selten 15 kg sowie der Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb des Brustniveaus sollte vermieden werden. Somit bestehe weder in der angestammten Tätigkeit noch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit.

9.2.5 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung führten die Gutachter aus, dass sich im Vergleich zur medizinischen Aktenlage, die der Verfügung vom 20. Februar 2013 zugrunde lag, keine Veränderung des Gesundheitszustands ergeben habe, und dass medizinische Belastungsfaktoren mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lediglich aus psychiatrischer Sicht vorhanden seien (S. 10 ff.). Der Beschwerdeführer habe jedoch ursprünglich Ressourcen aufgewiesen, um in einer ungelerten Tätigkeit ein Erwerbseinkommen zu erzielen und diese seien grundsätzlich noch vorhanden. Ungünstig sei hingegen die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt und die sehr negative Selbsteinschätzung bezüglich seiner Arbeitsfähigkeit. Wesentliche Inkonsistenzen seien nicht aufgefallen, ausser dass die schmerzbedingten Einschränkungen aufgrund der Befunde somatisch und orthopädisch nicht nachvollzogen werden könnten. Im Alltag weise der Beschwerdeführer faktisch wenige Einschränkungen auf, was mit den feststellbaren Befunden und Diagnosen übereinstimme. So sei er beispielsweise fahrfähig mit dem Auto. Abschliessend stellten die Gutachter fest, es bestehe, über die Zeit gemittelt seit dem C. _____ -Gutachten im Jahre 2011, eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70% in der zuletzt ausgeübten sowie auch jeder anderen angepassten Tätigkeit (alle leichten bis intermittierend mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten).

9.3 Gemäss Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. D. _____ vom 13. Mai 2019 (IVSTA-act. 171) könne auf das Cc. _____-Gutachten abgestellt werden.

9.4 Im Anschluss an das Cc. _____-Gutachten und die RAD-Einschätzung wurden namentlich folgende Berichte behandelnder Ärztinnen und Ärzte zu den Akten gegeben:

- Ärztliches Attest der Hausärztin Dr. med. M. _____ vom 4. Oktober 2019 (IVSTA-act. 186) mit dem Hinweis, eine dauerhafte Linderung der Schmerzsymptomatik habe nicht erreicht werden können. Es sei in den letzten drei Jahren zu einer deutlichen Verschlechterung gekommen. In Anbetracht der weiteren Zunahme der Schmerzsymptomatik sei die körperliche Belastbarkeit des Beschwerdeführers immer schlechter geworden. Auch die depressive Symptomatik habe sich verschlechtert. Aufgrund der langjährigen persistierenden depressiven Symptomatik und Schmerzsymptomatik mit erheblicher Verschlechterung nach dem Tod der Tochter und folgender sozialer Regression sei mit einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit zu rechnen.
- Ärztlicher Kurzbericht von Dr. med. N. _____ vom 18. Oktober 2019 (IVSTA-act. 188 S. 7) mit den Diagnosen Dysthymie (F34.1G), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41G), Abhängigkeitssyndrom bei Gebrauch von Opioiden (F11.2G), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41G), schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeits erzeugenden Analgetika (F55.2G), andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0G) und rezidivierende depressive Störung gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2G) und den Medikamenten Olanzapin, Pregabalin, Tilidin und Venlafaxin (Einstellung auf Venlafaxin mit wöchentlicher Dosissteigerung).
- IV- Arztbericht vom 6. November 2019 (IVSTA-act. 188 S. 2) von Dr. med. N. _____ mit den bekannten Diagnosen, wobei im Gegensatz zu den früheren Berichten von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1G) die Rede ist. Der Beschwerdeführer sei seit 1. Dezember 2014 bis heute und weiterhin bei ihr in Behandlung. Die Prognose erscheine ungünstig bei Chronifizierung. Die aktuelle Medikation bestehe aus Venlafaxin, Olanzapin, Pregabalin und Tilidin. Die bisherige Tätigkeit als Kellner sei aufgrund

verminderter allgemeiner Belastbarkeit, Konzentrations- und Leistungsstörungen, Störungen der Impulskontrolle mit aggressiven Durchbrüchen bei Überforderung nicht mehr zumutbar. Die Einschränkungen liessen sich durch medizinische Massnahme nicht vermindern, mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit sei nicht zu rechnen.

9.5 Gemäss Beurteilung des RAD-Arzt Dr. med. D. _____ vom 15. November 2019 (IVSTA-act. 190) zu den neu aufgelegten Berichten (vgl. E. 9.4 oben) seien die Befunde bereits im Cc. _____-Gutachten beurteilt worden.

9.6 Im Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer folgende medizinische Beurteilungen zu den Akten:

- Ärztlicher Kurzbericht von Dr. med. N. _____ vom 12. Juni 2020 (BVGer-act. 9), mit dem sie die bereits genannten Diagnosen bestätigte und ausführte, es bestehe seit Monaten eine schwere depressive Symptomatik vor dem Hintergrund einer ehelichen und familiären Konfliktsituation. Die chronifizierte Schmerzsymptomatik stelle ebenfalls eine schwere Belastung dar. Eine stationäre Behandlung möglichst unter Einbeziehung der Ehefrau sei erforderlich.
- Bericht vom 13. April 2021 von Dr. med. J. _____ des Krankenhauses I. _____, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie über den (erneuten) Klinikaufenthalt vom 18. Februar 2021 bis zum 16. April 2021 mit namentlich folgenden Diagnosen (BVGer-act. 24):
 - DRG-Hauptdiagnose: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3)
 - Dysthymia (F34.1)
 - Sonstige andauernde Persönlichkeitsänderungen (F62.88)
 - Sonstige somatoforme Störungen (F45.8)
 - Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation (M54.99)
 - Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlegung (M51.2)
 - Zervikalneuralgie (M54.2)
 - Zervikozepales Syndrom (M53.0)

Das körperliche und seelische Befinden des Beschwerdeführers habe sich seit dem letzten Aufenthalt (8. November 2018 bis 18. Dezember 2018) kontinuierlich verschlechtert. Es bestehe bei ihm seit mehreren Jahren eine schwere und fluktuierende depressive Symptomatik vor dem Hintergrund multipler psychosozialer Belastungen und zunehmenden körperlichen Einschränkungen, Beschwerden und auch Schmerzen im Bereich vieler Organe.

Die stationäre Aufnahme des Beschwerdeführers erfolge im Rahmen der bekannten chronifizierten und deutlich fixierten depressiven Grunderkrankung. Seit seiner letzten Entlassung aus der Klinik vor ca. drei Jahren sei es vermutlich vor dem Hintergrund von psychosozial belastenden Lebensumständen zu weiteren Akzentuierungen der sowohl psychischen wie auch körperlichen Beschwerdesymptomatik gekommen. Die Einschätzung der Kollegen im Rahmen der Begutachtung für die schweizerische Rentenversicherung könne in keiner Weise nachvollzogen werden. Weder dem bisherigen chronischen und erheblich fixiertem Verlauf der langjährigen psychischen (aber auch somatischen) Beeinträchtigungen noch der bestehenden (hirn-)organischen Komponente sei Beachtung geschenkt worden.

Als Medikamente wurden aufgeführt: Pantozol, Risperdal, Pregabalin, Duloxetin und bei Bedarf Novaminsulfon, Insidon. Die Pharmakotherapie gestalte sich von Beginn an sehr schwierig. Der Beschwerdeführer wünschte sich eine Modifikation der bei ihm bestehenden Medikation, lasse sich aber aus Angst vor weiteren Nebenwirkungen auf die Einstellung auf andere Medikamente nicht unbedingt ein. Aufgrund der anhaltenden depressiven Symptomatik sei im weiteren Verlauf eine antidepressive Behandlung mit Duloxetin begonnen worden. Der Grossteil der Symptome sei jedoch erhalten geblieben.

Der Beschwerdeführer sei am 16. April 2021 in allenfalls leicht gebessertem Zustand in die häusliche Umgebung entlassen worden. Zum Zeitpunkt der Entlassung, sei er weiterhin zu 100% arbeitsunfähig. Aufgrund des bisherigen langjährigen Krankheitsverlaufs mit erheblicher Fixierung und Chronifizierung der Beschwerden sei von einer sehr ungünstigen Verlaufsprognose auszugehen.

- Entlassbrief der Klinik li. _____ vom 14. Mai 2021 von Dr. med. Jj. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie betreffend eine teilstationäre Behandlung vom 19. April 2021 bis 14. Mai 2021

(BVGer-act. 30) mit im Wesentlichen übereinstimmenden Diagnosen zum Bericht des Krankenhauses I. _____ vom 13. April 2021.

Beim Beschwerdeführer sei seit ca. 20 Jahren eine inzwischen chronifizierte und zum Teil erheblich fixierte ängstlich-depressive Entwicklung mit ausgeprägten Somatisierungstendenzen bekannt. Die Aufnahme erfolge im Rahmen der chronifizierten depressiven Grunderkrankung vor dem Hintergrund multipler psychosozialer Belastungsfaktoren. Eine Fortführung der ambulanten psychiatrischen Behandlung inklusive der Psychopharmakotherapie sei zu empfehlen. Der Beschwerdeführer sei den Empfehlungen bislang eher ambivalent gegenübergestanden.

Die Pharmakotherapie sei unverändert belassen worden. Als Medikamente wurden aufgeführt: Pantozol, Risperdal, Pregabalin, Duloxetin, bei Bedarf: Novaminsulfon, Insidon. Der Laborbefund vom 21. April 2021 lag bei Duloxetin mit 17.1 µg/L unterhalb des Normbereichs von 30-120 µg/L.

9.7 Gemäss Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. D. _____ vom 10. Juni 2021 (BVGer-act. 26) zum Bericht von Dr. med. J. _____ vom 13. April 2021 (vgl. oben E. 9.6) sei keine wesentlich veränderte Befundlage, jedenfalls seien keine (zusätzlichen) invalidisierenden Leiden gegenüber dem Cc. _____-Gutachten dargetan, weshalb weiterhin auf das Cc. _____-Gutachten abgestellt werden könne.

10.

Zu prüfen ist, ob ein Neuanmeldegrund vorliegt (vgl. oben E. 7.3).

10.1

10.1.1 Die Feststellung einer neuuanmelde- bzw. revisionsrechtlich relevanten Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist das Vorhandensein einer entscheidenderheblichen Differenz in den – hier den medizinischen Berichten und Gutachten zu entnehmenden – Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidenderheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Tatsachenebene zum früheren Zustand wiedergibt. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, neuuanmelde- bzw. revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von

revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen. Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen und nicht revisionsbegründend (vgl. Urteil des BGer 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.1 und 4.2).

10.1.2 Die Vorinstanz stützt ihre Auffassung, wonach keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen sei, im Wesentlichen auf das CC._____ Gutachten vom 8. April 2019, wonach sich im Vergleich zur medizinischen Aktenlage, die der Verfügung vom 20. Februar 2013 zugrunde lag, keine Veränderung des Gesundheitszustands ergeben habe und seit dem C._____ -Gutachten im Jahre 2011 eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70% in der zuletzt ausgeübten sowie auch in jeder anderen angepassten Tätigkeit (alle leichten bis intermittierend mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten) vorhanden sei (vgl. oben E. 9.2.5).

Dieses im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte Gutachten beruht auf umfassenden internistischen, neurologischen, orthopädischen und psychiatrischen Untersuchungen (mit Indikatorenprüfung), berücksichtigt die beklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der relevanten medizinischen Vorakten abgegeben. Des Weiteren erfolgten eine interdisziplinäre Beurteilung und die Beantwortung der gestellten Fragen (vgl. oben E. 9.2 ff.). Insoweit ist das Gutachten des CC._____ mit Blick auf die formalen Anforderungen der Rechtsprechung an ein Gutachten nicht zu beanstanden und der Vorwurf des Beschwerdeführers, sein Gesundheitszustand inklusive aller Diagnosen sowie die Arbeitsfähigkeit seien nicht sorgfältig abgeklärt worden, unbegründet.

10.1.3 Im Folgenden bleibt zu klären, ob das Gutachten inhaltlich zu überzeugen vermag, bzw. ob konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. In diesem Zusammenhang ist insbesondere auf die Kritik des Beschwerdeführers am orthopädischen und am psychiatrischen Teilgutachten einzugehen.

10.2 In orthopädischer Hinsicht ergibt sich das Nachstehende:

10.2.1 Der Beschwerdeführer rügt, bildgebende Untersuchungen seien eine wichtige Voraussetzung jeder orthopädischen Begutachtung, die den Ausgangspunkt und die Begrenzung der klinisch-neurologischen Beurteilung bilde. Doch dem Gutachter habe bezüglich dem MRI der Schulter links

vom 20. November 2014 nur der schriftliche Bericht vorgelegen. Bezüglich der HWS habe sich der orthopädische Gutachter ebenfalls nur auf den schriftlichen Befund vom 21. November 2017 abgestützt. Das sei unzulässig. Der Gutachter müsse sich auf eine eigene Interpretation der Bilder stützen und dürfe sich nicht mit einer unvollständigen Aktenlage zufriedengeben. Die Einschätzungen des orthopädischen Gutachters würden sich weitgehend auf Sekundärquellen stützen, da nicht einmal die Berichte der Röntgeninstitute vorgelegen hätten. Das Gutachten leide schon deswegen unter schweren Mängeln und sei daher nicht verwertbar.

Weiter habe der orthopädische Gutachter die radiologischen und klinischen Befunde nicht nachvollziehbar gewürdigt, indem er trotz bildgebenden Nachweisen und korrelierenden Schmerzangaben den klinischen Befund als «weitgehend bland» bezeichne. Der Gutachter unterlasse es darzulegen, inwiefern die vom Beschwerdeführer genau lokalisierten Schmerzangaben nicht mit den radiologischen Befunden korrespondieren würden. Der orthopädische Gutachter liste diese bildgebend nachgewiesenen Diagnosen auf, sprechen ihnen jedoch kurzerhand jeden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ab, was nicht überzeuge. Insbesondere wurden jahrelange Hals- und Nackenbeschwerden sowie Beschwerde an der Lendenwirbelsäule würden kurzerhand weggeschrieben.

Der Gutachter stützte sich namentlich auf die angebliche Beobachtung, dass der Beschwerdeführer sich spontan mit den Armen hochstemmen konnte und sich angeblich flüssig aus- und entkleidet habe sowie flüssig die Treppe hochgegangen sei. Diese angeblichen Beobachtungen würden bestritten. Der Gutachter könnte auch hier, wie bei der Prüfung der Halsbeweglichkeit, die Unwahrheit schreiben. Zudem sei das Ausziehen von Kleidern auch mit eingeschränkter Halsbeweglichkeit flüssig möglich und die Diskushernie müsse sich nicht zwingend im Gangbild äussern. Der Gutachter müsste darlegen, dass der Beschwerdeführer simuliere oder aggraviere, was jedoch nicht behauptet werde.

Das Gutachten sei im orthopädischen Teil nicht schlüssig und somit nicht verwertbar. Hals-, Schulter- und Lendenwirbelbeschwerden würden nicht nachvollziehbar gewürdigt.

10.2.2 Soweit der Beschwerdeführer bemängelt, dass dem orthopädischen Gutachter nicht sämtliche radiologische Bilder und Befunde vorlagen – der Gutachter hat korrekterweise ausgewiesen, worauf er sich jeweils abgestützt hat (IVSTA-act. 169 S. 50 ff.) –, ist darauf hinzuweisen, dass sich

eine gesundheitliche Veränderung nicht allein aus neuen Ergebnissen bildgebender Untersuchungen ergibt; für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sind in erster Linie die klinischen Befunde massgeblich (Urteile des BGer 9C_126/2019 vom 19. Juni 2019 E. 4.4.1; 9C_491/2017 vom 26. September 2017 E. 4.1; 8C_45/2017 vom 26. Juli 2017 E. 5.3). Im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit kommt der klinischen Untersuchung von Rücken- und anderen orthopädischen Beschwerden grösseres Gewicht zu als der bildgebenden Diagnostik allein. Es darf im Übrigen davon ausgegangen werden, dass der orthopädische Gutachter die fraglichen radiologischen Bilder und Befunde beigezogen hätte, wenn aufgrund von Anamnese und klinischer Untersuchung Anlass hierzu bestanden hätte (vgl. Urteil des BGer 9C_457/2010 vom 30. August 2010 E. 2). Ebenso liegt es im Ermessen des Gutachters, ob aufgrund der erhobenen klinischen Befunde (weitere) bildgebende Abklärungen notwendig sind, worauf er mit ausdrücklicher Begründung verzichtet hat (IVSTA-act. 169 S. 53).

Weiter ist darauf hinzuweisen, dass für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht in erster Linie die Diagnosen, sondern die daraus resultierenden funktionellen Einschränkungen entscheidend sind (vgl. etwa das Urteil des BGer 9C_549/2017 vom 13. Februar 2018 E. 3.3 mit Hinweis). Sowohl bei somatisch dominierten als auch bei psychisch dominierten Leiden besteht zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit keine Korrelation (BGE 140 V 193 E. 3.1), wobei nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung namentlich eine bildgebend ausgewiesene Diskusprotrusion nicht ausreichender Beweis für eine Arbeitsunfähigkeit ist (Urteil des BGer 9C_57/2015 vom 19. Mai 2015 E. 4.3). Diesbezüglich gehört es zur Aufgabe des Gutachters, den Befund anhand der Klinik zu überprüfen und dessen Auswirkungen bei der Untersuchung und im Alltag substantiiert darzulegen. Dazu zählen insbesondere auch Angaben zum beobachteten Verhalten, Feststellungen über die Konsistenz der gemachten Angaben wie auch Hinweise, welche zur Annahme von Aggravation führen (Urteil des BGer 8C_390/2017 vom 9. November 2017 E. 4.1 m.H.).

10.2.3 Insgesamt hat der orthopädische Gutachter die vom Beschwerdeführer geltend gemachten radiologischen und klinischen Befunde anders gewürdigt als die behandelnden (Fach-)Ärzte. Namentlich hat der Gutachter darauf hingewiesen, dass sich die anamnetisch und klinisch äusserst diffus präsentierte Symptomatik durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls klar begründen lässt (IVSTA-act. 169 S. 53). Grundsätzlich nachvollziehbar ist ein gewisser Leidensdruck bezüglich der auch gutachterlich bestätigten Diskopathien an der Wirbelsäule

(mehrsegmentale zervikale Diskusprotrusionen mit foraminale Verengung der rechten Seite sowie eine Diskushernie LWK4/5 mit Affektion der Nervenwurzel L5) sowie angesichts der Veränderungen an Schulter und Knie der rechten Seite. Gleichzeitig war das vom Beschwerdeführer in der Untersuchungssituation gezeigte Verhalten (spontanes und wiederholtes Hochstemmen mit den Armen des am Rand der Untersuchungsfläche sitzenden Beschwerdeführers) gemäss gutachterlicher Würdigung mit einer höhergradigen funktionellen Einschränkung der oberen Extremitäten nicht vereinbar. Überhaupt korrespondierte die demonstrierte Bewegungseinschränkung während der fokussierten Untersuchung nicht mit der beim Entkleiden und Anziehen praktisch freien Auslenkung. Auch die gezielte Prüfung des Gangbildes entsprach nicht der zu wesentlich höheren Belastungen führenden Bewegung auf der Treppe. Nach gutachterlicher Einschätzung liegen massive Hinweise für ein nicht organisches Geschehen vor (vgl. oben E. 9.2.4).

10.2.4 Es ist Aufgabe des Gutachters, allfällige Diskrepanzen zwischen objektivierbarem und subjektiv empfundenem Beschwerdebild soweit möglich fassbar zu machen bzw. einer Erklärung zuzuführen (vgl. Urteil des EVG I 754/04 vom 19. April 2005 E. 2; Urteil des BGer 8C_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 5). Es bestehen keine Hinweise, dass der Gutachter hier nicht mit der ihm obliegenden Objektivität vorgegangen ist. Inwiefern der Gutachter eine Simulation oder Aggravation darzulegen hätte – wie dies der Beschwerdeführer fordert –, ist nicht ersichtlich, hält der Gutachter doch massive Hinweise für ein nicht organisches Geschehen fest.

Zu Recht setzt sich der Gutachter auch mit den abweichenden Einschätzungen der behandelnden (Fach-)Ärzte auseinander, namentlich mit dem Bericht des Klinikums Bb. _____ vom 10. April 2018 (IVSTA-act. 173 S.14 f). Der Gutachter kann die Operationsindikation angesichts des im Bericht festgehaltenen Fehlens eines eindeutigen Hinweises auf eine radiokuläre Störung (der HWS) und bei erstellter nicht organischer Beschwerdekomponekte nicht nachvollziehen (vgl. oben E. 9.2.4). Diese gutachterliche Feststellung ist schlüssig und nachvollziehbar. Im Übrigen genügt eine abweichende fachärztliche Beurteilung über eine Operationsindikation allein nicht, um den Beweiswert eines Gutachtens entscheidend zu mindern (vgl. Urteile des BGer 9C_600/2018 vom 7. Januar 2019 E. 4.2, 8C_146/2017 vom 7. Juli 2017 E. 4.2.2 und 9C_190/2016 vom 20. Juni 2016 E. 4).

10.2.5 Vorliegend hat sich der orthopädische Gutachter mit den schriftlichen Befunden befasst und ist nach eingehender orthopädischer Untersuchung zum Schluss gekommen, dass sich im Gegensatz zu den früheren Berichten keine höhergradigen funktionellen Veränderungen des Bewegungsapparates dokumentieren lassen. Der Gutachter hat nachvollziehbar aufgezeigt, dass keine namhaften pathologischen Leiden des Bewegungsapparates vorliegen, welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten und auch in angepassten leichten bis mittelschweren Tätigkeiten einschränken. Eine anspruchserhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes ist damit nicht erstellt. Daran ändert im Übrigen auch der Hinweis des Beschwerdeführers auf das Urteil des BVGer C-5620/2016 vom 24. Juli 2018 nichts, war doch damals das *Eintreten* auf die Neuanmeldung Prozessgegenstand.

10.3 In psychischer und neurologischer Hinsicht ergibt sich das Nachstehende:

10.3.1 Der Beschwerdeführer rügt, die Diskrepanz zwischen der Beurteilung des Schweregrades der Depressionen zwischen dem psychiatrischen Teilgutachten (Begutachtungsdatum: 21. Januar 2019) und dem Bericht des Krankenhauses I. _____ vom 18. Dezember 2018 (Klinikaufenthalt vom 8. November 2018 bis 18. Dezember 2018) sei nicht auflösbar. Auch übersehe der Gutachter, dass der Beschwerdeführer während des Klinikaufenthalts psychopharmakologisch behandelt worden sei und diese Behandlung mangels positiven Effekts nicht fortgeführt worden sei. Die psychopathologischen Befunde (Konzentrationsstörungen, Gedächtnisminderleistungen, Auffassungsstörungen) zwischen Gutachten und vorgenanntem Bericht seien ebenfalls nicht in Übereinstimmung zu bringen. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung weiterhin unter einer schweren depressiven Episode litt, was der Gutachter aber nicht fachgerecht erhoben habe. Das psychiatrische Teilgutachten trage der massiven Schmerzsituation und der Chronifizierung des Leidens ebenso wenig Rechnung wie dem Umstand, dass sich die chronischen progressiven Erkrankungen gegenseitig sehr ungünstig beeinflussen. Die therapeutischen Optionen seien entgegen dem Gutachten ausgeschöpft. Aufgrund der ausgewiesenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes, der langjährigen Therapieresistenz und dem nachgewiesenen Rückzug aus den sozialen Beziehungen müsse dem Beschwerdeführer eine ganze Rente zugesprochen werden.

Vor Bundesverwaltungsgericht legt der Beschwerdeführer einen neuen Bericht des Krankenhauses I. _____ vom 13. April 2021 (stationärer Aufenthalt vom 18. Februar 2021 bis 16. April 2021) und einen Bericht der Psychiatrischen Klinik li. _____ vom 14. Mai 2021 auf. Namentlich der Bericht vom 13. April 2021 lasse Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Verfügungszeitpunkt zu, zumal darin eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit Dezember 2018 beschrieben worden sei. Auch habe der Beschwerdeführer psychotische Symptome entwickelt, die Verschlechterung sei klar ausgewiesen.

Betreffend das neurologische Teilgutachten rügt der Beschwerdeführer, die vom neurologischen Gutachter gestellte Diagnose «degeneratives HWS-Syndrom ohne radikuläre oder medulläre Beteiligung (M 53.1)» sei offensichtlich falsch (BVGer-act. 16).

10.3.2 Bei psychischen Störungen ist – wie bei somatischen Gesundheitsschäden – entscheidend, ob und wie sich die Krankheit leistungslimitierend auswirkt, wobei eine leistungs-, insbesondere rentenbegründende Invalidität jedenfalls eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose voraussetzt (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2; 141 V 281 E. 2.1 ff.; 143 V 418 E. 8.1). Die Sachverständigen haben ihre Diagnosen nachvollziehbar zu begründen, sodass die rechtsanwendenden Behörden nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 141 V 281 E. 2.1.1). Bei Depressionen ist eine nachvollziehbare Diagnosestellung deshalb von besonderer Relevanz, weil allein durch psychosoziale Belastungen verursachte Leistungsbeeinträchtigungen keine Invalidität zu begründen vermögen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1; 141 V 281 E. 3.4.2.1; 127 V 294 E. 5a).

Ob in einem Verfahren betreffend Neuanmeldung eine anspruchserhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes vorliegt, kann nicht alleine anhand der gestellten Diagnose(n) beurteilt werden (vgl. oben E. 5.4). Es kommt vielmehr in erster Linie auf die Intensität der Gesundheitsschädigung an, welche mittels Bezugnahme auf die medizinische Aktenlage zu eruieren ist (Urteil des BGer 9C_328/2021 vom 3. Januar 2022 E. 5.3.1). Demnach ist nicht die Diagnose massgebend, sondern primär der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik (Urteil des BGer 9C_310/2022 vom 28. Juli 2022 E. 4.3.1). Ist in dieser Hinsicht von einer Veränderung auszugehen, stellt sich in einem zweiten Schritt die Frage nach den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung eines Mediziners ist dabei stets im Lichte der

medizinischen Aktenlage zu überprüfen und darf nicht ohne Weiteres übernommen werden (Urteil 9C_328/2021 E. 5.3.1).

Dabei ist zu berücksichtigen, dass grundsätzlich bei sämtlichen psychischen Leiden ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 durchzuführen ist (BGE 143 V 409 und 418). Ein solches ist jedoch entbehrlich, wenn sich der Gesundheitszustand nicht massgeblich verändert hat und daher kein Revisions- respektive Neu anmeldungsgrund vorliegt (vgl. Urteile des BGER 8C_719/2020 vom 7. April 2021 E. 7.2.2, 8C_539/2020 vom 3. November 2020 E. 6.2.3, 8C_603/2019 vom 22. November 2019 E. 6.2). Dies gilt auch dann, wenn im rechtskräftig abgeschlossenen Verfahren noch kein strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt worden ist (vgl. Urteil 8C_587/2017 vom 14. Mai 2018 E. 5.3 mit Hinweis auf BGE 141 V 585).

10.3.3 Der CC. _____-Gutachter verneint ausdrücklich, dass sich im Vergleich zur medizinischen Aktenlage, die der Verfügung vom 20. Februar 2013 zugrunde lag, eine Veränderung des Gesundheitszustandes ergeben habe (IVSTA-act. 169 S. 39). Sowohl betreffend Intensität der Gesundheitsschädigung wie auch betreffend Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 37 f.) stimmt die Einschätzung des CC. _____-Gutachters mit dem C. _____-Gutachten überein (vgl. zur diagnostischen Einordnung auch den Bericht des RAD vom 21. August 2012 [IVSTA -act. 85], S. 5). Der RAD-Arzt Dr. med. D. _____, geht ebenfalls von einem unveränderten Gesundheitszustand aus (IVSTA-act. 171 S. 2). Es bleibt zu prüfen, wie es sich damit verhält:

10.3.3.1 Im C. _____-Gutachten von 2011 hat die psychiatrische Gutachterin eine somatoforme Schmerzstörung (F45.4) sowie eine leichte bis mittelgradige depressive Episode, chronifiziert nach verlängerter Trauerreaktion (F32.0) diagnostiziert. Die Gutachterin stellte multilokuläre Schmerzen ohne organpathologisches Substrat (IVSTA-act. 75 S. 42 f.) sowie eine psychopathologische Funktionsstörung im Sinne einer Antriebsstörung und Beeinträchtigung der Affektivität sowie der Ich-Funktion respektive des Ich-Empfindens fest (S. 45 f.). Weiter berichtete der Beschwerdeführer über Schlafprobleme, Erschöpftsein sowie Zukunftsängste und -sorgen (S. 43, 45). Keine Auffälligkeiten erhob die Gutachterin namentlich bei Orientierung, Aufmerksamkeit und Konzentration sowie Gedächtnis und Denken, Sprache, Sprechen und Wahrnehmung (S. 45 f.).

10.3.3.2 Im Cc. _____-Gutachten hat der psychiatrische Gutachter als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (F33.0/33.1) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) und ein chronisches unspezifisches multi-lokulares Schmerzsyndrom (R52.9) diagnostiziert. Es bestand beim Beschwerdeführer neben der chronischen Schmerzproblematik mit ausgedehnten Schmerzen im Bewegungsapparat ein leichtes depressives Vorgehen, gekennzeichnet durch depressive Verstimmung mit verminderter Freude und einem gewissen Interessensverlust, aber auch erhöhte Ermüdbarkeit respektive Antriebsstörung, Schlafstörungen, verminderten Appetit und negative Zukunftsperspektiven bezüglich der Gesundheit und beruflichen Situation (S. 35). Der affektive Kontakt war gut herstellbar, der Selbstwert erhalten, Schuldgedanken bestanden nicht. Der Beschwerdeführer war wach, bewusstseinsklar, allseits orientiert; Aufmerksamkeit, Auffassung und Gedächtnis waren intakt (S. 34 f.).

10.3.3.3 Ein Vergleich des Cc. _____-Gutachtens mit dem C. _____-Gutachten von 2011 zeigt, dass hinsichtlich des psychopathologischen Befunds und des Schweregrads der Symptomatik keine Anhaltspunkte für eine richtungsweisende Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers vorhanden sind. Die im Cc. _____-Gutachten erhobenen Befunde (ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat sowie depressive Verstimmung mit verminderter Freude und einem gewissen Interessensverlust, aber auch erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, verminderten Appetit und negative Zukunftsperspektiven bezüglich der Gesundheit und beruflichen Situation) werden – mit Ausnahme des verminderten Appetits – bereits im C. _____-Gutachten erwähnt. Grössere affektive Einschränkungen, eine formale Denkstörung oder psychomotorische Auffälligkeiten wurden in beiden Gutachten nicht erhoben. Ebenso fehlten Hinweise auf verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit sowie Suizidalität.

Entsprechend ist schlüssig und nachvollziehbar, dass der CC. _____-Gutachter eine Veränderung des Gesundheitszustandes verneint. Es fügt sich ins Bild, dass Dr. med. N. _____ den Beginn der psychischen Erkrankungen (andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode sowie chronische Schmerzstörung) auf das Jahr 2007 oder noch früher festlegt (IV- Arztbericht vom 6. November 2019 [IVSTA-act. 188]).

10.3.4 Selbst wenn eine Veränderung des Gesundheitszustandes vorläge, wäre eine relevante Veränderung der funktionellen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht erstellt. Wie bereits im C._____-Gutachten wird im Cc._____-Gutachten eine Arbeitsfähigkeit von 70% in der angestammten Tätigkeit sowie in einer angepassten Tätigkeit attestiert. Dabei orientierte sich der psychiatrische CC._____-Gutachter für seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit an den massgebenden Beweisthemen (Indikatoren) (vgl. oben E. 6.4 und E. 9.2.2) und äusserte sich namentlich zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (insb. IVSTA-act. 169 S. 10 f., 34 ff.), Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (insb. S. 36), persönlichen Ressourcen und Belastungsfaktoren (insb. S. 10, 37 f.) sowie Konsistenz und Plausibilität (insb. S. 11, 36 f.). Im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung wurde die erforderliche Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen sämtlicher Befunde durchgeführt (S. 10 f.; vgl. BGE 143 V 418 E. 8.1). Die schlüssigen Darlegungen im Cc._____-Gutachten brauchen nicht wiederholt zu werden, sondern es kann darauf verwiesen werden (vgl. Urteil des BGer 8C_105/2023 vom 10. Juli 2023 E. 5.2.2 mit Hinweisen).

10.3.5 Die behandelnden Fachärztinnen und Fachärzte erheben abweichende Befunde, stellen abweichende Diagnosen und attestieren eine Arbeitsunfähigkeit von 100%.

10.3.5.1 In diesem Zusammenhang ist zunächst darauf hinzuweisen, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (vgl. oben E. 6.2 f.). Bei der Beweiswürdigung ist zudem zu berücksichtigen, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet der begutachtenden psychiatrischen Fachperson daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern die Fachperson lege artis vorgegangen ist (Urteil des BGer 8C_720/2020 vom 8. Januar 2021 E. 4.2).

10.3.5.2 Der Beschwerdeführer wies in der Neuanmeldung namentlich auf eine organische Grundlage für die psychischen Beschwerden hin, die sich aus der Diagnose einer organischen affektiven Störung (F06.3) ergebe.

Allerdings liess sich die (zerebral-)organische Ursache durch den neurologischen Gutachter nicht bestätigen (vgl. oben E. 9.2.3) und wird auch in späteren Berichten des Krankenhauses I. _____ (Bericht vom 18. Dezember 2018 [IVSTA-act. 173] und vom 13. April 2021 [BVGer-act. 24]) und der behandelnden Fachärztin Dr. med. N. _____ nicht mehr gestellt (vgl. oben E. 9.1.3, E. 9.4 und E. 9.6). Insofern ist eine organische Ursache der psychischen Leiden nicht erstellt, weshalb es sich erübrigt zu prüfen, ob darin eine anspruchserhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes läge. Entgegen dem Beschwerdeführer ist die vom neurologischen Gutachter gestellte Diagnose «degeneratives HWS-Syndrom ohne radikuläre oder medulläre Beteiligung (M 53.1)» schlüssig und nachvollziehbar, zumal sich die radikuläre Beteiligung gemäss orthopädischem Gutachter auf die Lendenwirbelsäule LWS (Nervenwurzel L5 rechts) und nicht auf die Halswirbelsäule HWS bezieht. Der neurologische Gutachter vermochte in der klinischen Untersuchung – wie bereits der neurologische Gutachter im C. _____-Gutachten – keine Anzeichen für eine radikuläre oder medulläre Beteiligung zu erheben (vgl. oben E. 8.5 und E. 9.2.3), worauf die Vorinstanz zu Recht hinweist (BVGer-act. 18).

10.3.5.3 Auch in anderer Hinsicht beurteilen die behandelnden Fachärztinnen und Fachärzte die Intensität der Gesundheitsbeeinträchtigungen abweichend. In den Berichten des Krankenhauses I. _____, in welchem der Beschwerdeführer mehrfach stationär behandelt wurde, wird als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig *schwere* Episode ohne psychotische Symptome (F33.2) genannt (vgl. oben E. 9.1.3). Nach Verfügungserlass wird eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig *schwere* Episode mit psychotischen Symptomen diagnostiziert (vgl. oben E. 9.6). Die behandelnden Fachärztinnen und Fachärzte schliessen regelmässig auf eine Arbeitsunfähigkeit von 100%.

Entgegen dem Beschwerdeführer ist die Diskrepanz zu den gutachterlichen Einschätzungen auflösbar. Zum einen differenzieren die kurativ tätigen Ärztinnen und Ärzte nicht klar zwischen invalidisierenden Faktoren und reaktiven oder psychosozialen Gesichtspunkten, während in den Administrativgutachten – zu Recht – bereits bei der Beurteilung von Art und Schweregrad der psychischen Störung(en) eine objektive Einordnung des subjektiven Empfindens des Beschwerdeführers vorgenommen wird (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1.1; Urteil des BGer 9C_492/2021 vom 23. August 2022 E. 5.3.2; Anhang 3 der Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten, 3. Aufl., 16. Juni 2016; ferner DILLING/MO-MBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer

Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), 10. Auflage 2015, S. 169 ff.). Zum anderen ist zu beachten, dass gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und Selbstlimitierungen, wie sie, gerichtsnotorisch, ärztlicherseits oft unterstützt werden, nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigungen anzuerkennen sind (BGE 141 V 281 E. 3.7.1).

Bezüglich der Berichte des Krankenhaus I. _____ hat der CC. _____ - Gutachter schlüssig erklärt, wieso ihnen nicht gefolgt werden kann (IVSTA-act. 169 S. 37). Es bestehe beim Beschwerdeführer ein leichtes depressives Vorgehen, welches die vorhandenen Ressourcen nur insoweit einschränke, als durch die erhöhte Ermüdbarkeit das Rendement leicht bis mittelgradig eingeschränkt sei (S. 37 f.). In diesem Zusammenhang durfte der Gutachter – entgegen dem Beschwerdeführer – auch berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer jedenfalls im Zeitpunkt der Begutachtung (vgl. oben E. 9.2.2) kein Antidepressivum verschrieben erhalten hat, was gegen eine schwere depressive Episode spricht (vgl. dazu Urteile des BGer 8C_512/2022 vom 6. Juni 2023 E. 6.1, BVGer C-1090/2018 vom 17. Juli 2019 E. 7.5.3). Erst im Herbst 2019 erfolgte eine Einstellung auf ein Antidepressivum (Venlafaxin) (IVSTA-act. 188 S. 7), was einer ausdrücklichen gutachterlichen Empfehlung entsprach (S. 36).

10.3.5.4 Was schliesslich die mehrfach genannte Diagnose einer «Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung» (F62.0) betrifft (vgl. oben E. 9.1.3 und E. 9.4), ist darauf hinzuweisen, dass weder der RAD-Facharzt (IVSTA-act. 190 S. 3 f.) noch die Fachgutachterin im C. _____ -Gutachten und der Fachgutachter im Cc. _____ -Gutachten eine solche Diagnose gestellt hat und eine posttraumatische Belastungsstörung in den Gutachten ausgeschlossen wird (vgl. IVSTA-act. 75 S. 47, IVSTA-act. 169 S. 35; vgl. dazu auch Urteil des BGer 9C_59/2022 vom 31. März 2022 E. 4.2 ff.).

In den Berichten nach Erlass der Verfügung wird eine «sonstige andauernde Persönlichkeitsänderung» (F62.88) diagnostiziert (BVGer-act. 24 und 30), wobei offenbleiben kann, ob hier nicht der bereits zuvor beschriebene Gesundheitszustand diagnostisch anders eigenordnet wird (so der RAD-Facharzt in seinem Bericht vom 10. Juni 2021 [BVGer-act. 26]), da die Berichte einen Zeitraum betreffen, der ausserhalb des zeitlichen Streitgegenstandes des vorliegenden Verfahrens liegt (vgl. oben E. 4.1). Gleiches gilt für die in den vorgenannten Berichten gestellte Diagnose einer «rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen» (F33.3), die in den Berichten der

behandelnden Fachärztinnen und Fachärzte vor Erlass der Verfügung nicht diagnostiziert worden ist. Allfällige Verschlechterungen des Gesundheitszustands nach Verfügungserlass sind nicht beschwerdeweise, sondern auf dem Wege der (nochmaligen) Neuanschuldung geltend zu machen (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV [SR 831.201]; vgl. etwa auch Urteil des BGer 9C_399/2017 vom 10. August 2017 E. 3.6).

10.4 Insgesamt ist eine anspruchsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Liegt damit keine neuanschuldung rechtlich relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor, fällt eine umfassende tatsächliche und rechtliche Prüfung eines allfälligen Rentenanspruchs ausser Betracht. Die angefochtene Verfügung ist daher nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

11.

11.1 Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} i.V.m. Abs. 2 IVG). Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind jedoch keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weil seinem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit Zwischenverfügung vom 1. Juli 2020 stattgegeben wurde.

11.2 Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG; 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 ebenfalls keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

11.3 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat als amtlich bestellter Anwalt (Art. 65 Abs. 2 VwVG) Anspruch auf eine Entschädigung aus der Gerichtskasse. 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).

11.4 Die Parteientschädigung für Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei, wobei unnötiger Aufwand nicht entschädigt wird (vgl. Art. 8 VGKE). Die Kosten der Vertretung umfassen gemäss Art. 9

Abs. 1 VGKE insbesondere das Anwaltshonorar, die Auslagen sowie die Mehrwertsteuer für diese Entschädigungen, soweit eine Steuerpflicht besteht. Das Anwaltshonorar wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters oder der Vertreterin bemessen, wobei der Stundenansatz mindestens CHF 200.- und höchstens CHF 400.- beträgt (Art. 10 Abs. 1 und 2 VGKE). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers macht mit detaillierten Honorarnoten vom 16. November 2020 (BVGer-act. 13), vom 19. Dezember 2020 (BVGer-act. 16), vom 27. September 2021 (BVGer-act. 45), vom 7. März 2022 (BVGer-act. 38) und vom 30. September 2024 (BVGer-act. 45) eine Gesamtentschädigung von CHF 6'264.05 geltend (CHF 6'077.50 als Honorar [24.31 Stunden zu CHF 250.-], CHF 67.75 für Kopien und CHF 118.80 für Porti).

Das Anwaltshonorar wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters bemessen (Art. 10 Abs. 1 VGKE). Der für das vorliegende Verfahren angegebene Zeitaufwand von insgesamt 24.31 Stunden erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle (vgl. z.B. Urteil des BVGer C-179/2021 vom 28. Juni 2023 E. 10.2 mit Hinweisen) und der konkreten Umstände als zu hoch, weshalb die Honorarnote zu kürzen ist. Dabei ist für die Festlegung des notwendigen Aufwands neben der im Sozialversicherungsrecht herrschenden Untersuchungsmaxime zu berücksichtigen, dass der Rechtsvertreter den Beschwerdeführer bereits im vorinstanzlichen Verfahren und in verschiedenen vorgelagerten Rechtsmittelverfahren vertreten hat, sodass der Einarbeitungsaufwand weitgehend entfiel; zudem bewegte sich die Komplexität des Verfahrens im Rahmen des in Neuanmeldungsverfahren Üblichen (vgl. sinngemäss Urteil des BGer 8C_800/2023 vom 3. September 2024 E. 4.2.2 mit Hinweis).

Unter Berücksichtigung dieser Umstände, des mittelgrossen Umfangs der Akten, des mehrfachen Schriftenwechsels vor Bundesverwaltungsgericht und des vom Rechtsvertreter spezifisch für das Beschwerdeverfahren betriebenen aktenkundigen Aufwands erscheint ein Zeitaufwand von 18 Stunden als angemessen und notwendig. Der geltend gemachte Stundenansatz von CHF 250.- liegt innerhalb des Rahmens von Art. 10 Abs. 2 VGKE und ist gerechtfertigt (vgl. Urteile des BVGer C-179/2021 vom 28. Juni 2023 E.10.2.2, C-2678/2017 vom 30. August 2023 E.13.2.2). Damit ist das anwaltliche Honorar auf CHF 4'500.- festzusetzen. Die separat ausgewiesenen Auslagen von CHF 67.75 für Kopien und CHF 118.80 für Porti sind sodann ebenso zu berücksichtigen wie die Mehrwertsteuer, wobei der tatsächlich zu entschädigende Aufwand bis 31. Dezember 2023 angefallen, weshalb der bis zum 31. Dezember 2023 geltende Satz (7.7%)

anzuwenden ist. Daraus resultiert eine amtliche Entschädigung von CHF 5'047.40 zu Lasten des Bundesverwaltungsgerichts.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer der Gerichtskasse Ersatz zu leisten hat, wenn er zu hinreichenden Mitteln gelangt (Art. 65 Abs. 4 VwVG).

(Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.)

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Advokat Guido Ehrler wird zu Lasten der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von CHF 5'047.40 zugesprochen.

Gelangt der Beschwerdeführer später zu hinreichenden Mitteln, so ist er verpflichtet, der Gerichtskasse Ersatz zu leisten.

4.

Dieser Entscheid geht an den Beschwerdeführer, die Vorinstanz und an das Bundesamt für Sozialversicherungen.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Philipp Egli

Oliver Engel

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (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: