



Abteilung III
C-5805/2023

Urteil vom 9. Juli 2026

Besetzung

Richter Philipp Egli (Vorsitz),
Richter David Weiss, Richterin Caroline Gehring,
Gerichtsschreiberin Martina Filippo.

Parteien

A. _____, (Kosovo),
Zustelladresse: c/o B. _____,
vertreten durch lic. iur. Mukadeze Bajrami und C. _____,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch (Neuanmeldung),
Verfügung vom 12. September 2023.

Sachverhalt:

A.

Der am (...) 1966 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter, Beschwerdeführer), verheiratet, drei Kinder (geboren 1990 und 1994), kosovarischer Staatsangehöriger, war in den Jahren 1988 bis 1998 in der Schweiz erwerbstätig und lebt seit 2002 im Kosovo (Akten der Vorinstanz [IVSTA-act.] 4, 21, 115, 217). Insgesamt entrichtete er während 140 Monaten Beiträge an die obligatorische schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; IVSTA-act. 21, 179). Am 20. August 1997 erlitt der Versicherte bei Ausübung seiner Tätigkeit als Bauarbeiter einen Arbeitsunfall (IVSTA-act. 10, 13 S. 38). In der Folge traten bei ihm ein therapieresistentes thorako-lumbovertebrales Schmerzsyndrom sowie ängstlich-depressive Beschwerden auf (IVSTA-act. 14).

B.

B.a Am 25. Februar 1999 meldete sich der Versicherte zum Bezug von IV-Leistungen bei der IV-Stelle des Kantons D._____ (nachfolgend: IV-Stelle) an. Mit Verfügung vom 10. Januar 2000 wurden ihm bei einem IV-Grad von 100 % eine ganze ordentliche IV-Rente sowie drei Kinderrenten mit Wirkung ab dem 1. August 1998 zugesprochen (IVSTA-act. 4, 9).

B.b Infolge Wegzugs des Versicherten in sein Heimatland (IVSTA-act. 11 S. 3, 17) übermittelte die IV-Stelle die Akten am 3. Mai 2002 an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: Vorinstanz; IVSTA-act. 19, 20).

B.c Am 14. November 2006 leitete die Vorinstanz eine ordentliche Rentenrevision ein (IVSTA-act. 39). Mit Verfügung vom 16. Oktober 2007 stellte die IVSTA mit Wirkung per 1. Dezember 2007 die bisher ausgerichtete Invalidenrente ein mit der Begründung, der Versicherte sei wieder in der Lage, eine dem Gesundheitszustand angepasste Tätigkeit auszuüben, die einen Rentenanspruch ausschliesse (vgl. IVSTA-act. 55, 86).

B.d Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil C-7943/2007 vom 6. Juni 2008 gestützt auf übereinstimmende Parteianträge gut, hob die angefochtene Verfügung auf und wies die Sache an die Vorinstanz zurück, damit sie die erforderlichen zusätzlichen fachärztlichen Abklärungen durchführen lasse und in der Sache neu entscheide (IVSTA-act. 68, 86).

B.e In der Folge wurde der Beschwerdeführer durch die Medizinische Begutachtungsstelle Medizinisches Zentrum Römerhof (nachfolgend: MZR) in Zürich begutachtet (IVSTA-act. 114). Die Sachverständigen gelangten im Gutachten vom 10. April 2009 zum Schluss, dass der Versicherte aus versicherungsmedizinischer Sicht sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit seit April 2007 zu 100 % arbeitsfähig sei. Am 15. Oktober 2009 verfügte die Vorinstanz die Einstellung der Rente per 1. Dezember 2007 (IVSTA-act. 133).

B.f Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil C-7288/2009 vom 28. Juni 2011 insoweit gut, als die Invalidenrente erst per 1. Dezember 2009 aufgehoben wurde; im Übrigen wurde die Beschwerde abgewiesen (IVSTA-act. 143). Das Bundesgericht bestätigte hingegen mit Urteil 8C_567/2011, 8C_616/2011 vom 3. Januar 2012 die Einstellung der IV-Rente per 1. Dezember 2007 (IVSTA-act. 158).

B.g Auf das am 3. September 2014 eingereichte Revisionsgesuch des Versicherten (IVSTA-act. 162) trat das Bundesgericht mit Urteil 8F_6/2014 vom 18. September 2014 nicht ein (IVSTA-act. 164).

C.

C.a Am 17. September 2019 meldete sich der Versicherte über den zuständigen Träger in Kosovo unter Geltendmachung einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes erneut zum Bezug einer IV-Rente an (IVSTA-act. 175, siehe auch IVSTA-act. 166–168, 173).

C.b Nach Einreichung ärztlicher Berichte und medizinischer Unterlagen durch den Versicherten (IVSTA-act. 174, 182 ff.) holte die Vorinstanz Stellungnahmen des medizinischen Dienstes ein (IVSTA-act. 219, 221). Mit Vorbescheid vom 10. November 2020 stellte die Vorinstanz dem Versicherten die Ablehnung des Leistungsgesuchs in Aussicht (IVSTA-act. 222).

C.c Am 27. November 2020 erhob der Versicherte Einwand gegen den Vorbescheid vom 10. November 2020 unter Einreichung weiterer medizinischer Unterlagen (IVSTA-act. 229, 232 ff.). Der ärztliche Dienst der Vorinstanz befand die Erstellung eines unabhängigen psychiatrischen Gutachtens im Kosovo für nötig (IVSTA-act. 248).

C.d Die Vorinstanz legte den daraufhin ergangenen psychiatrischen Bericht vom 9. August 2021 (IVSTA-act. 265) sowie weitere zwischenzeitlich eingegangene medizinische Unterlagen (IVSTA-act. 266, 269 ff.) ihrem

medizinischen Dienst zur Stellungnahme vor (IVSTA-act. 273). Der medizinische Dienst erachtete eine Begutachtung in der Schweiz für notwendig (IVSTA-act. 274, 275). Das in der Folge eingeholte MEDAS-Gutachten vom 19. Juli 2022 des BEGAZ Begutachtungszentrum BL (nachfolgend: BEGAZ) attestierte dem Versicherten in einer ideal adaptierten Tätigkeit eine 30 %-ige Arbeitsunfähigkeit (IVSTA-act. 304 S. 13).

C.e Nach Rückfragen an die Sachverständigen (IVSTA-act. 314, 315, 319–323) stellte die Vorinstanz dem Versicherten mit Vorbescheid vom 23. März 2023 die Ablehnung seines Leistungsgesuchs in Aussicht. Zwar bestehe ab dem 29. Juni 2022 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, jedoch sei er in einer angepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig. Die durchgeführte Berechnung ergebe eine Erwerbseinbusse von 35 % ab dem 29. Juni 2022, was für eine Rentenzusprache nicht ausreiche (IVSTA-act. 330). Nach Einwand des Versicherten vom 2. Mai 2023 gegen den Vorbescheid erliess die Vorinstanz am 12. September 2023 eine dem Vorbescheid entsprechende Verfügung (IVSTA-act. 336).

D.

D.a Gegen die Verfügung vom 12. September 2023 erhob der Beschwerdeführer am 13. Oktober 2023 Beschwerde vor Bundesverwaltungsgericht und beantragte die Aufhebung der Verfügung sowie die Zusprache einer IV-Rente (BVGer-act. 1). Der Beschwerde legte er medizinische Berichte neueren Datums bei (BVGer-act 1 Beilagen).

D.b Mit Eingabe vom 24. November 2023 bezeichnete der Beschwerdeführer aufforderungsgemäss ein Zustelldomizil in der Schweiz (BVGer-act. 2, 3, 5).

D.c Am 10. Januar 2024 ging der mit Zwischenverfügung vom 4. Dezember 2023 einverlangte Kostenvorschuss von Fr. 800.- bei der Gerichtskasse ein (BVGer-act. 4, 7).

D.d Mit Vernehmlassung vom 7. Februar 2024 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde beziehungsweise die Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer-act. 9). Die beiliegenden Stellungnahmen des medizinischen Dienstes vom 30. und 31. Januar 2024 verneinten eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers (BVGer-act. 9 Beilagen).

D.e Mit Replik vom 25. März 2024 und Duplik vom 23. April 2024 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest (BVGer-act. 12, 14).

D.f Mit Eingabe vom 3. Mai 2024 reichte der Beschwerdeführer weitere medizinische Unterlagen ein (BVGer-act. 16 und Beilagen).

D.g Die Vorinstanz legte die neu eingereichten medizinischen Unterlagen ihrem ärztlichen Dienst zu Stellungnahme vor und hielt mit Eingabe vom 7. Juni 2024 an der Abweisung der Beschwerde und der Bestätigung der angefochtenen Verfügung fest (BVGer-act. 18).

D.h Mit Eingabe vom 18. August 2025 teilte der Beschwerdeführer unter Vorlage entsprechender medizinischer Unterlagen mit, dass er am 5. April 2025 einen Hirnschlag erlitten habe (BVGer-act. 21).

E.

Auf die weiteren Ausführungen der Parteien sowie auf die eingereichten Unterlagen wird – soweit erforderlich – in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

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. 48 VwVG; Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 ATSG) ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), einzutreten.

2.

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

2.2 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG; Art. 13 VwVG; BGE 125 V 193 E. 2 und 122 V 157 E. 1a, je m.w.H.). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

2.3 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 12. September 2023) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 147 V 308 E. 5.1; 144 V 210 E. 4.3.1 m.w.H.). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 138 E. 2.1). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (Urteil des BGer 8C_506/2022 vom 21. Juni 2023 E. 4 m.H.; BGE 121 V 362 E. 1b). Insbesondere ist ein ärztlicher Bericht, auch wenn er nach dem massgeblichen Zeitpunkt erstellt wurde, zu berücksichtigen, sofern er sich auf die vor dem Verfügungszeitpunkt liegende Situation bezieht (Urteil des BGer 9C_593/2025 vom 3. März 2026 E. 5.1).

3.

3.1 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 12. September 2023 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.

Am 1. Januar 2022 ist das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20; Weiterentwicklung der IV, Änderung vom

19. Juni 2020, AS 2021 705; BBl 2020 5535) in Kraft getreten. Vorliegend sind in Anbetracht der am 17. September 2019 erfolgten Neuanmeldung Leistungen mit allfälligem Anspruchsbeginn vor dem 1. Januar 2022 streitig (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. b und Art. 29 Abs. 1 IVG). Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen sind vorab die Bestimmungen des IVG, der IVV (SR 831.201) und des ATSG in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung anwendbar (vgl. jüngst Urteil des BGer 8C_501/2025 vom 26. März 2026 E. 3.1 m.w.H.). Sie werden – soweit nicht anders vermerkt – im Folgenden jeweils in dieser Version zitiert und angewendet.

3.2 Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger der Republik Kosovo, hat dort seinen Wohnsitz und war in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) versichert. Es kommt das am 1. September 2019 in Kraft getretene Abkommen vom 8. Juni 2018 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Kosovo über soziale Sicherheit (SR 0.831.109.475.1, nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) zur Anwendung. Der sachliche Geltungsbereich des Abkommens bezieht sich gemäss Art. 2 Abs. 1 Bst. A/b in der Schweiz auf die Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung. Nach Art. 4 Abs. 1 des Abkommens sind die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten sowie deren Familienangehörige und Hinterlassene in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates den Staatsangehörigen dieses Vertragsstaates gleichgestellt, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Sozialversicherungsabkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Demnach beurteilt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

4.

4.1 Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 12. September 2023, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Nachdem die Vorinstanz die IV-Rente des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 15. Oktober 2009 aufgehoben hat, ist vorliegend der Anspruch des

Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Neuansmeldung Prozessthema (Bst. B.e vorstehend).

4.2

4.2.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine Neuansmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV). Tritt die Verwaltung – wie hier – auf die Neuansmeldung ein, unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage (BGE 133 V 450 E. 3.2; 109 V 108 E. 2b).

4.2.2 Bei einer Neuansmeldung zum Leistungsbezug finden die Grundsätze zur Rentenrevision (vgl. Art. 17 Abs. 1 ATSG) analog Anwendung (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV; BGE 133 V 108 E. 5.2; 130 V 71). Daher ist in einem ersten Schritt zu prüfen, ob das Erfordernis einer anspruchserheblichen Veränderung des Sachverhalts erfüllt ist; erst in einem zweiten Schritt ist der (Renten-)Anspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (vgl. BGE 141 V 9; Urteil des BGer 8C_40/2024 vom 21. November 2024 E. 3.2.1 m.w.H.). Im Beschwerdefall obliegt diese materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; 109 V 108 E. 2b). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und – bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens – Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.2 und 5.4).

4.2.3 Die Zusprache einer Rente aufgrund einer Neuansmeldung setzt eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus, welche etwa in einer objektiven Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit entsprechend verringerter Arbeitsfähigkeit oder in geänderten erwerblichen Auswirkungen einer im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitsbeeinträchtigung liegen kann. Demgegenüber stellt eine bloss abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes keine neuansmelde- bzw. revisionsrechtlich relevante Änderung dar (BGE 147 V 161 E. 4.2 m.H.; Urteil des BGer 9C_46/2023 vom 23. April 2024 E. 3.3). Hat der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren, so ist das neue Gesuch abzuweisen. Liegt hingegen eine anspruchserhebliche Änderung der

tatsächlichen Verhältnisse vor, ist in einem zweiten Schritt der (Renten-)Anspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des BGer 8C_40/2024 E. 3.2.1 9C_603/2023 vom 14. März 2024 E. 2.3.1).

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

4.3 Vorliegend hat sich das Bundesgericht mit Urteil 8C_567/2011, 8C_616/2011 vom 3. Januar 2012, in welchem ein Anspruch auf eine IV-Rente verneint wurde, bei der Beurteilung der Streitsache auf den Sachverhalt abgestützt, der bis zum Erlass der Verfügung vom 15. Oktober 2009 eingetreten war (Bst. B.e vorstehend). Die zeitlichen Referenzpunkte bilden vorliegend mithin einerseits der Zeitpunkt der Verfügung vom 15. Oktober 2009 und andererseits derjenige der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 12. September 2023. Im Folgenden ist daher in analoger Anwendung der Grundsätze zur Rentenrevision zu prüfen, ob seit der rechtskräftigen Rentenaufhebung vom 15. Oktober 2009 bis zum Erlass der streitigen Verfügung vom 12. September 2023 eine anspruchserhebliche Änderung der Invaliditätsgrades bzw. der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist.

5.

5.1 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG). Die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente ist vorliegend zweifelsohne erfüllt (Bst. A vorstehend), weshalb darauf nicht näher einzugehen ist.

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

5.3 Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch sodann 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. Lebensjahres folgt.

5.4 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).

5.5 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen

Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. Urteile des BGer 9C_546/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 137 V 210; 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E.3.1 m.H.).

5.6 Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen 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).

5.7 Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision (oder Neuanschuldung) erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen verbesserten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (E. 4.2.4 vorstehend).

5.8 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).

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

6.

6.1 Vorliegend ist streitig, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Dabei ist zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem massgeblichen Referenzzeitpunkt (15. Oktober 2009) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (12. September 2023) in anspruch relevanter Weise verschlechtert hat. Vor Beantwortung dieser Frage (E. 7 nachfolgend) ist zunächst der medizinische Sachverhalt darzulegen (E. 6.2 ff. nachfolgend).

6.2

6.2.1 Die Verfügung vom 15. Oktober 2009 stützte sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das interdisziplinäre Gutachten des MZR vom

10. April 2009 (IVSTA-act. 114 f.) mit einem internistischen, psychiatrischen und rheumatologischen Teilgutachten (Bst. B.e vorstehend).

6.2.2 Die Sachverständigen des MZR stellten folgende Diagnosen (IVSTA-act. 114 S. 40):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Keine

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom im Sinne eines funktionellen Hemisyndroms rechts mit Akzentuierung eines cervikocephalen, cervikobrachialen und thorako-lumbospondylogenen Schmerzsyndroms mit/bei:
 - Fehlhaltung und diskreter skoliotischer Fehlstatik
 - myostatischer Insuffizienz
 - initialen, nicht über das altersentsprechende Mass hinausgehenden degenerativen Veränderungen
 - Bandscheibenprotrusion LWK4/5 rechtsbetont (MRI der LWS vom 13. März 2007), aktuell ohne radikuläre Symptomatik
2. Essentielle arterielle Hypertonie mit/bei:
 - aktuell unter medikamentöser Behandlung gut eingestellt.
3. Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21)

6.2.3 Die Sachverständigen des MZR hielten eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als auch in allen Verweistätigkeiten fest. Es bestehe eine auffallende Diskrepanz zwischen den objektivierbaren klinischen Befunden im Vergleich zu den demonstrierten Beschwerden und Schmerzen (IVSTA-act. 114 S. 47). Versicherungsmedizinisch bestehe kein Gesundheitsschaden, der dauerhaft eine Limitierung der Arbeitsfähigkeit begründe.

6.2.4 Der allgemeininternistische Sachverständige, Dr. med. E._____, Facharzt für Innere Medizin, hielt im allgemeininternistischen Teilgutachten einen weitgehend unauffälligen Untersuchungsbefund fest (IVSTA-act. 114 S. 22 ff.). Als einzige internistische Diagnose hielt er eine arterielle Hypertonie fest, die medikamentös gut eingestellt sei (IVSTA-act. 114 S. 44).

6.2.5 Die rheumatologische Sachverständige, Dr. med. F._____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, stellte keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt sie ein chronisches generalisiertes

Schmerzsyndrom im Sinne eines funktionellen Hemisyndroms rechts mit Akzentuierung eines cervikocephalen, cervikobrachialen und thorako-lumbospondylogenen Schmerzsyndroms mit/bei Fehlhaltung und diskreter skoliotischer Fehlstatik, myostatischer Insuffizienz, initialen, nicht über das altersentsprechende Mass hinausgehenden degenerativen Veränderungen, Bandscheibenprotrusion LWK4/5 rechtsbetont, aktuell ohne radikuläre Symptomatik fest (IVSTA-act. 114 S. 33). Aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht bestehe kein Gesundheitsschaden, der aus versicherungsmedizinischer Sicht eine dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit begründen könne. Auch in einer Verweistätigkeit sei der Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht uneingeschränkt arbeitsfähig (IVSTA-act. 114 S. 35).

6.2.6 Der psychiatrische Sachverständige, Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte der Sachverständige eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion. Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe auf psychiatrischem Fachgebiet keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IVSTA-act. 114 S. 40).

6.2.7 Sowohl das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil C-7288/2009 vom 28. Juni 2011 als auch das Bundesgericht mit Urteil 8C_567/2011, 8C_616/2011 vom 3. Januar 2012 haben dem MZR-Gutachten vom 14. April 2009 vollen Beweiswert zugemessen.

6.3 Der Beschwerdeführer reichte mit der Neuankmeldung vom 17. September 2019 (IVSTA-act. 174 und 175, siehe auch IVSTA-act. 165 f.) die folgenden ärztlichen Berichte ein, die sich auf den Zeitraum seit Erlass der Verfügung vom 15. Oktober 2009 beziehen:

6.3.1 Bericht von Dr. med. H._____, (Klinisches Krankenhaus I._____, Nordmazedonien), Psychiater, vom 27. Juni 2014. Dr. H._____ hält als Diagnose einen schwer depressiven Zustand fest (ICD-10 F32.2), jedoch seien keine offenen psychotischen Symptome erkennbar (IVSTA-act. 228 S. 1, 234). Der Willensdynamismus sei reduziert und es lägen Hinweise auf eine dauerhafte Veränderung der Persönlichkeit vor.

6.3.2 Bericht von Dr. med. J._____, (Klinisches Krankenhaus I._____, Nordmazedonien), Radiologe, vom 27. Juni 2014 (IVSTA-act. 228 S. 2, 233). Er hält mässig degenerative Veränderungen des zervikalen Teils der

Wirbelsäule, mit Spondylophyten in dorsaler Richtung und asymmetrischen, teilweise verschmälerten Zwischenwirbeln in den Bereichen C3 bis C6 fest. Eine Diskopathie in diesen Bereichen könne nicht ausgeschlossen werden.

6.3.3 Bericht von Dr. med. K. _____ (Klinisches Krankenhaus I. _____, Nordmazedonien), Kardiologe und Internist, vom 27. Juni 2014 (IVSTA-act. 228 S. 3, 232). Dr. K. _____ hält als Diagnose eine Hypertonie fest.

6.3.4 Bericht von Dr. med. L. _____ (Klinisches Krankenhaus I. _____, Nordmazedonien), Orthopäde, vom 27. Juni 2014 (IVSTA-act. 228, S. 4, 232). Dr. L. _____ hält als Befund eine Spondylosis cervico-lumbalis mit Zervikobrachialgie rechts fest.

6.3.5 Berichte von Dr. med. M. _____ (Kosovo), Internist, vom 1. Juli 2014 (IVSTA-act. 236), 30. November 2016 (IVSTA-act. 183), 6. März 2017 (IVSTA-act. 184), 11. Mai 2017 (IVSTA-act. 187), 14. August 2017 (IVSTA-act. 203), 30. Oktober 2017 (IVSTA-act. 206), 29. Januar 2018 (IVSTA-act. 207), 6. März 2018 (IVSTA-act. 192), 9. April 2018 (IVSTA-act. 190) und 21. Juni 2018 (IVSTA-act. 191). Der Beschwerdeführer beklage Antriebslosigkeit, Erschöpfung, Kopfschmerzen, Schwitzen und Schwindel. Als Diagnosen hält Dr. M. _____ Kardiomyopathie, Hypertonie, stabile Angina Pectoris, Diabetes Mellitus Typ 2, Adipositas, Nabelbruch, Dyslipidämie sowie eine depressive Störung fest (IVSTA-act. 164, 174, 183, 187, 190–192).

6.3.6 Bericht von Dr. med. N. _____ (Kosovo), Kardiologe, vom 3. Juli 2014 (IVSTA-act. 228 S. 7, 237). Dr. N. _____ hält als Diagnosen arterielle Hypertonie, hypertensive, ischämische Herzkrankheit, Angina pectoris stabilis, Dyslipidämie und Neurasthenie fest.

6.3.7 Berichte von Dr. med. O. _____ (Kosovo), Psychiater, vom 1. August 2014 (IVSTA-act. 228 S. 6, 238), 30. November 2016, 30. Januar 2017, 6. März 2017, 10. April 2017, 15. Juni 2017, 14. August 2017, 25. September 2017, 30. Oktober 2017, 4. Dezember 2017, 16. Januar 2018, 2. März 2018 (IVSTA-act. 189), 9. April 2018, 21. Juni 2018, 20. September 2018 (IVSTA-act. 193), 23. Januar 2019, 25. Februar 2019, 3. April 2019, 24. Mai 2019, 12. Juli 2019, 9. August 2019, 2. September 2019, 27. September 2019 (IVSTA-act. 212), 31. Oktober 2019, 25. November 2019, 27. Januar 2020, 2. März 2020, 15. Mai 2020, 24. Juni 2020, 10. August 2020, 16. September 2020 (IVSTA-act. 243), 12. November 2020,

27. Januar 2021, 26. Februar 2021, 31. Mai 2021 (IVSTA-act. 258), 23. Juli 2021 (IVSTA-act. 270) und 8. August 2022 (IVSTA-act. 284; alle: IVSTA-act. 165, 174, 197, 228, 253, 266). Dr. O._____ stellt als Diagnose namentlich eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.2). Die Erkrankung habe inzwischen chronischen Charakter mit Wiederholung depressiver Krisen.

6.3.8 Berichte von Dr. med. P._____ (Kosovo), Allgemeinmedizinerin, vom 12. August 2014 (IVSTA-act. 239), 18. Januar 2017, 8. Februar 2017, 13. März 2017, 22. September 2017, 4. Dezember 2017, 16. Januar 2018, 10. April 2018, 21. Juni 2018, 30. Oktober 2018, 23. Mai 2019, 12. Juli 2019, 13. August 2019, 3. September 2019, 2. Oktober 2019, 20. November 2019, 28. Januar 2020, 3. März 2020, 4. Mai 2020, 17. August 2020, 28. September 2020 (IVSTA-act. 244), 13. November 2020, 2. Februar 2021, 2. März 2021 (IVSTA-act. 257), 31. Mai 2021 (IVSTA-act. 259) und 22. Juli 2021 (IVSTA-act. 269; alle: IVSTA-act. 165, 174, 197, 228, 253, 266). Dr. P._____ hält als Diagnosen namentlich Hypertonie, eine rezidivierende depressive Störung sowie Diabetes mellitus Typ 2 fest.

6.3.9 Berichte von Dr. med. Q._____ (Kosovo), Orthopäde und Traumatologe, vom 30. November 2016 (IVSTA-act. 182), 8. Februar 2017 (IVSTA-act. 201), 10. April 2017 (IVSTA-act. 185), 11. Mai 2017 (IVSTA-act. 186), 15. Juni 2017 (IVSTA-act. 202), 22. Juli 2017 (IVSTA-act. 188), 25. August 2017 (IVSTA-act. 204) und 27. September 2017 (IVSTA-act. 205). Der Beschwerdeführer beklage Schmerzen im Zervikal- und Lumbalbereich, mit Ausstrahlungen in die rechte Hand und das rechte Bein, auch begleitet mit Taubheitsgefühl in den Fingern der rechten Hand und in der rechten Fußsohle. Dr. Q._____ hält als Diagnosen zervikale und lumbale Spondylosis und Diskopathie, eine Diskushernie L5/S1 sowie C5/C6, Zervikobrachialgie rechts, Lumboischialgie links sowie Polyarthralgie fest.

6.3.10 Sonographie der Nieren vom 2. Februar 2018 (IVSTA-act. 165 S. 28). Die Sonographie zeigt einen weitgehend normalen Befund, bis auf eine ausgeprägte Lebersteatose und einer Zyste von circa 2.5 cm Durchmesser an der linken Niere.

6.3.11 Berichte von Dr. med. R._____ (Kosovo), Internist und Kardiologe, vom 15. November 2018, 23. Januar 2019 (IVSTA-act. 194), 3. April 2019 (IVSTA-act. 208), 6. April 2019 (IVSTA-act. 210), 9. August 2019 (IVSTA-act. 211), 14. September 2019 (IVSTA-act. 195), 17. Dezember 2019 (IVSTA-act. 213), 28. Januar 2020 (IVSTA-act. 214, 240), 13. Mai

2020 (IVSTA-act. 241), 1. Juni 2021 (IVSTA-act. 261), 26. Juni 2020 (IVSTA-act. 242), 3. August 2021 (IVSTA-act. 272). Der Beschwerdeführer klagt über Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen und Mundtrockenheit (IVSTA-act. 272). Als Diagnosen hält Dr. R. _____ eine arterielle Hypertonie, Kardiomyopathie, Diabetes mellitus Typ 2, sowie (durch den Psychiater gestellte) Depressionen fest (alle: IVSTA-act. 165, 174, 197, 228, 253, 266).

6.3.12 Bericht von Dr. med. S. _____ (Kosovo), Orthopäde und Traumatologe, vom 4. April 2019 (IVSTA-act. 209). Der Beschwerdeführer beklagt Schmerzen im Halswirbelbereich mit Ausstrahlung in den rechten Arm und Taubheitsgefühl in den Fingern sowie Schmerzen in der unteren rechten Extremität. Dr. S. _____ hält lumbale und zervikale Spondylosen als Diagnose fest.

6.3.13 Ärztlicher Bericht zuhanden der Invalidenversicherung von Dr. med. T. _____, Dr. med. U. _____, Psychiaterin, und Prof. Dr. med. V. _____, Neurologe, vom 10. Oktober 2019 (IVSTA-act. 171, 196). Der Beschwerdeführer beklagt als vorrangige Beschwerden Antriebslosigkeit, Müdigkeit und schlechte Grundstimmung sowie Kopfschmerzen. Als Diagnosen werden Kardiomyopathie, Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Diskushernien auf L5/S1 und C5/C6, rezidivierende depressive Störungen sowie eine Beeinträchtigung des Konzentrationsvermögens festgehalten.

6.4

6.4.1 Dr. med. W. _____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. X. _____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, des ärztlichen Dienstes der Vorinstanz halten in ihren Stellungnahmen vom 7. August 2020 (IVSTA-act. 219), vom 30. Oktober 2020 (IVSTA-act. 221) und vom 23. Februar 2021 (IVSTA-act. 246) fest, dass sich sowohl aus somatischer als auch psychischer Sicht keine Verschlechterung ergebe.

6.4.2 Dr. med. Y. _____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, des ärztlichen Dienstes der Vorinstanz, erachtet mit Stellungnahme vom 6. Mai 2021 eine ergänzende psychiatrische Stellungnahme für notwendig (IVSTA-act. 248).

6.4.3 Daraufhin veranlasste die Vorinstanz ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. Z. _____ (Kosovo), Neuropsychiater, vom 9. August 2021 (IVSTA-act. 249, 265). Er hält gestützt auf die Berichte des behandelnden

Psychiaters eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.2) in partieller Remission fest.

6.4.4 Laut Stellungnahme von Dr. Y. _____ vom 1. Oktober 2021 könne anhand der Unterlagen von psychiatrischer Seite nicht Stellung zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers genommen werden (IVST-act. 274). Sie empfiehlt eine Begutachtung in der Schweiz.

6.4.5 Gemäss Stellungnahme vom 7. Oktober 2021 von Dr. med. Aa. _____, Facharzt Allgemeine Medizin, des ärztlichen Dienstes der Vorinstanz, haben der in beinahe sämtlichen Unterlagen festgestellte Diabetes mellitus Typ 2 sowie die arterielle Hypertonie zu keinem fassbaren Defizit geführt, weshalb er eine allgemein internistische Untersuchung von somatischer Seite aus als ausreichend erachte (IVSTA-act. 275). Auch sei keine orthopädische Beurteilung erforderlich, da von dieser Seite aus keine Probleme genannt würden. Da sich die Schwindelprobleme nicht durch die leichten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule ergäben, erachtet er die Beurteilung durch einen HNO-Arzt als sinnvoll, um die möglichen Ursachen (vestibulär, psychosomatisch oder bedingt durch die arterielle Hypertonie) einzugrenzen.

6.5

6.5.1 Im polydisziplinären (internistischen, otoneurologischen und psychiatrischen) Gutachten des BEGAZ vom 19. Juli 2022 stellten die Sachverständigen folgende Diagnosen (IVSTA-act. 304 S. 9):

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Depressive Störung leicht- bis mittelgradiges Ausmass im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33 .1)
2. Schlecht einstellbare arterielle Hypertonie
3. Chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom im Sinne eines funktionellen Hemisyndroms rechts (gemäss Vorgutachten)
4. Diabetes Mellitus
5. Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits (ICD-10: H90.3)
6. Intermittierende Schwindelsymptomatik (ICD- 10: H82)
 - ohne Hinweise auf eine periphere vestibuläre Funktionsstörung

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Keine

6.5.2 Der allgemeininternistische Sachverständige Dr. med. Bb._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellt als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine schlecht einstellbare Hypertonie, Diabetes Mellitus sowie einen Schmerzkomplex gemäss früherer Begutachtung (IVSTA-act. 305 S. 12 f.). Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellt er keine. Aufgrund der Probleme am Bewegungsapparat und der arteriellen Hypertonie seien körperlich schwere bis mittelschwere Tätigkeiten sowie nicht rückenadaptierte Tätigkeiten nicht durchführbar. Leichte rückenadaptierte Tätigkeiten seien in Übereinstimmung mit den Vorgutachten weiterhin möglich. In einer angepassten Tätigkeit bestünden keine Einschränkungen.

6.5.3 Der otoneurologische Sachverständige Dr. med. Cc._____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, hält gestützt auf eine vertiefende Befragung des Beschwerdeführers fest, dieser leide seitens der otoneurologischen Beschwerdesymptomatik im Rahmen einer Schmerzsymptomatik im Bereich des Beckens unter einer Unsicherheit beim Gehen. Des Weiteren bestünden diesbezüglich auch Schmerzen beim Sitzen sowie im Liegen. Zusätzlich würden ein Schwindelgefühl und eine Schwäche angegeben. Dieses wechselnd ausgeprägte Schwindelgefühl werde als Drehen und Schwanken im Kopf empfunden, mit intermittierendem Vomitus. Auch könne ein Drehschwindelgefühl bei Hinlegen auftreten mit einer Dauer von bis zu einer halben Stunde. Das Gehör werde als gut empfunden (IVSTA-act. 306 S. 4 f.).

Der otoneurologische Sachverständige hält einen weitgehend unauffälligen Untersuchungsbefund fest. Gestützt auf die vom Sachverständigen durchgeführten Hörtests könne eine rechts akzentuierte Schallempfindungsschwerhörigkeit im Tief- und Hochtonbereich beidseits, mit Hörverlust nach CPT-AMA Tabelle von 34 % rechts, und von 16 % links, resultierend in einem Hörverlust für Zahlen von 17 % rechts, respektive 0 % links, objektiviert werden. Im Rahmen dieser Hörschwellen bestünden subjektiv keine auditiven Schwierigkeiten, es könne aber objektiv von leichtgradigen Einschränkungen bei gesteigertem Umgebungsgeräuschpegel ausgegangen werden. Die intermittierende Schwindelsymptomatik könne nicht durch eine periphere vestibuläre Funktionsstörung (= Störung des Gleichgewichtsorgans im Innenohr) erklärt werden (IVSTA-act. 306 S. 8 f.).

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellt der otoneurologische Sachverständige keine. Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellt er eine beidseitige Schallempfindungsschwerhörigkeit (ICD-

10: H90.3) sowie eine intermittierende Schwindelsymptomatik (ICD-10 H82) ohne Hinweise auf eine periphere vestibuläre Funktionsstörung. Im Rahmen der otoneurologischen Befunde mit Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits bestünden zurzeit leichtgradige auditive Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Des Weiteren sollten im Rahmen der intermittierenden Schwindelbeschwerden sturzgefährdende Tätigkeiten gemieden werden. Daher erscheine die angestammte Tätigkeit nicht mehr geeignet. Zudem bestehe in einer angepassten Tätigkeit in Anbetracht der intermittierenden Schwindelsymptomatik mit anzunehmendem langsamerem Arbeitstempo eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 %. Was den zeitlichen Verlauf betreffe, müsse von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit ausgegangen werden, welche «im Anschluss an das Unfallereignis» im Jahr 1997 anzunehmen sei. Eine Änderung des Gesundheitszustandes seit 2009 liege nicht vor (IVSTA-act. 306 S. 10 ff.).

6.5.4 Der psychiatrische Sachverständige Dr. med. Dd._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hält bei den Untersuchungsbefunden namentlich fest, der Beschwerdeführer sei bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Die kognitiven Funktionen hätten nicht zuverlässig beurteilt werden können, der Beschwerdeführer meinte, er sei vergesslich. Es sei ihm nicht gelungen, sich drei Begriffe zu merken oder eine Zahlenreihe fehlerfrei aufzusagen. Er habe oft sehr einsilbig und stereotyp geantwortet und im Denken eher gebremst gewirkt. Oft hätten Fragen wiederholt werden müssen. Der Beschwerdeführer habe in keiner Weise introspektiv gewirkt und einen sehr einfach strukturierten Eindruck hinterlassen. Hinweise auf Befürchtungen und Zwänge fanden sich ebenso wenig wie auf Wahn, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen. Der Affekt habe eher gedrückt, gedämpft gewirkt, wobei sich auch eine Affektlabilität bemerkbar gemacht habe. Der Beschwerdeführer leide teilweise unter innerer Anspannung und beisse mit den Zähnen aufeinander. Er habe auch wiederholt Sterbegeanken, wolle sich aber nichts antun. Gestik und Mimik seien etwas reduziert, psychomotorisch habe er nicht beeinträchtigt gewirkt. Zirkadiane Besonderheiten hätten sich nicht eruieren lassen (IVSTA-act. 307 S. 8).

Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellt der psychiatrische Sachverständige eine depressive Störung leicht- bis mittelgradigen Ausmasses im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.1). Aufgrund der Angaben und Beschreibungen in den Akten geht der Sachverständige davon aus, dass ein über die Jahre schwankender Verlauf bestehe, teilweise mit besseren Phasen, mit Verschlechterungen aus nicht ganz klaren Umständen. Gewisse psychosoziale Fakten würden

dabei eine Rolle spielen. Hinweise auf eine Persönlichkeitsproblematik könnten nicht gefunden werden. Der Beschwerdeführer wirke sehr einfach strukturiert, auch ideenarm und passiv im Verhalten, und weise insuffiziente Bewältigungsstrategien auf. Es fänden sich keine Hinweise auf eine zusätzliche psychische Störung. Zwar würden ambulante Therapiemassnahmen sowie eine dauerhafte medikamentöse Behandlung durchgeführt, wobei die Laboruntersuchung ergeben habe, dass die medikamentösen Massnahmen nicht konsequent befolgt würden. Psychosoziale Gründe als Auslöser schliesst der Sachverständige aus, sieht aber einen gewissen Zusammenhang mit den körperlichen Beeinträchtigungen, wobei die körperlichen Beschwerden mittlerweile durch den depressiven Zustand im Sinne einer somatischen Überlagerung mitbeeinflusst würden (IVSTA-act. 307 S. 11).

Der psychiatrische Sachverständige geht von einer 30 %-igen Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten als in einer angepassten Tätigkeit aus. Es könnten dem Beschwerdeführer einfach strukturierte Tätigkeiten ohne Zeitdruck und ohne wechselnde Arbeitszeiten zugemutet werden. Seit der letzten Begutachtung im Oktober 2009 sei von einer depressiven Störung auszugehen. Es bestehe zwar ein schwankender Verlauf, doch im Schnitt sei eine leichte bis mittelschwere depressive Störung begründbar. Es sei unklar, seit wann eine Verschlechterung des Zustands bestehe; mit grosser Wahrscheinlichkeit bestehe die Beeinträchtigung schon seit mehreren Jahren (IVSTA-act. 307 S. 13 f.).

6.5.5 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Sachverständigen fest, dass seitens der otoneurologischen Befunde die angegebenen Beschwerden teilweise durch pathologische Befunde objektiviert werden. Im psychiatrischen Bereich scheine ein grosser Leidensdruck zu bestehen, weshalb der Beschwerdeführer psychiatrische Hilfe in Anspruch nehme, jedoch hätten die Laborabklärungen ergeben, dass er die Medikation nicht einnehme. Aus somatischer Sicht sei ebenfalls erstaunlich, dass bei den angegebenen Schmerzen die regelmässig eingenommenen Analgetika nicht nachgewiesen werden können (IVSTA-act. 304 S. 8 f.). Es bestünden leichtgradige auditive Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, zudem sollten im Rahmen der intermittierenden Schwindelbeschwerden sturzgefährdende Tätigkeiten gemieden werden. Weiter habe der Beschwerdeführer zeitweise Mühe, seine Fähigkeiten und Möglichkeiten sowie Ressourcen zu mobilisieren, die ohnehin gering seien. Dies hänge weitgehend vom momentanen affektiven Zustand ab, in dem der Beschwerdeführer psychomotorisch und kognitiv eingeschränkt sei (VSTA-act. 304 S. 10 f.).

Aufgrund der Sturzgefahr sei die angestammte Tätigkeit für den Beschwerdeführer «seit Jahren» nicht mehr geeignet. Auch seien aufgrund der Probleme am Bewegungsapparat sowie der arteriellen Hypertonie körperlich schwere bis mittelschwere nicht rückenadaptierte Tätigkeiten nicht durchführbar. Leichte rückenadaptierte Tätigkeiten seien weiterhin möglich. Der Beschwerdeführer sei vermindert belastbar, könne nicht unter Druck arbeiten, keine Verantwortung übernehmen und müsse Pausen sowie Erholung einlegen können. Einfach strukturierte Tätigkeiten ohne Zeitdruck und ohne wechselnde Arbeitszeiten seien zumutbar. Eine verringerte Leistung könne zeitlich kompensiert werden, weswegen eine 30 %-ige Arbeitsunfähigkeit in einer ideal angepassten Tätigkeit anzunehmen sei. Genaue Angaben zum Zeitpunkt respektive Verlauf der Arbeitsunfähigkeit seien aufgrund der Aktenlage nicht möglich (IVSTA-act. 304 S. 11 ff.).

6.5.6 Am 21. Oktober 2022 bat die Vorinstanz die Sachverständigen sich zur Frage ob, sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Aufhebung der Rente verändert habe, zu äussern (IVSTA-act. 314).

6.5.6.1 Gemäss Dr. Dd. _____ sei aus psychiatrischer Sicht eine leichte bis mittelschwere Depression anzunehmen, wobei der Verlauf wechselhaft sei. Im Vergleich zur Aufhebung der Rente lasse sich demnach keine dauerhafte Verschlechterung objektivieren, da auch anzunehmen sei, dass zweitweise ein eher leicht depressiver Zustand bestehe. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der stärkeren Ausprägung der Symptomatik angenommen worden, wobei kein genauer Zeitpunkt des Beginns festgelegt werden könne, da keine nachvollziehbaren Unterlagen zur Verfügung stünden (IVSTA-act. 315).

6.5.6.2 Gemäss Dr. Cc. _____ habe sich der Gesundheitszustand seit Aufhebung der Rente nicht verändert. Die otoneurologische Beschwerdesymptomatik bestehe bereits seit Anschluss an das Unfallereignis im Jahr 1997 (IVSTA-act. 315).

6.5.6.3 Auch gemäss Dr. Bb. _____ sei keine relevante Verschlechterung seit der letzten Beurteilung eingetreten. Einzige die arterielle Hypertonie sei nicht mehr gut einstellbar, was aber keine quantitativen Einschränkungen zur Folge habe. Zudem würden die Laborresultate zeigen, dass die Medikamente nicht regelmässig eingenommen würden, weshalb von somatischer Seite aus von keinem grossen Leidensdruck auszugehen sei betreffend Schmerzen am Bewegungsapparat (IVSTA-act. 321).

6.5.7 Nach Prüfung der Antworten der Sachverständigen hält der ärztliche Dienst der Vorinstanz mit medizinisch-juristischer Beurteilung vom 27. Februar 2023 fest, dass der Beschwerdeführer ab dem 29. Juni 2022 (= Zeitpunkt der Begutachtung) in seiner angestammten Tätigkeit aufgrund der orthopädischen Probleme zu 100 %, in Verweistätigkeiten aufgrund der psychischen Probleme zu 30 % arbeitsunfähig sei (IVSTA-act. 328). Das BEGAZ-Gutachten sei beweiskräftig.

6.6 Vor Bundesverwaltungsgericht reichte der Beschwerdeführer folgende medizinischen Unterlagen ein:

6.6.1 Berichte von Dr. P._____ vom 25. Oktober 2022 und 22. Dezember 2022 (BVGer-act. 1 Beilagen). Dr. P._____ hält als Diagnosen arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2 und Depressionen fest.

6.6.2 Berichte von Dr. O._____ vom 12. Januar 2023 (BVGer-act. 1 Beilagen) und 2. Mai 2024 (BVGer-act. 16 Beilagen). Er hält eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.2), arterielle Hypertonie sowie Diabetes mellitus Typ 2 fest. Da sich der emotionale Zustand des Beschwerdeführers verschlechtert habe, werde die Therapie angepasst. Eine Selbstgefährdung bestehe nicht.

6.6.3 Berichte von Dr. med. Ee._____ (Kosovo), Internist/Nephrologe, vom 12. und 15. September 2023 (BVGer-act. 1 Beilagen). Er hält nach Harn- und Laboranalysen durch Dr. Ff._____ (Kosovo), Spezialistin für klinische Biochemie, und Dr. med. Gg._____ (Kosovo), Spezialistin für klinische Mikrobiologie, neben arterieller Hypertonie, rezidivierenden depressiven Störungen und Diabetes mellitus Typ 2 eine chronische Niereninsuffizienz fest.

6.6.4 Bericht von Dr. med. Hh._____ (Kosovo), Radiologe, vom 4. Oktober 2023 (BVGer-act. 1 Beilagen). Die MRT-Untersuchung des lumbosakralen Teils der Wirbelsäule ergebe ein Wirbelhämangiom, minimale Ausbeulungen auf den Ebenen L1-2, L2-3, L3-4, L5-S1, eine Vorwölbung auf Ebene L4-5, Kontakt mit den bilateralen Nervenwurzeln auf L5, leichte neuroforaminale Verengung, die Verringerung des Bandscheibensignals, ein Facettengelenkserguss, ein subkutanen Oedem im Lendenbereich und eine Zyste in der rechten Niere.

6.6.5 Berichte von Dr. med. Ii._____ (Kosovo), Orthopäde und Traumatologe, und Dr. med. Jj._____ (Kosovo), Orthopäde und Traumatologe, vom 10. Oktober 2023 (BVGer-act. 1 Beilagen) und vom 2. Mai 2024

(BVGer-act. 16 Beilagen). Der Beschwerdeführer habe Schmerzen im Nacken und Rücken, Neigung und Reklination seien nur mit Schmerzen und Einschränkungen möglich. Sie halten ein Lumbalsyndrom sowie ein chronisches zervikozephalas Syndrom fest. Der Beschwerdeführer sei zu 70 % arbeitsunfähig.

6.6.6 Bericht von Dr. med. Kk. _____ (Kosovo), Psychiater, vom 2. November 2023 (BVGer-act. 1 Beilagen). Der Beschwerdeführer zeige weiterhin eine verminderte geistige Leistungsfähigkeit. Er diagnostiziert eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.3), arterielle Hypertonie sowie Diabetes mellitus Typ 2.

6.7 Die Vorinstanz legte diese neu eingereichten Arztberichte ihrem ärztlichen Dienst zu Stellungnahme vor:

6.7.1 Mit Stellungnahmen vom 30. und 31. Januar 2024 stellen Dr. Aa. _____ und Dr. Y. _____ keine relevanten Veränderungen beziehungsweise keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers aus somatischer und psychischer Sicht fest (BVGer-act. 9 Beilagen). Die Dosis des bekannten eingenommenen Psychopharmakons sei im Vergleich zu 2022 geringer, dafür sei die Medikation jetzt mit einem Schlafmittel ergänzt worden. Eine stationäre psychiatrische Behandlung habe gemäss Unterlagen seither nicht stattgefunden.

6.7.2 Mit Stellungnahme vom 31. Mai 2024 äusserte Dr. Aa. _____, dass die neu vorgelegten Berichte weder von diagnostischer Seite noch bezüglich der funktionellen Einschränkungen Angaben enthalten, die gegen die bisher von somatischer Seite bestätigten Arbeitsunfähigkeiten von 100 % in der angestammten und 0 % in einer leidensgerechten Tätigkeit sprechen. Auch aus psychiatrischer Sicht enthalten die neuen Berichte gemäss Stellungnahmen vom 5. Juni 2024 von Dr. Y. _____ keine neuen Informationen, weder hinsichtlich der Psychopharmakotherapie noch anderweitiger Intensivierung der psychiatrischen Behandlung (BVGer-act. 18 Beilagen). Eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes lasse sich auch mit den ergänzend vorgelegten medizinischen Berichten nicht begründen.

6.8 Mit Eingabe vom 18. August 2025 reichte der Beschwerdeführer neue medizinische Berichte und Unterlagen ein:

6.8.1 Notfallbericht des allgemeinen Krankenhauses Ll. _____ (Kosovo) vom 5. Mai 2024 (BVGer-act. 21 Beilagen). Der Beschwerdeführer wurde

aufgrund hohen Blutdruckes eingeliefert. Die behandelnden Ärzte erachteten eine Hospitalisierung für nicht nötig.

6.8.2 Bericht Dr. med. Mm. _____ (Kosovo), Radiologe, vom 24. September 2024 (BVGer-act. 21 Beilagen). Dr. Mm. _____ führte aufgrund der Schwindelsymptomatik eine Multidetektoren-Computertomographie (MDCT) des Kopfs des Beschwerdeführers durch. Das MDCT zeige eine kortikale Atrophie, mässige vaskuläre Enzephalopathie, begleitet von einer proportionalen Erweiterung der Subarachnoidalräume, eine Asymmetrie der Seitenventrikel, wobei der rechte vergrössert sei, eine periventrikuläre Zyste im Durchmesser von fünf Millimetern, leichte degenerative Veränderungen in den intrakraniellen Arterien sowie ein Schleimhautödem im Bereich der Nase. Das übrige Hirnparenchym zeige keine pathologischen Veränderungen. Dr. Mm. _____ erachtet eine neurologische Untersuchung als notwendig.

6.8.3 Bericht von Dr. med. Nn. _____ (Kosovo), Neurologe, vom 27. September 2024 (BVGer-act. 21 Beilagen). Der Beschwerdeführer sei bei ihm wegen Schwäche in der rechten Körperhälfte sowie Sprachstörungen vorstellig geworden. Als Befund hält Dr. Nn. _____ eine Läsion der Pyramidenbahn mit rechtsseitiger Lähmung fest. Als Diagnosen stellt er vaskuläre Enzephalopathie, einen postiktalen Zustand nach rechtsseitiger ischämischer zerebraler Venenthrombose sowie eine Hemiparese links.

6.8.4 Bericht von Dr. med. Oo. _____ (Kosovo), Radiologe vom 25. Januar 2025 (BVGer-act. 21 Beilagen). Dr. Oo. _____ erstellte sowohl ein Kopf-MRT als auch ein MRT der Halswirbelsäule durch. Das MRT-Bild des Kopfes zeige mässige Leukoaraiose Fazekas-Grad 2, mässig generalisierte Hirnatrophie, erweiterte Virchow-Robin-Räume und keine frischen Läsionen. Die MRT-Untersuchung zeige einen normalen Befund der Halswirbelsäule, abgesehen von einer leichten rechtsseitigen Skoliose sowie eine teilweise Dehydrierung der Bandscheiben.

6.8.5 Berichte von Dr. med. Pp. _____ (Kosovo), Neurologin, vom 30. Januar 2025 und 21. Februar 2025 (BVGer-act. 21 Beilagen). Der Beschwerdeführer sei bei ihr vorstellig geworden, weil er seit rund drei Monaten Schmerzen und Schwäche in der rechten Körperseite habe sowie Sprachstörungen. Ausserdem leide er an Vergesslichkeit, Taubheitsgefühlen, Schmerzen am Abend, sowie hohem Blutdruck. Er befinde sich in psychiatrischer Behandlung. Als Befund hielt Dr. Pp. _____ leichte Schwächen in den rechten Extremitäten fest, mit einer strumpfartigen Hypästhesie,

derzeit ohne neurologische Ausfälle. Als Diagnose stellt Dr. Pp._____ einen Status nach einem ischämischen Schlaganfall, Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie sowie chronische Niereninsuffizienz.

6.8.6 Berichte von Dr. R._____ vom 10. Februar 2025, 19. Juni 2025 (BVGer-act. 21, Beilagen). Dr. R._____ hält Adipositas und eine Schwächung der rechten Körperhälfte mit Sprachstörungen fest. Das CT zeige eine fortgeschrittene vaskuläre Enzephalopathie. Am 30. Januar 2025 sei eine Läsion der unteren Hohlvene festgestellt worden. Der Beschwerdeführer leide an Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2 und sei in psychiatrischer Behandlung. Als Diagnosen hält er einen Status nach ICV HTA, hypertensive Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 2, diabetische Nephropathie, beginnende Niereninsuffizienz und psychische Probleme fest.

6.8.7 Bericht und Ultraschall von Dr. med. Qq._____ (Kosovo), Urologe, vom 7. März 2025 (BVGer-act. 21 Beilagen). Der Beschwerdeführer sei aufgrund häufigen nächtlichen Harndrangs, verzögertem Harnfluss und unterbrochenem Harndrang bei ihm vorstellig geworden. Dr. Qq._____ diagnostiziert beidseitige Nierenzysten, chronische Niereninsuffizienz, diabetische Nephropathie und Prostatasteine.

6.8.8 Entlassungsbericht des Spitals Ll._____ (Kosovo) vom 15. April 2025 von Dr. med. Rr._____, Neurologe, Dr. med. Ss._____, Neurologe, Dr. med. Tt._____, Kardiologe und Dr. med. Uu._____, Anästhesist. Der Beschwerdeführer sei wegen akuter abgeschwächter Muskeleigenreflexe in der rechten Körperhälfte sowie Sprachstörungen auf der neurologischen Station aufgenommen worden. Die Ärzte stellen als Diagnosen einen ischämischen Schlaganfall (ICD-10 I63), eine halbseitige Lähmung der rechten Körperseite (ICD-10 G81), arterielle Hypertonie (ICD-10 I10), Diabetes mellitus Typ 2 (ICD-10 E11), Kardiomyopathie (ICD-10 I42), chronische Niereninsuffizienz (ICD-10 N17) und eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1; BVGer-act. 21 Beilagen). Auf der Computertomographie sei eine Schädigung der linken Hirnhälfte ersichtlich. Der Beschwerdeführer werde in stabilem Zustand entlassen.

6.8.9 Berichte von Prof. Dr. med. Vv._____ (Kosovo), Nephrologe, vom 21. April 2025, 7. Mai 2025, 26. Juni 2025, 23. Juli 2025 und 30. Juli 2025 (BVGer-act. 21 Beilagen). Prof. Vv._____ stellt echoreiche Veränderungen im Nierenparenchym beidseits fest, bei überdehnter Blase und Prostata im Normbereich, und stellt als Diagnosen Diabetes mellitus Typ 2,

diabetische Nephropathie, chronische Niereninsuffizienz, Proteinurie und einen Status nach einem ischämischen Schlaganfall.

6.8.10 Bericht von Dr. med. Xx. _____ (Kosovo), Neurochirurg, vom 23. April 2025 (BVGer-act. 21 Beilagen). Anamnestisch hält er Kopfschmerzen und als Diagnose einen Status nach Schlaganfall links sowie bei der Untersuchung eine Hemiparese rechts fest.

6.8.11 Bericht und Szintigraphie von Dr. med. Yy. _____ (Kosovo), Nuklearmediziner, vom 23. Juli 2025 (BVGer-act. 21 Beilagen). Die Szintigraphie zeige ein vermindertes Nierenparenchym. Dr. Yy. _____ diagnostiziert eine chronische Niereninsuffizienz im Stadium 3b.

7.

7.1 Die Vorinstanz geht in der angefochtenen Verfügung – gestützt auf die medizinisch-juristische Beurteilung vom 27. Februar 2023 – davon aus, dass ab dem Zeitpunkt des BEGAZ-Gutachtens (29. Juni 2022) eine Veränderung beziehungsweise Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers eingetreten sei (E. 6.5.7 vorstehend). Dem BEGAZ-Gutachten selbst lässt sich keine entsprechende Aussage entnehmen (E. 6.5.1 – E. 6.5.5 vorstehend). Zwar weichen die Diagnosen und die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit vom Vorgutachten aus dem Jahr 2009 ab. Zur massgebenden Frage nach einer Veränderung des Gesundheitszustandes respektive der Befundlage enthält das Gutachten aber keine hinreichend klare Aussage, sodass die Vorinstanz eine ergänzende Auskunft der Sachverständigen als erforderlich erachtete (E. 6.5.6 vorstehend).

Auf Nachfrage hin äusserten sich die Sachverständigen wie folgt: Der psychiatrische Sachverständige teilte der Vorinstanz mit, eine «dauerhafte Verschlechterung» des psychischen Gesundheitszustandes lasse sich nicht objektivieren (IVSTA-act. 315). Gleichzeitig begründete er seine vom Vorgutachten abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mit der «zeitweisen stärkeren Ausprägung der Symptomatik». Im Gutachten selbst ging der psychiatrische Sachverständige von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus, auch wenn unklar sei, *seit wann* eine Verschlechterung vorliege, mit grosser Wahrscheinlichkeit bestehe die Beeinträchtigung (depressive Störung) schon «seit mehreren Jahren» (IVSTA-act. 307 S. 13 f.). Der internistische Sachverständige und der otoneurologische Sachverständige verneinten auf Nachfrage mit Bezug auf ihr jeweiliges Fachgebiet eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes

(IVSTA-act. 315, 321), wobei der otoneurologische Sachverständige hierzu – wie bereits im Gutachten – ausführte, die otoneurologische Beschwerdesymptomatik habe bereits «im Anschluss an das Unfallereignis im Jahr 1997» bestanden (IVTSTA-act. 315, 306 S. 12). Eine nähere Begründung für diese Verlaufsbeurteilung ist jedoch weder dem Gutachten noch der ergänzenden Auskunft zu entnehmen. In den Akten finden sich keine Hinweise, dass die otoneurologischen Beschwerden seit dem Unfallereignis bestehen. Namentlich hält das MZR-Gutachten aus dem Jahr 2009 keine entsprechenden Befunde fest (E. 6.2 vorstehend). Das gilt insbesondere hinsichtlich der Schwindelsymptomatik, welcher der otoneurologische Sachverständige – bei ungeklärter Ursache – eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit wie in einer Verweistätigkeit attestiert (vgl. auch E. 7.2.2 nachfolgend).

7.2 Abgesehen von diesen auch auf Nachfrage hin fortbestehenden Unklarheiten hinsichtlich der für den Beweiswert des Gutachtens entscheidenden Frage nach einer erheblichen Änderung des Sachverhalts ist vorliegend von besonderer Bedeutung, dass wesentliche Beschwerden des Beschwerdeführers nicht hinreichend abgeklärt erscheinen. Aufgrund der im Beschwerdeverfahren eingereichten Unterlagen ergeben sich zudem Anhaltspunkte für eine mögliche *neurologische* (Mit-)Ursache, die die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses beeinflussen könnte. Diesbezüglich lässt sich den Akten Folgendes entnehmen:

7.2.1 Wegen des anhaltenden Schwindels wurde der Beschwerdeführer am 24. September 2024 zu Dr. Mm. _____ überwiesen, welcher gestützt auf eine Multidetektor-Computertomographie des Kopfes vaskuläre Enzephalopathie, kortikale Atrophie und weitere Hirnveränderungen diagnostizierte (BVGer-act. 21 Beilagen; E. 6.8.2 vorstehend). Diese Diagnose wurde gestützt auf weitere bildgebende Befunde in späteren Untersuchungen bestätigt (E. 6.8.2, 6.8.3, 6.8.6, 6.8.8 vorstehend): Dr. Nn. _____ hielt am 27. September 2024 eine rechtsseitige Lähmung aufgrund einer Läsion der Pyramidenbahn fest. Der Beschwerdeführer sei bei ihm wegen Schwäche in der rechten Körperhälfte sowie Sprachstörungen vorstellig geworden. Auch er stellt die Diagnose einer vaskulären Enzephalopathie sowie eines postiktalen Zustands nach rechtsseitiger ischämischer zerebraler Venenthrombose und einer Hemiparese links (BVGer-act. 21 Beilagen). Das am 25. Januar 2025 von Dr. Oo. _____ angefertigte Kopf-MRT zeigt mässige Leukoaraiose Fazekas-Grad 2, mässig generalisierte Hirnatrophie sowie erweiterte Virchow-Robin-Räume (BVGer-act. 21 Beilagen). Dr. Pp. _____ hält Anfang 2025 fest, dass der Beschwerdeführer aufgrund

von Schmerzen und Schwäche in der rechten Körperseite, Sprachstörungen, Vergesslichkeit und Taubheitsgefühlen bei ihr vorstellig wurde. Als Diagnose stellt sie unter anderem einen Status nach einem ischämischen Schlaganfall (BVGer-act. 21 Beilagen). Auch Dr. R. _____ hält Anfang 2025 eine Schwächung der rechten Körperhälfte mit Sprachstörungen fest. Das CT zeige eine fortgeschrittene vaskuläre Enzephalopathie (BVGer-act, 21 Beilagen).

7.2.2 Anhaltspunkte für bislang nicht rechtsgenügend abgeklärte, möglicherweise neurologisch (mit-)bedingte Beschwerden ergeben sich sowohl aus den Akten und als auch aus dem BEGAZ-Gutachten:

7.2.2.1 Aktenkundig beklagte sich der Beschwerdeführer erstmals im April 2018 – und danach wiederholt – über Schwindel (IVSTA-act. 190 f., 194 f., 208, 211, 214, 240–242, 261, 272). Zuvor wird lediglich in einem Bericht des Kantonsspitals Zz. _____ aus dem Jahr 1997 «Schwindel beim Vorbeugen» erwähnt (IVSTA-act. 10 S. 11), danach bis April 2018 nicht mehr. Auch die BEGAZ-Sachverständigen halten mehrfach Schwindelprobleme fest (E. 7.2.2.2 nachfolgend). Zudem erachtete RAD-Arzt Dr. Aa. _____ diesbezüglich eine gutachterliche Beurteilung als sinnvoll, um mögliche Ursachen einzugrenzen (vestibulär, arterielle Hypertonie oder psychosomatisch), denn es fände sich «keine Erklärung für die Schwindelprobleme durch die leichten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule» (IVSTA-act. 275). Im MZR-Gutachten aus dem Jahr 2009 wurde eine Schwindelsymptomatik weder vom Beschwerdeführer beklagt noch von den Sachverständigen erwähnt beziehungsweise festgestellt (IVSTA-act. 114).

7.2.2.2 Bei der otoneurologischen Untersuchung gibt der Beschwerdeführer wechselnd ausgeprägte Schwindelgefühle sowie Schwäche an, welche er als ein Drehen und Schwanken im Kopf empfindet, mit intermittierendem Erbrechen. Der Sachverständige hält einen unauffälligen Befund betreffend die peripheren vestibulären Funktionen mit fehlenden pathologischen Nystagmen fest. Die intermittierende Schwindelsymptomatik könne «nicht durch eine periphere vestibuläre Funktion erklärt werden» (IVSTA-act. 306 S. 10). Er stellt die Diagnose ICD-10 H82 «Schwindelsyndrome bei anderenorts klassifizierten Krankheiten» (IVSTA-act. 306 S. 10). Weder der allgemeininternistische noch der psychiatrische Sachverständige äussern sich zu möglichen Ursachen der Schwindelsymptome, so wie von RAD-Arzt Dr. Aa. _____ angeregt. Dieser nennt neben vestibulären Ursachen auch die arterielle Hypertonie oder psychosomatische Gründe als mögliche Ursachen. Es ist jedoch nicht ausgeschlossen – wie nachträglich ersichtlich

wurde (E. 7.2.1 vorstehend) – dass der Schwindel (auch) neurologisch bedingt sein könnte. Im Gutachten bleibt unklar, worauf die Schwindelsymptome zurückzuführen sind. Die Sachverständigen stellten keine weiteren Nachforschungen, Testungen oder Bildgebungen für mögliche Ursachen der Schwindelsymptomatik an. Sie bleibt im Gutachten – obwohl mehrfach aktenkundig und explizit vom RAD-Arzt gefordert – nicht hinreichend abgeklärt.

7.2.2.3 Im BEGAZ-Gutachten erheben die Sachverständigen bezüglich der Gedächtnisfunktionen des Beschwerdeführers Veränderungen seit 2009: Im Gutachten aus dem Jahr 2009 hielten die Sachverständigen noch klinisch intakte Gedächtnisfunktionen, Aufmerksamkeit und Konzentration des Beschwerdeführers fest (IVSTA-act. 114 S. 38). Seine mnestischen und kognitiven Funktionen erschienen intakt (IVSTA-act. 114 S. 23). Bei der psychiatrischen Begutachtung von 2022 zeigt sich aber eine zwischenzeitliche Verschlechterung der Gedächtnisfunktionen: Gemäss psychiatrischem Sachverständigen können die kognitiven Fähigkeiten des Beschwerdeführers nicht zuverlässig beurteilt werden. Es gelinge dem Beschwerdeführer «nicht, 3 Begriffe zu merken oder eine Zahlenreihe fehlerfrei aufzusagen, er studierte lange herum» und «hinterliess einen sehr einfach strukturierten Eindruck» (IVSTA-act. 307 S. 8). Der Sachverständige hält fest, dass der Beschwerdeführer kognitive Schwierigkeiten habe, einfach strukturiert wirke sowie ideenarm und passiv im Verhalten sei (IVSTA-act. 307 S. 11). Der Beschwerdeführer selbst äusserte gegenüber dem Sachverständigen, er könne sich nichts merken (IVSTA-act. 307 S. 5) und sei vergesslich (IVSTA-act. 307 S. 8). In den Akten finden sich zudem Hinweise auf Konzentrationsstörungen (IVSTA-act. 196 S. 7). Der psychiatrische Sachverständige setzt sich nicht näher mit diesen neu hinzugetretenen kognitiven Problemen auseinander, ordnet auch keine weiteren Abklärungen an, sondern hält lediglich fest, dass aufgrund der Beschreibungen und den Angaben in den Akten von einem über die Jahre schwankenden Verlauf einer depressiven Störung ausgegangen werden müsse (IVSTA-act. 307 S. 11 f.). Im Gutachten bleibt unklar, ob diese kognitiven Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit der depressiven Störung stehen oder diese auf eine andere Erkrankung – etwa aus dem neurologischen Formenkreis – zurückzuführen sein könnten. Auch diesbezüglich besteht weiterer Abklärungsbedarf.

7.2.2.4 Auch die vom otoneurologischen Sachverständigen festgestellte Gangunsicherheit war zuvor nicht aktenkundig und wird erstmals bei der Begutachtung festgestellt: Der otoneurologische Sachverständige schreibt

die Gangunsicherheit einer Schmerzsymptomatik im Bereich des Beckens zu (IVSTA-act. 304 S. 7; IVSTA-act. 306 S. 4). Diese Gangunsicherheit bestand im Zeitpunkt des ersten Gutachtens ebenfalls nicht («etwas breitbasiger, aber hinkfreier Gang sowohl in Halbschuhen als auch barfuss»; IVSTA-act. 114 S. 24). Unklar ist, ob der otoneurologische Sachverständige die Gangunsicherheit auf die Schwindelsymptomatik oder aber auf das chronische generalisierte Schmerzsyndrom im Sinne eines Hemisyndroms gemäss Vorgutachten zurückführt. Jedenfalls hält der Sachverständige keine spezifisch otoneurologische Ursache fest, sodass auch die Gangunsicherheit letztlich nicht abschliessend geklärt erscheint.

7.2.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Sachverständigen sowohl die Schwindelsymptomatik als auch die kognitiven Probleme und die Gangunsicherheit zwar erwähnt, aber nicht weiter abgeklärt haben. Namentlich erscheint aufgrund der zwischenzeitlich diagnostizierten neurologischen Leiden klärungsbedürftig, ob diese Symptome allenfalls durch ein neurologisches Leiden (mit-)verursacht sind und wie sich ein allfälliges neurologisches Leiden auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Damit fehlt gegenwärtig eine verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlage, wie sie zur Beurteilung des streitigen Leistungsanspruchs unabdingbar ist, weshalb weitere Abklärungen angezeigt sind (vgl. allgemein: Urteil des BGer 9C_527/2024 vom 18. März 2025 E. 4.3).

7.2.4 Hinzu kommt, dass weitere aktenkundige und bei der Begutachtung beklagte Beschwerden im Gutachten unbeachtet bleiben: Sowohl zu den vom Beschwerdeführer bereits im Zeitpunkt der ersten Begutachtung beklagten und weiterhin persistierenden Kopfschmerzen (E. 6.3.5, 6.3.11, 6.3.13) als auch zu den Herzproblemen (Kardiomyopathie, stabile Angina Pectoris) äussern sich die Sachverständigen nicht (E. 6.3.5, 6.3.11, 6.3.13). Im Gutachten aus dem Jahr 2009 waren die Herzfunktionen noch unauffällig (IVSTA-act. 114 S. 23). Der internistische Sachverständige hielt fest, dass der klinische Status normal sei «ohne Hinweise für Links- oder Rechtsherzinsuffizienz oder für eine Lungenerkrankung» (IVSTA-act. 114 S. 44). Das EKG zeigte damals einen unauffälligen Erregungsablauf ohne Zeichen einer Hypertrophie oder Ischämie. Die aktenkundigen neu eingereichten EKG zeigen gewisse Abnormalitäten: Die am 17. Dezember 2019, 28. Januar 2020 und 26. Juni 2020 erstellten EKG zeigen einen normalen Sinusrhythmus, aber eine linksventrikuläre Hypertrophie mit Repolarisationsstörung (IVSTA-act. 223–225). Das EKG vom 13. Mai 2020 zeigt weiterhin eine linksventrikuläre Hypertrophie, aber auch unspezifische ST- und

T-Wellen-Anomalien und ein Sinusrhythmus mit gelegentlichen ventrikulären Extrasystolen (IVSTA-act. 227).

7.3 Schliesslich ist das BEGAZ-Gutachten auch in orthopädischer bzw. rheumatologischer Hinsicht nicht hinreichend nachvollziehbar: Im Gutachten aus dem Jahr 2009 hielten die Sachverständigen fest, dass unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde auf orthopädisch-rheumatologischem Fachgebiet kein Gesundheitsschaden bestehe, «der versicherungsmedizinisch betrachtet eine dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit, bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kundenmaurer begründen könnte. Auch in einer allfälligen Verweistätigkeit ist der Versicherte aus rein rheumatologischer Sicht gemäss seinem allgemeinen Leistungsspektrum uneingeschränkt arbeitsfähig» (IVSTA-act. 114 S. 35). Nach Sichtung der vom Beschwerdeführer eingereichten medizinischen Unterlagen erachtete Dr. Aa. _____ vom ärztlichen Dienst der Vorinstanz eine orthopädische Beurteilung als nicht erforderlich (E. 6.4.5 vorstehend). Im BEGAZ-Gutachten wird die Diagnose eines chronisch generalisierten Schmerzsyndroms aus dem Jahr 2009 übernommen, aber neu bei den Diagnosen «mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit» eingeordnet (IVSTA-act. 304 S. 9). Aufgrund «der Problematik von Seiten des Bewegungsapparates» (und der arteriellen Hypertonie) seien körperlich schwere bis mittelschwere sowie nicht rückenadaptierte Tätigkeiten nicht durchführbar. Leichte rückenadaptierte Tätigkeiten seien in Übereinstimmung mit den Vorgutachten weiterhin möglich (IVSTA-act. 304 S. 11). Die rheumatologische Sachverständige des Vorgutachtens aus dem Jahr 2009 hielt damals aber fest, dass «keine pathologisch-anatomischen Korrelate nachgewiesen werden, die sich limitierend auf eine mittelschwere bis intermittierend schwere körperlich Tätigkeit auswirken würden» (IVSTA-act. 114 S. 45). Obwohl die Beschwerden am Bewegungsapparat im BEGAZ-Gutachten nicht erneut fachärztlich (orthopädisch oder rheumatologisch) beurteilt, sondern aus dem Vorgutachten übernommen wurden, beurteilen die Sachverständigen die Arbeits(un)fähigkeit des Beschwerdeführers abweichend zum Vorgutachten. Eine hinreichende Begründung hierfür fehlt.

8.

8.1 Zusammenfassend ist nach dem Vorstehenden festzuhalten, dass der angefochtenen Verfügung vom 12. September 2023 in medizinischer Hinsicht kein rechtsgenügend abgeklärter Sachverhalt zugrunde liegt (vgl. Art. 49 Bst. b VwVG sowie Art. 43 ATSG). Der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und

Leistungsfähigkeit lässt sich aufgrund der vorliegenden Aktenlage nicht schlüssig und zuverlässig beurteilen.

8.2 Die Beschwerde ist gutzuheissen und die Verfügung vom 12. September 2023 aufzuheben. Die Sache ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen, Vervollständigung der medizinischen und anderweitigen Unterlagen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4), was vorliegend der Fall ist, da namentlich die Auswirkungen der neurologischen Leiden bislang ungeklärt geblieben sind.

8.2.1 Die Vorinstanz wird angewiesen, nach Vervollständigung und Aktualisierung der medizinischen Akten eine neue polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen (weiterhin) Expertisen in den Fachbereichen Innere Medizin, Psychiatrie und Rheumatologie erforderlich. Ebenso erscheint eine neurologische Begutachtung im Hinblick auf die Probleme aus dem neurologischen Formenkreis als notwendig. Ob neben den genannten Fachdisziplinen weitere Spezialistinnen und Spezialisten beizuziehen sind – etwa Endokrinologie im Hinblick auf den Diabetes mellitus oder Nephrologie im Hinblick auf chronische Niereninsuffizienz – ist dem pflichtgemässen Ermessen der Sachverständigen zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (Art. 44 Abs. 5 ATSG; vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3).

8.2.2 Die interdisziplinäre Begutachtung hat in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (Art. 7m ATSV [SR 830.11]). Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen lassen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle – unter Ausschluss der Gutachterstelle BEGAZ und der Sachverständigen des Gutachtens vom 19. Juli 2022 – nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (Art. 44 Abs. 7 Bst. a ATSG i.V.m. Art. 72^{bis} Abs. 2 IVV; vgl. auch BGE 139 V 349 E. 5.2.1) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. insb. Art. 44 Abs. 2 und 3 ATSG).

9.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

9.1 Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (vgl. BGE 146 V 28 E. 7; 141 V 281 E. 11.1; Urteil des BGer 8C_554/2023 vom 16. Januar 2024 E. 5).

9.2 Dem obsiegenden Beschwerdeführer und der Vorinstanz sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG). Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten.

9.3 Der obsiegende und berufsmässig vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zulasten der Vorinstanz (Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Mangels Kostennote ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens erscheint unter Berücksichtigung vergleichbarer Fälle (vgl. Urteile des BVGer C-773/2016 vom 20. April 2018 E. 8.2; C-3265/2017 vom 9. Januar 2018 E. 10.2) eine Parteientschädigung von Fr. 1'000.- (inkl. Auslagen) angemessen (Art. 9 Abs. 1, Art. 10 Abs. 2 VGKE). Die Mehrwertsteuer ist vorliegend nicht geschuldet (Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG [SR 641.20]).

(Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.)

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 12. September 2023 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen den Sachverhalt ergänzt und über den Anspruch des Beschwerdeführers erneut verfügt.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- wird ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.

Dem Beschwerdeführer wird zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 1'000.- zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an den Beschwerdeführer, die Vorinstanz und das BSV.

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Philipp Egli

Martina Filippo

Rechtsmittelbelehrung:

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