

BVGer C-281/2019 vom 2. November 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-11-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-281_2019

FR: TAF C-281/2019 du 2 novembre 2021

IT: TAF C-281/2019 del 2 novembre 2021

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

E. 1.2

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist.

E. 1.3

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert. Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht wurde, ist auf sie einzutreten (Art. 60 ATSG, Art. 52 VwVG).

E. 2

Der Beschwerdeführer ist schweizerischer Staatsangehöriger und wohnt in (...)/Irak. Die Schweiz hat mit dem Irak kein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen. Damit gelangt zur Beurteilung des Rentengesuchs schweizerisches Recht zur Anwendung (s. bereits Urteil [...] E. 2.5).

E. 3.1

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 30. November 2018) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den in Kraft

stehenden Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Nach Verfügungserlass verfasste ärztliche Berichte können berücksichtigt werden, wenn sie (rückwirkend) Bezug auf den - bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vorliegenden - gesundheitlichen Zustand des Beschwerdeführers nehmen, somit mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und allenfalls geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. BGE 116 V 80 E. 6b).

E. 3.2

Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der IVV ist in Anbetracht dessen, dass die IVSTA die Rentenrevision im Januar 2012 eingeleitet und mit angefochtener Verfügung die bisher gewährte Rente rückwirkend per 1. April 2015 aufgehoben hat, auf die seit dem 1. Januar 2012 gültigen Fassungen gemäss dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision abzustellen (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]).

E. 3.3

Die Revision einer gesprochenen Rente kann auf Begehren des Rentenempfängers oder von Amtes wegen erfolgen (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Eine Anpassung des Invaliditätsgrades im Revisionsverfahren setzt eine erhebliche und anhaltende Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus. Zeitlicher Ausgangspunkt dieser Beurteilung ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (BGE 130 V 71 E. 3.2.3). Ferner muss die Veränderung der Verhältnisse erheblich, das heisst hinsichtlich des resultierenden Invaliditätsgrades geeignet sein, Auswirkungen auf die Rente zu zeitigen. Diese Änderung kann den Gesundheitszustand, erwerbliche Auswirkungen oder auch die anwendbare Methode betreffen (BGE 130 V 343 E. 3.5). Unter revisionsrechtlicher Perspektive ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts allerdings unerheblich (BGE 112 V 371 E. 2b m.w.H.; Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a). Ebenfalls unbeachtlich bleiben nicht genügend fassbare oder lediglich vorübergehende Sachverhaltsänderungen (U. Kieser, Die Erheblichkeit der Invaliditätsgradänderung als Rentenanpassungsvoraussetzung nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2007, S. 159).

E. 4.1

Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

E. 4.2

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die

Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz 450; vgl. auch BGE 122 V 162 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b). Diese Praxis wurde vom Bundesgericht immer wieder bestätigt (vgl. Urteil des BGer 8C_671/2014 vom 19. März 2015 E. 2 m.w.H.).

E. 4.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidsbedingt eingeschränkt ist. Im Vordergrund stehen dabei vor allem jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung bzw. von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des BGer 8C_888/2017 vom 13. Juni 2018 E. 6.2 m.w.H.).

E. 4.4.1

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 (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 4.4.2

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und

bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2; BGE 135 V 465 E. 4.4; BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

E. 4.4.3

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD: Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f. und 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4). Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine

abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 4.5

Für grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen (BGE 143 V 418) sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren (sog. Standardindikatoren) 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; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). 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)

E. 5

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht auf die Ergebnisse des bidisziplinären Gutachtens der Dres. M._____ und N._____ vom 23. Januar 2018 abgestellt hat, das von einer wesentlichen Besserung des Gesundheitszustandes ausgeht.

E. 5.1

Einleitend ist auf die Erörterungen im Rückweisungsurteil des Bundesverwaltungsgerichts [...] einzugehen, das die Parteien und auch das Gericht bindet (vgl. BGE 135 III 334 E. 2; Urteile des BGer 8C_680/2015 vom 14. Dezember 2015 E. 4.1 und 4.3.3 und 8C_720/2015 vom 12. April 2016 E. 3). Darin wurde festgehalten, dass eine Rentenaufhebung gestützt auf die Übergangsbestimmungen der IV-Revision 6a nicht in Frage komme, da weder ausschliesslich noch vorrangig Pausbonog-Diagnosen (pathogenetisch ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage) vorlägen. Sodann könne die Rentenrevision auch nicht gestützt auf Art. 17 ATSG erfolgen: Die seit dem 3. Juni 2015 geltenden Standardindikatoren seien im Gutachten der Dres. H._____ und I._____ nicht geprüft worden, die pauschale Stellungnahme des ärztlichen Dienstes könne diesen Mangel nicht beheben. Es bestehe zudem entgegen dem psychiatrischen Gutachter kein genügender Hinweis auf Ausschlussgründe. Zwar lasse das Gutachten bestimmte Ressourcen erahnen (der Tagesablauf sei unklar beschrieben, die Reise vom Irak in die Schweiz sei per Flugzeug ohne Begleitperson erfolgt, der Beschwerdeführer habe eine neue Familie gegründet und sei dreifach Vater geworden, verschiedentlich habe er gute Ressourcen beschrieben), jedoch habe der ärztliche Dienst dem Beschwerdeführer mit vorangehender Stellungnahme eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 20% zugebilligt und sei auch im E._____ -Gutachten die somatoforme Schmerzstörung als die Arbeitsfähigkeit einschränkende Diagnose beurteilt worden; zudem habe der

Beschwerdeführer (potenziell massiv) belastende Situationen in seinem Leben erlebt. Deshalb liege hier die Notwendigkeit der Standardindikatorenprüfung auf der Hand. Die Schmerzstörung könne daher nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beurteilt werden (bei der PTBS sei auf eine Nachinstruktion bei dieser Sachlage verzichtet worden). Die Voraussetzungen für eine Rentenaufhebung gestützt auf Art. 17 ATSG seien damit nicht erfüllt. Auf das nicht mehr aktuelle E. _____-Gutachten könne nicht ersatzweise abgestellt werden. Das Gutachten der Dres. H. _____ und I. _____ enthalte (nichtsdestotrotz) gewichtige Indizien auf eine Besserung des Gesundheitszustandes und ein verbessertes Leistungsvermögen, daher bestehe ergänzender Abklärungsbedarf. Es sei deshalb erneut eine umfassende psychiatrische Begutachtung durchzuführen.

E. 5.2

Festzuhalten ist, dass die Vorinstanz nach der Rückweisung der Sache zu weiteren Abklärungen eine bidisziplinäre Begutachtung in den Fachrichtungen Rheumatologie und Psychiatrie veranlasst hat, was eine aktualisierte, fach- und disziplinengerechte Überprüfung der zentralen gesundheitlichen Beschwerden des Beschwerdeführers und der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 ermöglichte. Der angefochtene Revisionsentscheid stützt zudem nicht auf die Übergangsbestimmungen der IV-Revision 6a ab, deren Anwendung das Gericht in seinem Rückweisungsurteil ausgeschlossen hatte, sondern auf Art. 17 ATSG. Die Vorinstanz geht damit von einer wesentlichen Besserung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentengewährung aus.

E. 5.3

Zur Prüfung, ob eine wesentliche Besserung eingetreten ist, ist die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers am 4. März 2009 (Datum der wiedererwägungsweisen Gewährung einer ganzen Rente ab 1. August 2002 und einer unbefristeten halben Rente ab 1. März 2003, gestützt auf die polydisziplinäre Begutachtung in der E. _____ vom 7.-9. Mai 2007) mit derjenigen zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung zu vergleichen. Nicht abzustellen ist auf den Revisionsentscheid der SVA C. _____ vom 11. März 2011, der auf keiner eingehenden materiellen Prüfung des Sachverhalts (vgl. E. 3.3), sondern auf einem kurzen Bericht der Hausärztin vom 28. Februar 2011 (act. 86) beruhte. Dasselbe gilt für die Verfügungen der IVSTA vom 30. Mai 2013 (Renteneinstellung, weil der Fragebogen "Revision" nicht retourniert wurde [nicht aktenkundig, vgl. act. 118], vom 11. Dezember 2013 (Wiederaufnahme der Rentenleistungen nach Zustellung des Fragebogens; act. 118), vom 17. Juni 2014 (Kürzung der Kinderrenten wegen Überversicherung [act. 145]) und 4. Februar 2015 (Verfügung aufgehoben durch Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom [...] [act. 160]).

E. 5.4

Der obgenannten Bestätigung der ganzen Rente ab 1. August 2002 und einer unbefristeten halben Rente ab 1. März 2003 lag das E. _____-Gutachten vom 9. Juli 2007 (inkl. ergänzender Stellungnahme vom 1. November 2007 und Gutachtensergänzung vom 23. Juni 2008) zugrunde (act. 61, 64 S. 6, 72).

E. 5.4.1

Die Gutachter in den Fachrichtungen Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie und Neuropsychologie hielten nach Würdigung der Vorakten, Berücksichtigung der Klagen des Beschwerdeführers, eingehender klinischer Untersuchung und Würdigung der Sachlage folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest: 1.

mittelgradig depressive Symptomatik mit somatischem Syndrom im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (F33.1 [Codierung nach ICD-10]), 2. teilremittierte posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), 3. anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), 4. mittelgradig bis deutliche neuropsychologische Beeinträchtigungen (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, visuo-konstruktive Praxis, Exekutivfunktion) bei Depression und Schmerzfokussierung, 5. chronisches zervikozephalales Syndrom bei (Verdacht auf) Status nach Commotio cerebri am 5. März 2001, bei Status nach Contusio capitis und RQW (Rissquetschwunde) frontal rechts am 5. März 2001. Als weitere Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie: 1. generalisiertes Schmerzsyndrom (M79.0), bei Status nach Kopfkontusion (am 5.3.2001) mit anamnestisch Commotio cerebri, Contusio capitis und RQW frontal rechts, bei Verdacht auf Symptomausweitung / im Rahmen der somatoformen Schmerzstörung, 2. Verdacht auf somatoforme Empfindungsstörung mit Hemihypästhesie links, ohne organisches Korrelat.

E. 5.4.2

In der Gesamtbeurteilung führten die Gutachter dazu aus, aktuell bestehe ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit zervikozephaler Betonung. Die klinisch zu erhebenden Befunde ständen in hohem Gegensatz/in hoher Diskrepanz zu den subjektiv gemachten Angaben zu Einschränkung, Schmerzhaftigkeit und spontaner Beweglichkeit in Nicht-Untersuchungssituationen. Beim Unfall vom 5. März 2001 habe sich der Versicherte aus ihrer Sicht keine bleibende Verletzung zugezogen. Die Beschwerde-Exazerbationen, Eskalation und Chronifizierung seien im Rahmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auf dem Hintergrund einer reaktivierten, posttraumatischen Belastungsstörung (letztere als Folge der zweimaligen Inhaftierung und Folterung im Irak wegen Kriegsdienstverweigerung, späterer militärischer Tätigkeit für die S. _____ mit belastenden Erfahrungen und Gefangennahme in der Türkei während Flucht mit weiteren Misshandlungen, ca. von 1984 bis 1988) zu sehen. Die posttraumatische Belastungsstörung könne als teilremittiert angesehen werden, vergesellschaftet mit einer leicht bis mittelgradigen depressiven Symptomatik. Wie 2001 ersichtlich werde, hätten bereits vor dem Unfall erhebliche psychische Probleme bestanden, latent habe eine hohe innere Anspannung bestanden, möglicherweise liege eine Rechtfertigungstendenz für die ehelichen Probleme vor. Zur Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, dass sich Einschränkungen heute weit überwiegend aus der psychiatrischen Diagnose ergeben würden. Die neuropsychologische Testung zeige mittelgradige Einschränkungen und sei im Rahmen der depressiven Grundstörung und der Schmerzen erklärbar. Es gebe keine Hinweise auf eine zusätzlich erlittene hirnorganische Schädigung. In der neuropsychologischen Testung habe eine vierstündige Untersuchung ohne grössere Probleme überstanden werden können. Gegenüber der Untersuchung in der Klinik P. _____ (Januar und Februar 2002 [aufgeführt in act. 61 S. 3 und 7]) ergäben sich heute eher verbesserte Untersuchungsergebnisse; speziell die posttraumatische Belastungsstörung scheine heute wesentlich weniger im Vordergrund zu stehen, sondern es sei heute mehr ein Problem der zugrundeliegenden Depression. Deshalb sei therapeutisch der Schwerpunkt auf eine Verbesserung der Tagesstruktur und Aktivierung im Alltag zu legen; der Patient stehe auch in keiner psychiatrischen Behandlung, auch die Jahre zuvor sei offenbar nur bedingt eine Psychotherapie in Anspruch genommen worden. Insgesamt erscheine sowohl die bisherige wie die zuletzt über einige Jahre hinweg ausgeübte Tätigkeit im Druckereigewerbe, wie auch jede andere körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit in Wechselbelastung zu 50% als zumutbar. Die Einschränkung ergebe sich weit überwiegend

aus psychiatrischer Sicht. Zum Verlauf hielten die Gutachter fest, dass sich aus den Vorakten bereits mit Bericht vom 14. September 2001 der Hinweis auf eine Arbeitsfähigkeit von 50% ergebe, in den meisten nachfolgenden Berichten werde ebenfalls von einer Arbeitsfähigkeit von 50% ausgegangen, unter adäquater Therapie hätte bereits Ende Dezember 2002 eine nahezu vollständige Arbeitsfähigkeit erreicht werden können.

E. 5.4.3

Mit Stellungnahme vom 1. November 2007 führte der fallführende Gutachter ergänzend aus, zumutbar sei in Bezug auf ein Vollzeitpensum eine Präsenzzeit von ca. 60%. Darin sei eine Leistung von 50% bezogen auf ein Vollzeitpensum zumutbar. Die reduzierte Leistungsfähigkeit resultiere aus den psychiatrischen Einschränkungen und einer vermehrten Pausenbedürftigkeit (act. 64 S. 6).

E. 5.4.4

Mit Gutachtensergänzung vom 23. Juni 2008 führten die Gutachter insbesondere aus, eine *Commotio cerebri* habe aufgrund des Erstbehandlungsberichts des Spitals Q._____ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht stattgefunden (unter Verweis auf Anamnese, Selbsteinweisung, Befunde, Diagnosen, veranlasste Massnahmen ohne 24h-*Commotio*-Überwachung); dies decke sich zudem mit dem zeitnahen Bericht von Dr. R._____, Neurologie, vom 14. September 2001. Schliesslich widerspreche die heutige Unfalldarstellung früheren Angaben und sei eine zunehmende Ausweitung/Dramatisierung der Unfallgeschichte feststellbar. Dies sei vor dem Hintergrund der durch den Unfall reaktivierten posttraumatischen Belastungsstörung zu verstehen. Zudem gebe es Subgruppen von Verunfallten, die zwar eine Amnesie für den Unfall erlitten, nicht aber eine *Commotio cerebri*; diese Subgruppe habe eine erhöhte Prävalenz für posttraumatische Belastungsstörungen. Die gegenteilige Diagnose im neurologischen Gutachten stütze sich auf die Klagen des Exploranden, der Gutachter äussere aber auch eine Unsicherheit, indem er in der Beurteilung von einer möglichen kurzen Bewusstlosigkeit und einer möglichen *Commotio cerebri* ausgehe. Der Schweregrad der Depression habe in ihrem Verlauf zwischen leicht bis mittelgradig geschwankt. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit gelte die aktuelle Beurteilung, gestützt auf die Fachgutachten. Es könne nicht allein auf die Testung abgestellt werden. Es bestehe aufgrund der Aktenlage kein Grund, eine andere als eine funktionelle (d.h. im Rahmen der Schmerzen, der Depression und der posttraumatischen Belastungsstörung zu interpretierende) Ursache für die gezeigten neuropsychologischen Einschränkungen anzunehmen. Nach ihres Erachtens geringem/bagatelärem Unfall seien die sich später ausbildende Depression und posttraumatische Belastungsstörung nur auf dem Hintergrund einer starken psychischen Vorbelastung zu verstehen (act. 72).

E. 5.5

Der Beurteilung im Verfügungszeitpunkt (30. November 2018) lag das Gutachten der Dres. M._____, Innere Medizin und Rheumatologie, und N._____, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. Januar 2018 zugrunde (act. 253).

E. 5.5.1

Auf der Basis einer Auflistung und kurzen inhaltlichen Würdigung (je Dokument) der umfangreichen Vorakten, einer Anamneseerhebung und einer eingehenden klinischen Untersuchung am 19. Januar 2018 kamen die Gutachter zum Schluss, dass keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie: 1. Wide Spread Pain-Syndrom/Fibromyalgie (M79.7

[Klassifizierung nach ICD-10]); 2. leichte degenerative Veränderungen im Bereich des Achsenskeletts mit beginnender Osteochondrose H5/6 und 6/7 sowie L2/3 und L5/S1, bei leichter myostatischer Dysbalance und Haltungsinsuffizienz, bei Zeichen der Symptomausweitung (5/5 positive Waddellzeichen) und Inkonsistenzen in der körperlichen Untersuchung, bei Status nach Kopfkontusion axial (5.3.2001) mit Rissquetschwunde frontal und Distorsion Halswirbelsäule; 3. arterielle Hypertonie; 4. Adipositas (BMI 34.2 kg/m²).

E. 5.5.2

Dr. M. _____ hielt zur somatischen Untersuchung fest, dass eine MTBI (Milde Traumatische Hirnverletzung) einmalig neuropsychologisch vermutet, in den weiteren Beurteilungen jedoch nicht mehr gleich gewertet worden sei. In der aktuellen Beurteilung seien keine Anzeichen für eine mnestiche Störung oder Störung von planerischen exekutiven Funktionen oder des Gedächtnisses Kurz- und Langzeit vorhanden. Im Jahre 2002 habe hauptsächlich die psychische Beschwerdekongstellatlon zu einer Berentung geführt. Aus somatischer Sicht habe in den Gutachten 2007 und 2014 kein pathomorphologisches Substrat objektiviert werden können, welches die Beschwerden habe erklären können. Dies gelte auch in der aktuellen gutachterlichen Untersuchung: Die klinische Untersuchung weise auf keine körperliche Schädigung hin, die den muskulo-skelettalen Apparat dergestalt beeinträchtige, dass eine Belastungslimitierung vorliege. Einzig beständen leichte degenerative Veränderungen im Bereich des Achsenskeletts, betont Halswirbelsäule und Lendenwirbelsäule, welche jedoch das Schmerzbild nicht erklären könnten. In der körperlichen Untersuchung zeigten sich hingegen ein Schonverhalten und Inkonsistenzen (Angst vor Schmerzen, deutliche Unsicherheit und Angst vor Kontrollverlust am eigenen Körper). Ebenso seien funktionelle und vegetative Beschwerden objektivierbar, die körperlichen Beschwerden seien auf den ganzen Körper ausgeweitet. Insgesamt seien die Kriterien für eine Wide Spread Pain-Syndrom/Fibromyalgie erfüllt und könne keine massgebliche Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit durch die degenerativen Veränderungen oder durch das Unfallgeschehen attestiert werden. Zur diagnostischen Zuordnung führte er aus, die Kriterien für ein Fibromyalgiesyndrom seien erfüllt. Der Explorand weise ein ausgeprägtes Syndrom auf, wo insbesondere eine grosse Erschöpfung und Leistungsintoleranz bei Schlafstörungen ohne Erholungswert vorlägen. Ebenso seien funktionelle und vegetative Beschwerden vorhanden. Es beständen diffuse Körperbeschwerden, betont im Achsenskelett, insbesondere in der gelenknahen Muskulatur, welche den Tenderpoints entsprächen. Die Symptome einer Fibromyalgie seien beim Exploranden objektivierbar. Die den Schmerzen zugrundeliegenden subjektiv erlebten Schmerzen sowie die Ausprägung derselben könnten nicht mit einem somatischen morphologischen Korrelat erklärt werden. Die Muskel- und Gelenkschmerzen könnten keiner rheumatologisch entzündlichen oder degenerativen Krankheit zugeordnet werden, sondern seien im Rahmen des Widespread Pain-Syndroms/Fibromyalgie zu werten (act. 253 S. 27 f.). Zu den Ausschlusskriterien (BGE 141 V 281 E. 2.2) hielt er Folgendes fest: Inkonsistenzen der Bewegungsabläufe sowie der gezeigten aktiven und passiven Untersuchungen seien vorhanden (beschwerdefreies Hinsetzen, eine Stunde Sitzen ohne Gewichtsverlagerung und danach Aufstehen ohne Abstützen auf dem Stuhl). Es erfolge ein leicht verlangsames Entkleiden und Ankleiden, aber mit guter Beugung im Bereich der Lendenwirbelsäule und des Beckens. Auch Rotationsbewegungen der Halswirbelsäule und der Brust und der Lendenwirbelsäule seien beschwerdefrei möglich (mehrmals Kopf nicken oder zur Seite

schütteln). In der aktiven Bewegungsuntersuchung, insbesondere im Bereich des Achsenskeletts, werde ein deutlich geringeres Bewegungsausmass für Flexion, Lateralflexion und insbesondere Reklination demonstriert und die Hauptbeschwerden würden im thorakolumbalen Bereich angegeben. Bei der passiven Untersuchung sei ein muskuläres Gegenspannen, jedoch keine Funktionseinschränkung ersichtlich. Die demonstrierten sakkadierten Bewegungen verlangten grundsätzlich ein hohes Mass an Bewegungskontrolle und widersprächen einer neurologischen und primär muskulären Beschwerdesymptomatik. Die Waddell-Zeichen seien allesamt positiv. Damit könne die Diagnose eines Wide Spread Pain-Syndroms gestellt werden. Somatisch betrachtet bestehe der Verdacht auf eine Somatisierungsstörung bezüglich der Schmerzen. Zu den Ressourcen sei festzuhalten, dass der Explorand tendenziell eher passiv sei, wenig Tätigkeiten im eigenen Haushalt durchführe und keine ausserhäuslichen Tätigkeiten annehme. Die körperlichen Ressourcen könnten aber als altersentsprechend gewertet werden (act. 253 S. 29). Zur Arbeitsfähigkeit ergänzte Dr. M. _____, dass eine leichte bis mittelschwere Arbeit aus körperlicher Sicht zu 100% durchführbar sei. Nach dem Unfall habe während 6-12 Monaten eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bestanden. Eine darüber hinaus liegende Arbeitsunfähigkeit, auch im angestammten Bereich als Geographielehrer, sei aus somatischer Sicht nicht anzunehmen. Die Tätigkeit als Lagerarbeiter in einer Druckerei könne bis zu einer mittelschweren Tätigkeit mit Traglasten bis 15 kg, auch repetitiv, ohne Einschränkungen ausgeführt werden. Subjektiv bestehe eine Einschränkung der Erholungsfähigkeit und eine Minderung der Partizipation am Alltagsleben im Irak; die Lebensqualität sei jedoch gegeben (Bsp. warm Duschen bei Schmerzen). Schwere Tätigkeiten seien auszuschliessen aufgrund der degenerativen Veränderungen, der Selbstlimitation und der chronischen Schmerzstörung, welche sich bei muskulärer Überbelastung verstärke. Es bestehe damit eine Arbeitsfähigkeit von 100%, ohne zeitliche Einschränkungen pro Arbeitstag (act. 253 S. 29 f.).

E. 5.5.3

Dr. N. _____ führte im psychiatrischen Teilgutachten aus, es lägen keine Hinweise und/oder Befunde vor, die für eine depressive Störung sprechen. Der Explorand sei derzeit nicht durchgehend gedrückter Stimmung und nicht freudlos. Er habe keinen Interessenverlust, sei nicht vermindert im Antrieb, zeige keine Auffälligkeiten in Mimik und Gestik, auch seine Konzentration und Aufmerksamkeit seien intakt. Seine aktive Beziehungsgestaltung, seine Aufmerksamkeit, sein positiver Emotionswechsel im Kontakt zeigten, dass keine depressiven Symptome vorlägen. Es bestehe keine psychomotorische Agitiertheit oder Gehemmtheit. Die Angaben zur Lebenssituation im Irak ständen im Widerspruch zu den erhobenen Befunden und der Kontaktgestaltung mit dem Referenten: Er zeige im Kontakt mit dem Referenten und dem Dolmetscher keinerlei Gehemmtheit, Zurückgezogenheit oder Ablehnung, insgesamt keine Kontaktstörung. Gemäss Aktenlage bestehe beim Exploranden seit Jahren eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Deren Beginn werde ca. ein halbes Jahr nach dem Unfall situiert. Der Referent komme in Anbetracht der Aktenlage (Aufzählung der ärztlichen Berichte, die diese Diagnose enthalten; act. 253 S. 43 f.), des Verlaufs und unter Berücksichtigung der subjektiven Angaben und der Befunde zum Schluss, dass aktuell keine gravierende emotionale Störung (mehr) vorliege; die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei daher lediglich als Verdachtsdiagnose gerechtfertigt. Demgegenüber müsse aber (kritisch) auch festgehalten werden, dass der Explorand (gemäss eigenen Angaben und Akten bis 2011) immer wieder an depressiven Episoden gelitten habe und auch aus dem Irak berichtet

werde, er habe an depressiven Episoden, teilweise gravierenden Ausmasses, gelitten. Aktuell fänden sich diesbezüglich keine Hinweise (mehr). Heute liege beim Exploranden lediglich der Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor, die Depression müsse als remittiert beurteilt werden, hierbei spiele auch die vom rheumatologischen Gutachter besprochene fehlende Konsistenz eine Rolle. Hinsichtlich der posttraumatischen Belastungsstörung habe sich der Explorand nicht untersuchen lassen, das lasse noch nicht auf deren Vorliegen schliessen. Zudem berichte der Explorand nicht über Flashbacks. Zudem könne bei der Untersuchung keine Gefühlsabstumpfung, kein emotionaler Rückzug festgestellt werden, auch wenn der Explorand den Alltag so beschreibe. Wahrscheinlich habe früher eine posttraumatische Belastungsstörung bestanden, diese sei aber derzeit abgeklungen und in Bezug auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht mehr relevant. Eine Inkonsistenz sei darin zu sehen, dass der Beschwerdeführer zwar über Alpträume berichte und nicht über den Gefängnisaufenthalt und die dort stattgehabte Folter erzählen wolle, beim Berichten über die (nachfolgenden) Erlebnisse als Erwachsener im Kampf der S._____ jedoch keinerlei vegetative oder psychische Reaktionen zeige, und sich in der somatischen Untersuchung keinerlei Folterspuren fänden. Die Folterungen und eine allfällige frühere posttraumatische Belastungsstörung würden nicht grundsätzlich in Frage gestellt, eine derartige Symptomatik sei jedoch heute abgeklungen. Dr. H._____ habe eine Dysthymie diagnostiziert. Dazu sei festzuhalten, dass die berichtete, teils schwere depressive Symptomatik im Irak nicht durch eine sachgerechte Therapie bestätigt werde. Das Antidepressivum Fluoxetin müsste per definitionem kontinuierlich und ohne Unterbrüche eingenommen werden (dies entspreche nicht der beschriebenen Behandlung mit jeweils 40-50 Tagen Pause, weil das Medikament angeblich so stark sei). Zudem zeigten sich aktuell keinerlei Hinweise auf eine depressive Symptomatik: Die Dysthymie werde als chronisch depressive Verstimmung beschrieben. Anlässlich der aktuellen Untersuchung finde sich jedoch keine chronische depressive Verstimmtheit. Der Explorand wirke - entgegen seinen Angaben zu massiven Schlafproblemen - ausgeschlafen, in keiner Weise komplett erschöpft, vom Schlafentzug gezeichnet, gereizt, nervös und angespannt. Dazu kämen eine trockene Handfläche, ein kräftiger Händedruck, gut durchblutete Hände und keine anderen psychovegetativen Elemente einer inneren Stresssituation, inneren Angespanntheit. Die Diagnose Dysthymie könne heute, drei Jahre nach dem Gutachten von Dr. H._____, nicht bestätigt werden. Differenzialdiagnostische Überlegungen dazu seien: Der Explorand habe in seiner Kindheit/Adoleszenz nicht an irgendwelchen psychischen Symptomen gelitten. Auch habe er sich nach der Haft den S._____ anschliessen können, sei offenbar nicht derart traumatisiert gewesen, dass er sich nicht den kombattanten Gruppen angeschlossen habe und dort während zwei Jahren geblieben sei. Der Explorand habe zudem in der Schweiz arbeiten können (inkl. Weiterbildung und politische Betätigung) und sei ohne psychotherapeutisch/-pharmakologische Behandlung bis zum Unfall geblieben. Zur Persönlichkeit und zum sozialen Umfeld sei festzuhalten, dass der Explorand in seiner Familie lebe, von ihr gut unterstützt werde. Die Verwandten lebten in nächster Umgebung. Zur Therapie führte er aus, es könne nicht überprüft werden, inwiefern der Explorand die ihm verschriebenen Medikamente nehme; die Einnahme von Fluoxetin im beschriebenen Masse sei nicht nachvollziehbar. Die Behandlungen seien sonst angemessen und ausgeschöpft worden. Grundsätzlich sei eine psychotherapeutische Behandlung indiziert, diese könne im Irak aber nicht angeboten werden. Zur Konsistenz hielt er fest, dass die Angaben des Exploranden über die Symptome und Funktionseinbussen sowie

Ressourcendefizite nicht bestätigt werden könnten; vielmehr stünden sie in deutlichem Widerspruch zur Gemütsverfassung, Beziehungsgestaltung und zum eigenen Antrieb. Der früher beklagte Tinnitus werde heute mit keinem Wort erwähnt. In der Laboruntersuchung hätten die Serumwerte von Olanzapine und Fluctine (recte Fluoxetin [act. 253 S. 26]) nicht bestätigt werden können. Zu Beeinträchtigungen auf funktioneller Ebene führte er aus, dass keine Beeinträchtigung bestehe, sich an Regeln und Routinen anzupassen. Der Explorand habe sich in der Schweiz eingelebt, die deutsche Sprache erlernt und die Handelsschule abgeschlossen. Das Gleiche betreffe die Planungs- und Strukturierungsfähigkeit, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die Anwendung fachlicher Kompetenzen, die Kontakt- und Gruppenfähigkeit, die Spontanaktivität, die Selbstpflege, die Konzentrations- und Auffassungsgabe, die Aufmerksamkeit, die Ausdauer, Aktivität in der Freizeit, das Selbstvertrauen, die Entscheidungsfähigkeit, die Fähigkeit, Affekte adäquat auszudrücken, die Affekte anderer wahrzunehmen, Beziehungen aufrechtzuerhalten und Trennungen auszuhalten. Aus Sicht des Exploranden sehe dies ganz anders aus; dies widerspreche aber den Befunden. Aus gutachterlicher Sicht bestehe eine leichte Beeinträchtigung in der Durchsetzungsfähigkeit und Selbstbehauptung, weil der Explorand in der Vergangenheit immer wieder an depressiven Episoden gelitten habe. Ebenso sei die Frustrationstoleranz, die Fähigkeit, aktiv im Beruf zu sein, etwas durchzuhalten und affektiv belastbar zu sein, je nach Ausprägung der depressiven Symptomatik leicht- bis allenfalls mittelgradig eingeschränkt gewesen. Heute bestehe keine Einschränkung mehr. Das Selbstwertgefühl sei nicht mehr beeinträchtigt, in der Untersuchung habe er sich ausgeglichen gezeigt. Das Bewältigungsverhalten sei gemäss Aussage passiv, in der Befundung bestehe aber keine Antriebsstörung, keine Hoffnungslosigkeit, keine Passivität, keine passiv-aggressive Haltung. Die Genussfähigkeit sei derzeit gegeben, auch die Zuversicht. Die Selbsteinschätzung sei nicht realistisch. Die Erwartungshaltung sei nicht mehr positiv, der Explorand habe mit dem Erwerbsleben abgeschlossen, gehe aus eigener Überzeugung davon aus, nicht mehr arbeitsfähig zu sein. Es bestehe hier eine Selbstlimitierung und Fixierung auf die Symptomatik. Der Explorand wirke in der Untersuchungssituation bestimmt, nicht ängstlich zurückhaltend, unsicher oder gar paranoid, könne soziale Unterstützungen mobilisieren, wirke nicht vereinsamt, ganz auf sich bezogen, in sich verschlossen oder kaum zugänglich (act. 253 S. 43-48). Im Verlauf habe sich am 26. März 2002 noch das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung gezeigt und sei es immer wieder zu depressiven Episoden gekommen; aber die Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung habe sich zurückgebildet. Den genauen Zeitpunkt von heute aus festzulegen, wäre arbiträr. In Anbetracht der heutigen Befundlage sei es mit grosser Wahrscheinlichkeit rezidivierend zu depressiven Symptomen gekommen, aber nie habe eine Dysthymie vorgelegen, denn sonst müsste sie auch heute Symptome hervorrufen. Die Schmerzangaben seien über all die Jahre in etwa gleichgeblieben. Die psychische Befindlichkeit habe sich in den letzten Jahren (inkl. Schwankungen) insgesamt verbessert. Derzeit finde sich das Bild einer remittierten depressiven Episode. Zu möglichen Wechselwirkungen führte er aus, die depressive Symptomatik erschwere es dem Exploranden, die körperlich empfundenen Schmerzen zu bewältigen und umgekehrt. Vorliegend beständen einerseits somatisch begründete Funktionsstörungen, andererseits aber aggravatorische Elemente und Inkonsistenzen (act. 253 S. 48 f.). Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. N. _____ aus, noch 2007 (E. _____ -Begutachtung) sei aus psychiatrischer Sicht eine 50%-ige Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit festgestellt worden, wegen der depressiven Episode mittleren Grades, der gleichzeitig vorhandenen anhaltenden

somatoformen Schmerzstörung und der teilremittierten posttraumatischen Belastungsstörung. Dr. H. _____ habe 2014 keine Arbeits- und Leistungsunfähigkeit begründet gesehen. Bezüglich der Verbesserung der Befundlage verweise Dr. H. _____ auf den Arztbericht von Dr. T. _____ vom 29. Oktober 2008; bei diesem Bericht handle es sich allerdings um einen kursorischen Arztbericht mit wenig differenzierter Beurteilung der einzelnen Diagnosen (Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion [F43.1] und somatoforme Schmerzstörung [F45.4]); dieser sei nicht mit einem Gutachten vergleichbar. In Anbetracht der Befundlage und der Inkonsistenzen komme er betreffend Arbeits- und Leistungsfähigkeit zum gleichen Schluss wie Dr. H. _____. Allerdings habe dieser nicht mitberücksichtigt, dass es bei einer rezidivierend auftretenden affektiven Störung zu einer entsprechend schwankenden Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit komme und diese somit über die Jahre gesehen gemittelt werden müsse. Gemittelt sei eine 20%-ige Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in Bezug auf jegliche Tätigkeit als begründet zu erachten, d.h. der Explorand könne 6.5 Stunden täglich volle Leistung erbringen (ohne Leistungseinschränkung), mit erhöhter Erholungs- und Pausenzeit zu 20% (in der 20%-igen Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit realisiert). Diese Beurteilung gelte aus psychiatrischer Sicht für jegliche Tätigkeit. Zusammenfassend hielt er fest, er erachte unter Berücksichtigung aller Indikatoren, der Aktenlage, der Befunderhebung, der innerpsychischen und sozialen Ressourcen und unter Berücksichtigung der Inkonsistenzen und den invaliditätsfremden Belastungen, die durch das Wohnen in einem politisch höchst instabilen Umfeld hervorgerufen würden, die Arbeits- und Leistungsfähigkeit als zu 20% gemittelt eingeschränkt, in jeglicher Tätigkeit (act. 253 S. 50 f.).

E. 5.5.4

Zum zeitlichen Verlauf ergänzte er, dass die Wiedereingliederung nicht habe bewerkstelligt werden können; andererseits sei der Beschwerdeführer zu 50% berentet worden. 2007 sei eine 50%-ige Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestätigt worden (E. _____-Begutachtung). Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung 2014 sei gar keine Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit mehr attestiert worden. Es lägen aber Akten vor, die auf eine seit Jahren rezidivierende depressive Symptomatik hinwiesen (die letzten Dokumente stammten aus dem Irak). Die stop and go Einnahme von Fluoxetin sei jedoch nicht nachvollziehbar oder habe vielleicht finanzielle Gründe. Werde die Ausprägung der affektiven Störung gemittelt und berücksichtige man die negative Wechselwirkung mit allenfalls somatisch bedingten Schmerzen, so liege seit längerem eine 20%-ige Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit vor. Der genaue Zeitpunkt, ab wann nicht mehr von 50%, sondern von 20% Einschränkung auszugehen sei, sei mangels Akten nicht feststellbar. Solange der Beschwerdeführer in der Schweiz gewohnt habe, habe jedenfalls eine mittelgradige depressive Episode bestanden und sei auch eine zumindest teilremittierte PTBS festgestellt worden (2007). Beide Symptomenkomplexe seien heute nicht (mehr) feststellbar. Die Arbeitsfähigkeit habe sich, gemittelt, zwischenzeitlich nicht wesentlich verschlechtert oder verbessert. Dem Beschwerdeführer seien alle Tätigkeiten zumutbar. Zu vermeiden seien aber deutliche Überstunden, unregelmässige Arbeitszeiten, insb. Nachtschicht (zur Stärkung des zirkadianen Rhythmus insb. in Anbetracht der geltend gemachten Schlafprobleme). Es lägen keine interaktionellen Schwierigkeiten vor, welche einer arbeitsbezogenen Ressource an einem regulären Arbeitsplatz entgegenstünden (act. 253 S. 50 f.).

E. 5.5.5

Im Rahmen der Konsensbesprechung hielten die Gutachter fest, dass aus psychiatrischer Sicht beim Exploranden aufgrund der heutigen Untersuchungsbefunde eine remittierte, in der Vergangenheit rezidivierend auftretende depressive Episode (F33.4), der Verdacht auf eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung und eine remittierte posttraumatische Belastungsstörung vorlägen. Es zeige sich hinsichtlich der Frage der Konsistenz, dass die Angaben betreffend Medikamenteneinnahme bei der laborchemischen Untersuchung der Blutserumkonzentration von Olanzapine und Fluoxetine nicht hätten verifiziert werden können. Unter Berücksichtigung aller Indikatoren und den Hinweisen auf Inkonsistenzen müsse aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht, gemittelt, wie oben ausführlich dargelegt, angenommen werden, dass ab 2011 eine 20%-ige Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit vorliege. Bis 2011 habe die Beurteilung, wie im E. _____-Gutachten durch den Psychiater vorgenommen, Gültigkeit. Die spätere Beurteilung von Dr. H. _____ habe weniger den Verlauf, als das aktuelle Befundbild berücksichtigt, aus dem Dr. H. _____ eine volle Arbeitsfähigkeit abgeleitet habe. Hier liege eine Diskrepanz in Bezug auf die heutige Beurteilung durch den Referenten vor, der auch die Schwankungen der depressiven, also affektiven Störung, mit in die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit einfließen lasse. Diese seien über Jahre hinweg in der Schweiz dokumentiert und behandelt worden. Die Fortsetzung der psychopharmakologischen Behandlung sei bei einer Exazerbation der affektiven Problematik wieder indiziert. Aus rheumatologischer Sicht könne die Diagnose eines Wide Spread Pain Syndroms im Sinne einer Fibromyalgie-Symptomatik objektiviert werden. Hierfür seien die Kriterien gemäss "RS Jahr 2010" allesamt erfüllt. Das Wide Spread Pain-Syndrom füge sich ein in die psychiatrische Beurteilung einer Somatisierungsstörung. Durch den Arbeitsunfall vom 5. März 2001 oder eine andere Erkrankung im Bereich des Bewegungsapparates seien keine strukturellen oder morphologischen Schäden im Bereich des Achsenskeletts und der Muskulatur aufgetreten respektive könnten nicht objektiviert werden, um das Schmerz-Bild und Schmerzerleben erklären zu können. Die früheren rheumatologischen Beurteilungen im Jahre 2007 sowie 2014 könnten nachvollzogen werden und seien dadurch auch bestätigt. Somit könne aus rheumatologischer Sicht eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit zwölf Monate nach dem Unfallereignis für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit nach oben genannten Empfehlungen ausgeführt werden. Die Referenten seien im Rahmen der Konsensbesprechung nach eingehender Diskussion zum Schluss gekommen, dass die psychiatrische Beurteilung hinsichtlich der Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit massgebend sei (act. 253 S. 52).

E. 5.5.6

Zu den Standardindikatoren (vgl. E. 4.5) ist dem bidisziplinären Gutachten zu entnehmen, dass keine schwere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome vorliege: die rezidivierende depressive Störung werde aktuell als remittiert beurteilt, die anhaltend somatoforme Schmerzstörung könne mit keinem korrelierenden somatischen Befund in Verbindung gebracht werden und fusse auch nicht auf einer gleichzeitig festzustellenden komorbiden psychiatrischen Erkrankung; die früher attestierte posttraumatische Belastungsstörung gelte zwischenzeitlich ebenfalls als abgeklungen und remittiert. Eingliederungsversuche in der Schweiz seien gescheitert, der inzwischen im Irak wohnhafte Explorand sei dort aber eingebürgert. Im Irak werde er medikamentös behandelt, eine Psychotherapie sei nicht durchführbar, und die Einnahme des Antidepressivums sei

aufgrund der Laborergebnisse fraglich («Gesundheitsschädigung»; act. 253 S. 40/43 f./46). Zur Persönlichkeit hielt Dr. N. _____ fest, dass der Beschwerdeführer aktuell nicht leidend wirke, er zeige keine Gereiztheit, keine Niedergeschlagenheit, keine Nervosität oder Angespanntheit, auch nicht, wenn er über die familiären Kontakte spreche. Er werde von der Familie unterstützt, habe Brüder, Cousins, Neffen, Tanten und seine eigene Familie in nächster Umgebung. Ein Suchtleiden liege nicht vor (act. 253 S. 45 f.). Zum sozialen Kontext hielt der psychiatrische Gutachter weiter fest, dass die soziale Lage im Irak zwar schwierig sei, der Beschwerdeführer jedoch aus freien Stücken dorthin zurückgekehrt sei. Er sei in seiner Familie im Irak gut eingebunden (finanzielle Unterstützung durch Bruder; Besuche der Familie und von Bekannten) und könne sich fraglich gut entspannen. Diesbezüglich seien seine Angaben inkonsistent, insbesondere im Vergleich zwischen dem geltend gemachten Rückzug gegenüber Familie und Verwandten und der in der Begutachtungssituation festzustellenden affektiven Gestimmtheit, offenen, freundlichen und aufmerksamen Kontaktgestaltung mit dem Referenten (act. 253 S. 39/43; «Persönlichkeit und sozialer Kontext»). Der Gutachter hielt weiter fest, dass die Angaben des Exploranden über die Symptome und Funktionseinbussen sowie Ressourcendefizite nicht bestätigt werden könnten, vielmehr ständen sie in deutlichem Widerspruch zur Gemütsverfassung, Beziehungsgestaltung und zum eigenen Antrieb. Der früher beklagte Tinnitus werde heute mit keinem Wort erwähnt. In der Laboruntersuchung hätten die Serumwerte von Olanzapine und Fluoxetine nicht bestätigt werden können (act. 253 S. 46). Auch Dr. M. _____ hielt in der rheumatologischen Begutachtung fest, Inkonsistenzen der Bewegungsabläufe sowie der gezeigten aktiven und passiven Untersuchungen seien vorhanden: Beschwerdefreies Hinsetzen, eine Stunde Sitzen ohne Gewichtsverlagerung und danach Aufstehen ohne Abstützen auf dem Stuhl, leicht verlangsamtes Entkleiden und Ankleiden, aber mit guter Beugung im Bereich der LWS und des Beckens, auch Rotationsbewegungen der HWS und der Brust und der LWS seien beschwerdefrei möglich (mehrmaliges Kopfnicken oder zur Seite schütteln). In der aktiven Bewegungsuntersuchung, insbesondere im Bereich des Achsenskeletts werde ein deutlich geringeres Bewegungsausmass für Flexion, Lateralflexion und insbesondere Reklination demonstriert und die Hauptbeschwerden würden im thorakolumbalen Bereich angegeben, es sei ein muskuläres Gegenspannen bei der passiven Untersuchung feststellbar, jedoch keine Funktionseinschränkung ersichtlich, die demonstrierten sakkadierten Bewegungen verlangten ein hohes Mass an Bewegungskontrolle und widersprächen einer neurologischen und primär muskulären Beschwerdesymptomatik, die Waddell-Zeichen als Zeichen der Symptomausweitung seien allesamt positiv ("5/5"; act. 253 S. 21/23/27; «Konsistenz»). Ein Leidensdruck durch erhöhte Inanspruchnahme von therapeutischen Behandlungen sei vorliegend nicht erkennbar. Zwar mache der Beschwerdeführer geltend, dass eine psychotherapeutische Behandlung im Irak nicht möglich sei, jedoch habe er aufgrund der Aktenlage Zugang zu ärztlicher Behandlung nach Bedarf ("Er gehe, wenn nötig, in [...] zu einem Psychiater"; act. 253 S. 37). Den ärztlichen Berichten aus dem Irak ist zu entnehmen, dass er wöchentlich Physiotherapie erhalte und einmal monatlich das Spital in (...) wegen seiner somatischen Beschwerden und ebenfalls einmal monatlich (bzw. nach Bedarf) den Psychiater aufsuche (B-act. 15 Beilagen 1 und 2). Andererseits enthalten die Begutachtungsergebnisse Hinweise auf eine eingeschränkte Compliance.

E. 5.6

Festzuhalten ist, dass das bidisziplinäre Gutachten auf einer Berücksichtigung der medizinisch relevanten Vorakten beruht, eine eingehende Anamnese pro Fachgebiet

enthält, auf einer eingehenden klinischen Untersuchung mit Angabe der erhobenen Befunde beruht, die Diagnosen mit und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nennt, Differenzialdiagnosen prüft, eine eingehende und kritische Beurteilung der Auswirkungen der Erkrankungen auf die Arbeitsfähigkeit enthält, in seiner Würdigung die Standardindikatoren gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts diskutiert und auch eine Auseinandersetzung mit abweichenden ärztlichen Beurteilungen enthält. Das Gutachten korrigiert die im Rückweisungsurteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 21. Dezember 2011 genannten Mängel (Notwendigkeit einer erneuten psychiatrischen Begutachtung, Prüfung der Standardindikatoren, ungenügender Hinweis auf Ausschlussgründe, ungenügende Ressourcenklärung, fehlende Aktualität des E._____-Gutachtens), erfüllt die bundesgerichtlichen Anforderungen an Sachverständigengutachten (vgl. E. 4.4.1) und erscheint in sich schlüssig sowie nachvollziehbar, womit es volle Beweiskraft aufweist.

E. 5.7

Der Beschwerdeführer rügt in verschiedener (formeller und materieller) Hinsicht die Aussagekraft des bidisziplinären Gutachtens:

E. 5.7.1

Einleitend rügt er in formeller Hinsicht, dass Dr. N.____ die verlangte Gutachtensstruktur nicht befolgt habe, indem einleitende Angaben zum Anlass und den Umständen der Begutachtung, zur Übersicht der verwendeten Quellen sowie zum Aktenauszug fehlten (B-act. 1 Rz. 2.51): Festzustellen ist, dass das bidisziplinäre Gutachten einen gemeinsamen einführenden Teil mit Erläuterungen zum Gutachtensauftrag (Teil A), eine beide Fachbereiche betreffende Aktenauflistung inkl. Wiedergabe der zentralen Inhalte (Teil B) und daran anschliessend das Rheumatologische Fachgutachten (Teil C) sowie das Psychiatrische Fachgutachten (Teil D) enthält. In dieser Vorgehensweise ist kein Qualitätsnachteil zu erblicken, zumal Dr. N.____ in der Folge eine eingehende Anamneseerhebung vornimmt (1. Aktuelles Beschwerdespektrum, 2. Bisherige Psychotherapie / Andere Therapie / Medikamente / Noxen, 3. Sozialer Kontext, 4. Heredität und Anamnese, 5. Berufliche Anamnese, 6. Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit, Zukunftssicht, Erfahrungen mit Eingliederungsmassnahmen oder Arbeitsversuchen). Hinzuweisen bleibt auf die Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie SGPP (Stand: 17.10.2016; nachfolgend Qualitätsleitlinien), die den Hinweis enthalten, dass die Regel, dass der psychiatrische Fachgutachter den Aktenauszug selber erstelle, nur für monodisziplinäre Gutachten gelte (Ziff. 2). Prima facie ist auch keine mangelnde Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit in der psychiatrischen Begutachtung ("Auf jeden Fall spricht dies nicht für die Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit des Gutachtens"; B-act. 1 Ziff. 2.5.2) darin zu erkennen, dass die Anamneseerhebung die Abschnitte 2-4 zweimal enthält (Ziff. 2-4 doppelt: erste Ausführung ab S. 34, zweite, praktisch identische Ausführung ab S. 37 [von Ziff. 4 ist in der 2. Ausführung jedoch nur der 1. Abschnitt vorhanden]).

E. 5.7.2

Der Beschwerdeführer rügt weiter den - ausdrücklich abgelehnten - Beizug eines Übersetzers in der psychiatrischen Begutachtung. Dieser habe den Beschwerdeführer als Mitglied der Partei U.____ erkannt, letzterer wiederum den Übersetzer als Anhänger der V.____-Bewegung. Der Beschwerdeführer habe sich deshalb nicht in der Lage gesehen, über sämtliche Umstände seines (Privat-) Lebens im Irak sowie seiner Erkrankung in

Anwesenheit des Dolmetschers Auskunft zu geben (B-act. 1 Rz. 2.5.1). Die Ablehnung des Übersetzers wurde bereits im Vorfeld der Begutachtung ohne Angabe von Gründen beantragt (act. 241 S. 2). Auf Rückfrage der IVSTA hin äusserte Dr. N._____ die Überzeugung, dass aus psychiatrisch/medizinischer Sicht abgesichert sein müsse, dass der Versicherte alle Fragen genau verstehe und auch spontan dazu antworten könne. Darüber hinaus habe der Gutachter die Erfahrung gemacht, dass ein Gutachten nicht anerkannt worden sei, weil kein Dolmetscher zur Verfügung gestellt worden sei (act. 243). Die Qualitätsleitlinien verweisen hierzu auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung in BGE 140 V 260 E. 3.2.3. Dieses Urteil äussert sich primär zur Frage, ob Familienangehörige und/oder Dritte als Übersetzer zum psychiatrischen Untersuchungsgespräch zuzulassen seien. Das Bundesgericht führt ungeachtet dessen aus, dass eine Übersetzungshilfe beizuziehen sei, sofern sprachliche Schwierigkeiten beständen und das Untersuchungsgespräch nicht in der Muttersprache des Exploranden geführt werden könne (E. 3.2.1). In einem weiteren Urteil führte es aus, im Rahmen psychiatrischer Abklärungen komme der bestmöglichen Verständigung zwischen Gutachter und versicherter Person besonderes Gewicht zu, weshalb auf beiden Seiten vertiefte Sprachkenntnisse unabdingbar seien. Indes gelte es zu beachten, dass bei medizinischen Begutachtungen im Allgemeinen und im Rahmen psychiatrischer Explorationen im Besonderen nicht nur die Sprachkenntnisse der dolmetschenden Person, sondern auch andere Faktoren erheblich ins Gewicht fielen, die einer Prüfbarkeit nur beschränkt zugänglich seien (beispielsweise Kenntnisse und Verständnis kulturspezifischer Phänomene [insbesondere auch des Krankheitsverständnisses]; Geschlechtsunterschiede; Lebensalter; soziale Stellung; medizinische Kenntnisse). Gerade bei psychiatrischen Beurteilungen komme zudem den nonverbalen Äusserungen (Mimik, Gestik) sowie der Spontaneität und dem Tonfall der Explorandin oder des Exploranden im Gesprächsverlauf eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zu (Urteil des EVG I 77/07 vom 4. Januar 2008 E. 5). Deren Bewertung bleibt freilich in der ausschliesslichen Verantwortung des Gutachters (BGE 140 V 260 E. 3.2.1 in fine). In einem neueren Urteil hielt das Bundesgericht schliesslich fest, dass der Gutachter grundsätzlich im Rahmen sorgfältiger Auftragserfüllung zu entscheiden habe, ob eine medizinische Abklärung in der Muttersprache des Exploranden oder der Explorandin oder ob der Beizug eines Übersetzers im Einzelfall geboten sei. Besonderes Gewicht kommt der bestmöglichen Verständigung zwischen Gutachter und versicherter Person im Rahmen von psychiatrischen Abklärungen zu. Dort setze eine gute Exploration auf beiden Seiten vertiefte Sprachkenntnisse voraus. Sei der Gutachter der Sprache des Exploranden nicht mächtig, erscheine es medizinisch und sachlich geboten, dass er eine Übersetzungshilfe beizieht (Urteil des BGer 9C_362/2020 vom 21. Oktober 2020 E. 3.3.1 m.H.; publiziert in SVR 2021 IV Nr. 18). Auch den Qualitätsleitlinien ist zu entnehmen, dass der Gutachter darüber entscheide, ob Dritte (damit letztlich auch professionelle Übersetzer) an der Untersuchung teilnehmen oder nicht (S. 14). Dies hat auch vorliegend zu gelten. Nicht zu erkennen ist aus dem psychiatrischen Gutachten zudem, inwiefern der Beizug eines Dolmetschers den Aussagewert des psychiatrischen Gutachtens negativ beeinflusst habe. Das Vorbestehen einer posttraumatischen Belastungsstörung und depressiver Episoden wurde im Grundsatz nicht verneint und die Bejahung von Ausschlussgründen nicht vordergründig darauf abgestützt. Dem Gutachten sind auch keine Hinweise (sowohl des Gutachters als auch des Beschwerdeführers) darauf zu entnehmen, dass die Anwesenheit eines Dolmetschers den Beschwerdeführer in seinen Aussagen mit politischem Hintergrund gehemmt oder gehindert hätte (s. Psychiatrisches Gutachten: Ziff. 1 "Auf Befragung"; Ziff.

4 "Zum Unfall" [2. Abschnitt] und "Auf Befragung"; Ziff. 5 "Berufliche Anamnese"). Der Gutachter hielt vielmehr fest, der Beschwerdeführer zeige im Kontakt mit dem Referenten und dem Dolmetscher keinerlei Gehemmtheit, Zurückgezogenheit oder Ablehnung, insgesamt keine Kontaktstörung (vgl. oben E. 5.5.3 in initio), was vom Beschwerdeführer nicht bestritten wird. Ergänzend ist auf die Anmerkung im "Psychiatrischen Befund" (Ziff. 7 des psychiatrischen Gutachtens) hinzuweisen, wonach der Explorand affektiv schwingungsfähig sei, sowohl gegenüber dem Referenten wie auch gegenüber dem Übersetzer. "Dies zeigt sich auch in der Wartzone, wo er sich unbeschwert mit dem Dolmetscher unterhält" (doc. 253 S. 39). Der Beschwerdeführer kann daher aus dem Beizug eines Dolmetschers nichts zu seinen Gunsten ableiten.

E. 5.7.3

Schliesslich rügt er indirekt (anhand des Antrags auf Rückweisung zur stationären psychiatrischen Begutachtung), dass das psychiatrische Teilgutachten nicht überzeugen könne, weil es nicht auf einer stationären Untersuchung beruhe. Inwiefern die psychische Situation des Beschwerdeführers aufgrund seiner ambulanten Untersuchung, die 100 Minuten gedauert habe (vgl. zur Dauer einer rechtsgenügenden psychiatrischen Untersuchung: Urteil des BGer 8C_264/2020 vom 17. August 2020 E. 3.2.3.2), nicht genügend zur Geltung gekommen sei, führt der Beschwerdeführer nicht ansatzweise aus. Die Qualitätsleitlinien enthalten keine Empfehlungen dazu, ob eine Begutachtung in ambulantem oder stationärem Setting erfolgen solle. Der Beschwerdeführer gab schliesslich selber zu Protokoll, er habe aus subjektiver Sicht genügend Zeit gehabt, über seine Beschwerden zu berichten, es seien keine wichtigen Themen ausgelassen worden (act. 253 S. 40).

E. 5.7.4

In materieller Hinsicht rügt der Beschwerdeführer, dass Dr. M._____ zwar ein ausgeprägtes Wide Spread Pain-Syndrom bzw. Fibromyalgie-Syndrom bestätige, entsprechende Symptome der Patienten aufliste, beim Beschwerdeführer dennoch schliesse, diese Beschwerden hätten keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (B-act. 1 Rz 2.4.2). Bei dieser Kritik blendet der Beschwerdeführer aus, dass der Gutachter explizit darauf hingewiesen hatte, dass zum einen die Symptome einer Fibromyalgie beim Exploranden objektivierbar seien, die den Schmerzen zugrundeliegenden subjektiv erlebten Schmerzen sowie die Ausprägung derselben jedoch nicht mit einem somatischen morphologischen Korrelat erklärt werden könnten. Zum andern zeigten sich in der körperlichen Untersuchung ein Schonverhalten und Inkonsistenzen (Angst vor Schmerzen, deutliche Unsicherheit und Angst vor Kontrollverlust am eigenen Körper) und seien ebenso funktionelle und vegetative Beschwerden objektivierbar gewesen; deshalb könne nicht von einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden.

E. 5.7.5

Der Beschwerdeführer moniert weiter, der Gutachter habe zu den aktenkundigen Berichten der irakischen Ärzte nicht Stellung genommen, sondern nur festgehalten, sein Befund stehe im Widerspruch zu diesen Berichten: Auch diese Kritik greift zu kurz: Der Gutachter hat zu Recht darauf hingewiesen, dass die Berichte der behandelnden Ärzte in weiten Teilen subjektive Angaben des Beschwerdeführers wiedergeben ("er beklagt"). Die Berichte enthalten auch keine eigene Befundung/klinische Untersuchung und setzen sich nicht mit den Vorakten und gegenteiligen Berichten auseinander. Hinzu kommt, dass nach ständiger

Praxis in der Rechtsprechung Berichten der behandelnden Ärzte erfahrungsgemäss herabgesetzter Beweiswert zukommt (vgl. E. 4.4.2). Damit setzt sich der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdeargumentation nicht ansatzweise auseinander.

E. 5.7.6

Zu den geltend gemachten Schlafproblemen führte bereits Dr. I. _____ in seinem Teilgutachten vom 20. Mai 2014 aus, er könne für die Schlafstörungen und Müdigkeit "keinen korrelierenden somatisch pathologischen Befund objektivieren" (act. 139 S. 14). Dr. M. _____ ergänzte in seiner Begutachtung vom 19. Januar 2018, der Explorand wirke ausgeschlafen, in keiner Weise komplett erschöpft, vom Schlafentzug quasi gezeichnet oder gereizt, nervös und angespannt. Er zeige auch keine anderen psychovegetativen Elemente, die auf eine innere Stresssituation oder innere Angespanntheit hinwiesen (act. 253 S. 39/45). Ergänzend ist festzuhalten, dass die von Dr. W. _____, Psychiater, in seinem Bericht vom 3. Januar 2019 bestätigte Medikation (B-act. 1 Beilage 9) mit Olanzapine (Neuroleptikum zur Behandlung der Schizophrenie) und Fluoxetine (Antidepressivum) keine Schlafmittel enthält. Auch die von Dr. X. _____, Y. _____ Center in (...), mit Bestätigung vom 17. Juli 2019 aufgeführte Medikation (B-act. 15 Beilage 1) nennt keine Schlafmittel: Ponstan (Schmerzmittel), Norgesic (Kombination aus Muskelrelaxans, Schmerzmittel und Koffein), Panadol (Schmerzmittel), Olfen Gel (Entzündungshemmer/Schmerzmittel), Aprazole (Protonenpumpenhemmer) und Aprovel (Blutdrucksenker). Das rheumatologische Gutachten von Dr. M. _____ nennt (anamnestisch) ergänzend Mefenacid (Schmerzmittel/Entzündungshemmer) und Orphenadrin Citrat (Muskelrelaxans) (act. 253 S. 19), jedoch keine Arzneimittel mit der Indikation Schlafstörung. Von einer schweren Schlafstörung, die gutachterlich nicht beachtet worden sei (B-act. 1 Ziff. 3.2), ist daher insgesamt nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszugehen.

E. 5.7.7

Gegen eine adäquate Einnahme der verschriebenen Antidepressiva spricht zum einen, dass die anlässlich der Begutachtung am 19. Januar 2018 erhobenen Blutwerte eine unter den als Normalwerte definierte Konzentration an Fluoxetin zeigten (act. 253 S. 26). Zum anderen wird - worauf der psychiatrische Gutachter zutreffend hinweist (act. 253 S. 45 f.) - Fluoxetin gemäss seiner Fachinformation nicht in Intervallen (vier Wochen Einnahme, danach 4-5 Wochen Pause, weil das Medikament so stark sei [act. 253 S. 45]) eingenommen, ist auch ein Abbruch wegen möglicher Nebenwirkungen (bspw. bei Eintritt in eine manische Phase) nicht geltend gemacht worden und bleibt die vorliegend ärztlich bestätigte Dosis von 20 mg (Gutachten vom 19.1.2018 [act. 253 S. 34]) oder 40 mg (Arztbericht vom 3.1.2019 [B-act. 1 Beilage 9]) innerhalb der vorgeschriebenen Tagesdosis von 20 bis max. 80 mg (vgl. <https://compendium.ch/product/1168121-fluoxetin-sandoz-eco-kaps-20-mg/mpro>, besucht am 20.08.2021). Deshalb ist auch nicht von der Verschreibung einer (deutlich) erhöhten Dosis durch den behandelnden Arzt auszugehen. Insgesamt ist daher nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von der therapeutisch relevanten Einnahme der ärztlich verordneten Antidepressiva auszugehen, worauf die Gutachter zutreffend hingewiesen haben.

E. 5.7.8

Der Beschwerdeführer moniert weiter, dass der Beschwerdeführer bis zu seiner Rückkehr in den Irak gutachterlich als zu 50% arbeitsunfähig erachtet worden sei, jedoch Dr. N._____ - obwohl der Beschwerdeführer in den Irak mit prekären Lebensumständen und mangelnder medizinischer Behandlung zurückgekehrt sei, wo es lange an einer angemessenen Behandlung gefehlt habe - von einer wesentlichen Besserung des Gesundheitszustandes ausgegangen sei und dies insbesondere nicht eingehender erläutert habe (B-act. 1 Rz. 2.5.3). Diesbezüglich ist auf den ausführlichen und nicht pathologisch geprägten Psychostatus im psychiatrischen Teilgutachten zu verweisen (E. 5.5.3 in initio). Der Referent wies zusätzlich auf Unstimmigkeiten in der Sachverhaltsdarstellung (Lebenssituation im Irak, fehlende Konsistenz in der rheumatologischen Begutachtung, Inkonsistenz zwischen Nichtschilderung Gefängnisaufenthalt und unbelasteter Schilderung der Ereignisse als S._____, anzuzweifelnde [weil deutlich nicht therapiekonforme] Einnahme eines starken Antidepressivums). Letztlich überzeugen die Ausführungen des Gutachters: die Rückkehr des Beschwerdeführers in den Irak im Jahre 2012 lässt sich prima vista nicht vereinbaren mit einer andauernden schweren depressiven Erkrankung und einer posttraumatischen Belastungsstörung infolge erlittener Foltertraumata im Irak und in der Türkei. Dr. N._____ weist zutreffend darauf hin, dass weitere aktenkundige psychiatrische Berichte Hinweise auf eine Remittierung beider Diagnosen enthalten: Bereits Mitte 2007 habe der psychiatrische Gutachter der E._____ eher verbesserte Untersuchungsergebnisse festgehalten, speziell die posttraumatische Belastungsstörung scheine inzwischen wesentlich weniger im Vordergrund zu stehen. Es sei von einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht auszugehen (act. 61). Med. pract. T._____ hielt in seinem Bericht vom 29. Oktober 2008 als Diagnosen (nur) noch eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (F43.21) sowie eine somatoforme Schmerzstörung (F45.4) fest und führte dazu aus, unter medikamentöser Behandlung und Einzelsetting bestehe nur eine leichte depressive Symptomatik. Der Patient unternehme in den letzten Monaten deutlich mehr, treffe sich regelmässig mit Kollegen, gehe in andere Städte, um Kollegen zu treffen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30% bis 50% (act. 75). Dr. H._____ ging gar davon aus, es liege keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit mehr vor (act. 142). Nicht abgestellt werden kann auf die Berichte der Hausärztin, die dem Beschwerdeführer noch am 1. April 2012 einen "immer gleichen" Gesundheitszustand attestierte, weiterhin von einer mittelschweren Depression mit PTBS ausging und eine Arbeitsfähigkeit verneinte (act. 93).

E. 5.7.9

Der Beschwerdeführer moniert weiter, dass Dr. N._____ keine Testungen durchgeführt habe, die den Psychostatus "bestätigten" (B-act. 1 Ziff. 2.5.4). Dem Teilgutachten ist zu entnehmen, dass sich Dr. N._____ in der Befunderhebung auf das (klassische) System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (2016) abstützte, das in den Qualitätsleitlinien zur Anwendung empfohlen wird (Rz. 4.3.1). Dieses beinhaltet Instrumente zur standardisierten Erfassung des psychopathologischen Befundes, körperlicher Symptome und Anamnese-Daten bei psychisch Kranken. Es findet international Anwendung (<https://www.amdp.de/#!/das-amdp-system>; besucht am 19.8.2021). Zu Zusatzuntersuchungen enthalten die Qualitätsleitlinien den Hinweis, dass je nach Symptomatik der Einsatz von psychodiagnostischen Instrumenten (Selbst- und Fremdrating, Fragebögen, mehr oder weniger strukturierte Interviews) sinnvoll sein könne. Die psychodiagnostisch gewonnenen Resultate könnten nur zur Ergänzung der eigentlichen Exploration dienen. Die klinische Untersuchung sowie die Beurteilung von Konsistenz und

Validität blieben Grundlage dafür, ob die psychodiagnostisch gewonnenen Resultate plausibel seien (Rz. 4.3.2). Vorliegend hat Dr. N. _____ auf Tests verzichtet, jedoch zur Würdigung der Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen eine Tabelle benutzt und darüber hinaus apparative sowie Laboruntersuchungen vornehmen lassen. In diesem Vorgehen ist keine Begutachtung contra legem artis zu erkennen. Die laborchemische Kontrolle der Serumkonzentration von Olanzapine und Fluctine (recte: Fluoxetine) hat zudem gezeigt, dass die Aussagen zur Medikamenteneinnahme nicht objektiviert werden können (act. 253 S. 46). Aus dem Verzicht auf zusätzliche Testungen ist daher nicht auf eine mangelnde Aussagequalität des Gutachtens zu schliessen.

E. 5.7.10

Die kritisierte Berücksichtigung einer Arbeitsfähigkeit von 80%, obwohl gutachterlich gleichzeitig von einer vollständigen Remission ausgegangen werde (B-act. 1 Rz. 2.5.11), greift wiederum zu kurz. Dr. N. _____ führte in seinem Teilgutachten schlüssig und überzeugend aus, dass bereits Dr. H. _____ von der Wiedererlangung einer vollständigen Arbeitsfähigkeit ausgegangen sei. Allerdings habe dieser nicht mitberücksichtigt, dass es bei einer rezidivierend auftretenden affektiven Störung (wie sie beim Beschwerdeführer mit grosser Wahrscheinlichkeit vorgelegen habe, derzeit aber remittiert sei) zu einer entsprechend schwankenden Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit komme und diese somit über die Jahre gesehen gemittelt werden müsse. Gemittelt sei eine 20%-ige Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in Bezug auf jegliche Tätigkeit als begründet zu erachten. Das heisse, der Beschwerdeführer könne während 6.5 Stunden täglich volle Leistung erbringen, mit erhöhter Erholungs- und Pausenzeit während der restlichen Zeit (zu 20%). Diese Beurteilung gelte aus psychiatrischer Sicht für jegliche Tätigkeit (act. 253 S. 50). Die vom Beschwerdeführer genannte Diskrepanz löst sich damit schlüssig auf.

E. 5.8.1

Anzufügen bleibt, dass das Bundesverwaltungsgericht bereits mit Rückweisungsurteil vom (...) darauf hingewiesen hatte, dass mit dem bidisziplinären Gutachten der Dres. H. _____ und I. _____ ein gewichtiges Indiz für einen verbesserten Gesundheitszustand und ein verbessertes Leistungsvermögen bestehe (act. 193 S. 28). Zutreffend hat (auch) der ärztliche Dienst der Vorinstanz festgehalten, dass das aktuelle bidisziplinäre Gutachten letztlich die Ergebnisse der Begutachtung durch die Dres. H. _____ und I. _____ von 2014 in seinen Grundzügen bestätige (act. 262). Damit ist der Hinweis des Beschwerdeführers auf eine (zu seinen Ungunsten ausfallende) Momentaufnahme, die Dr. N. _____ im Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung angetroffen habe, nicht überzeugend, zumal ein psychisches Krankheitsgeschehen erfahrungsgemäss nicht täglichen Fluktuationen ("positive Momentepisode") unterliegt (B-act. 1 Rz. 2.5.9, 3.2). Der Bestätigung eines im Rahmen der Untersuchung festgestellten Verlaufs dient im Übrigen auch die Prüfung der Standardindikatoren nach BGE 141 V 281; die Indikatoren bestätigen vorliegend ebenfalls eine deutliche Besserung der Beschwerden (vgl. E. 5.5.6).

E. 5.8.2

Soweit der Beschwerdeführer (wiederholt) auf die schwierige Lage in (...) hinweist, handelt es sich hierbei um IV-rechtlich irrelevante Elemente der Beurteilung. Auch die Arbeitsmarktsituation im Irak bzw. die für den Beschwerdeführer "nicht rosige wirtschaftliche Perspektive" ist für das vorliegende Beschwerdeverfahren nicht von Belang,

zumal für die Beurteilung der Zumutbarkeit eines Erwerbs in angepasster Tätigkeit nicht auf die Arbeitssituation im Irak, sondern auf den ausgeglichenen Arbeitsmarkt abzustellen ist (Urteil des BGer 8C_458/2018 vom 23. Oktober 2018 E. 4.2). Der Beschwerdeführer ist bereits vor seiner Rückkehr in den Irak keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen. Der Vergleich von Validen- und Invalideneinkommen, der auf demselben Arbeitsmarkt basierend zu erfolgen hat, durfte deshalb auf schweizerische Verhältnisse abstellen (Urteil des BGer 9C_538/2010 vom 30. Dezember 2010 E. 5.2.3.2).

E. 5.8.3

Zutreffend hat die Vorinstanz auch festgehalten, dass infolge fehlenden subjektiven Eingliederungswillens ("Die Erwartungshaltung ist nicht mehr positiv, der Explorand hat mit dem Erwerbsleben abgeschlossen, geht aus eigener Überzeugung ganz davon aus, nicht mehr arbeitsfähig zu sein"; act. 253 S. 48) keine Eingliederungsmassnahmen zu prüfen seien und die Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als gegeben zu beurteilen ist. Die Vorinstanz war damit befugt, die Invalidenrente ohne Weiterungen aufzuheben (Urteil des BGer 9C_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3).

E. 6.1

Es kann damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geschlossen werden, dass sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers insbesondere in psychiatrischer Hinsicht deutlich gebessert hat und ihm die Ausübung der früheren Tätigkeit und einer den funktionellen Einschränkungen angepassten Tätigkeit wieder zu 80% möglich ist, was - gestützt auf einen Prozentvergleich - einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 20% ergibt. Es bleibt nachfolgend zu prüfen, auf welchen Zeitpunkt hin die mit Verfügung vom 4. März 2009 gewährte halbe Invalidenrente aufzuheben ist.

E. 6.2

Die Vorinstanz hielt in der angefochtenen Verfügung fest, dass mit dem bidisziplinären Gutachten vom 23. Januar 2018 die - mit Revisionsverfügung vom 4. Februar 2015 in Anwendung von Art. 88bis Abs. 2 Bst. a IVV auf den 1. April 2015 angeordnete - Rentenaufhebung bzw. eine deutliche Besserung des Gesundheitszustandes auf diesen Zeitpunkt hin bestätigt worden sei, weshalb vorliegend die rückwirkende Rentenaufhebung per 1. April 2015 angeordnet werde.

E. 6.3

Das Bundesgericht hat wiederholt festgehalten, dass die Rentenherabsetzung oder -aufhebung in der Regel auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats (Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV) erfolge. Massgeblich sei jene Verwaltungsverfügung, mit welcher die Herabsetzung oder Aufhebung erstmals verfügt worden sei. Müsse infolge eines Rückweisungsentscheids eine neue Verfügung erlassen werden, könne damit die ursprüngliche Rentenherabsetzung resp. -aufhebung (samt Wirkungszeitpunkt) rückwirkend bestätigt werden. Vorbehalten bleibe der Fall, dass die IV-Stelle mit dem Erlass der angefochtenen (ersten) Revisionsverfügung, ohne formell hinreichende Abklärung der Revisionsvoraussetzungen, rechtsmissbräuchlich einen möglichst frühen Revisionszeitpunkt provoziert habe (vgl. Urteil des BGer 9C_540/2020 vom 18. Februar 2021 E. 4.6.2 m.w.H. [publiziert in SVR 8-9/2021 IV Nr. 54]).

E. 6.4

Vorliegend erliess die IVSTA als Folge des Rückweisungsentscheids des Bundesverwaltungsgerichts vom (...) am 30. November 2018 einen neuen Entscheid, in welchem sie die Anordnungen der Revisionsverfügung vom 4. Februar 2015 (im Ergebnis) und die Rentenaufhebung per 1. April 2015 bestätigte. Dieses Vorgehen ist mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vereinbar, zumal vorliegend nicht erkennbar wäre, dass die IVSTA mit dem Erlass der Revisionsverfügung vom 4. Februar 2015 rechtsmissbräuchlich einen möglichst frühen Revisionszeitpunkt habe provozieren wollen. Dem damaligen Entscheid gingen mit der bidisziplinären Begutachtung durch die Dres. H. _____ und I. _____ (Gutachten vom 20. Mai 2014) eingehende medizinische Abklärungen voraus. Damit erweist sich die Rentenaufhebung per 1. April 2015 als rechtens und ist vorliegend zu bestätigen.

E. 7

Damit ist die Verfügung vom 30. November 2018 zu bestätigen und die Beschwerde vom 16. Januar 2019 abzuweisen. Weitere Abklärungen in medizinischer Hinsicht sind aufgrund der mehrfach und vorliegend abschliessend geklärten gesundheitlichen Situation nicht nötig und der entsprechende Antrag ist in antizipierter Beweiswürdigung abzuweisen.

E. 8

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 8.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da dem unterliegenden Beschwerdeführer am 28. Mai 2019 (B-act. 11) die unentgeltliche Rechtspflege gewährt worden ist, sind ihm keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der obsiegenden Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Dem unterliegenden Beschwerdeführer steht infolge Gutheissung des Gesuchs um unentgeltliche Verbeiständung ein amtliches Honorar aus der Gerichtskasse zu. Der Beschwerdeführer hat mit Kostennote vom 22. Juli 2019 einen Aufwand von Fr. 2'181.- (9 Stunden und 5 Minuten zu Fr. 220.-, Spesen/Kopien/Porto von Fr. 27.10 und Mehrwertsteuer zu 7.7% von Fr. 155.90) geltend gemacht. Die ausgewiesenen Kosten erscheinen als angemessen und sind mit Ausnahme der Mehrwertsteuer, die aufgrund des Wohnsitzes des Beschwerdeführers im Irak nicht geschuldet ist (vgl. bspw. Urteil des BVGer C-822/2011 vom 12. Februar 2013 E. 8.2.4 m.H.), entsprechend mit Fr. 2'025.10 zu entschädigen (Art. 65 Abs. 2 VwVG). Gelangt der Beschwerdeführer später zu hinreichenden Mitteln, so ist er verpflichtet, dieses Honorar an das Bundesverwaltungsgericht zu vergüten (Art. 65 Abs. 4 VwVG).