

# **BVGer C-6120/2023 vom 30. März 2026**

Bundesverwaltungsgericht, 2026-03-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6120\\_2023](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6120_2023)

FR: TAF C-6120/2023 du 30 mars 2026

IT: TAF C-6120/2023 del 30 marzo 2026

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde gegen die Verfügung vom 22. September 2023 zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung vom 22. September 2023 durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG). Nachdem der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde - vorbehaltlich der weiteren Ausführungen zum Streitgegenstand - einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 52 Abs. 1, Art. 63 Abs. 4 VwVG).

### **E. 2.1**

Der Streitgegenstand des Beschwerdeverfahrens bestimmt sich nach dem durch die vorinstanzliche Verfügung geregelten Rechtsverhältnis, soweit es angefochten wird. Der Streitgegenstand kann sich im Laufe des Verfahrens verengen, darf hingegen nicht erweitert oder qualitativ verändert werden.

### **E. 2.2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet die Verfügung vom 22. September 2023. Die Vorinstanz hat darin aufgrund des Rückweisungsurteils C-5233/2020 vom 26. Februar 2021 die Akten ergänzt, neu geprüft und gestützt darauf den Rentenanspruch des Beschwerdeführers abgelehnt. Nachdem mit rechtskräftiger Verfügung vom 1. September 2016 die ab März 2005 gewährte Rente per November 2016 revisionsweise aufgehoben wurde, bildet der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Neuanmeldung das Prozessthema. Der Beschwerdeführer rügt wiederholt, die Vorinstanz habe seine Rente willkürlich mit Verfügung vom 1. September 2016 eingestellt (vgl. BVGer-act. 1 und 12). Er bringt aktenwidrig (vgl. unten E. 7.3) vor, es habe damals keine Revision stattgefunden, die Vorinstanz habe kein neues Gutachten eingeholt bzw. seine medizinischen Unterlagen nicht berücksichtigt. Wie das Bundesverwaltungsgericht bereits im Rückweisungsurteil C-5233/2020 vom 26. Februar 2021 verbindlich festgestellt hat, bildet die rechtskräftige Verfügung vom 1. September 2016 einen rechtsgenügenden Referenzpunkt für das vorliegende Verfahren (vgl. unten E. 6.1). Auf die diesbezüglichen

Rügen des Beschwerdeführers ist daher nicht einzutreten (vgl. BVGE 2016/13 E. 1.3.4 in fine).

### **E. 2.3**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: vom 22. September 2023) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 144 V 224 E. 6.1.1; 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Die im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingegangenen medizinischen Unterlagen datieren teilweise erst nach dem massgebenden Stichtag. Sie sind nur insoweit zu berücksichtigen, als dass sie den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung umschreiben beziehungsweise mit dem vorliegenden Streitgegenstand in einem engen Sachzusammenhang stehen. Nicht zu berücksichtigen sind daher vorliegend medizinische Unterlagen (Berichte der Psychiaterinnen Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 8. Mai 2024 und Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2023 [recte: 14. Mai 2024; vgl. serbisches Original], Bericht vom 22. Februar 2024 von Dr. G. \_\_\_\_\_, Bericht der Universitätsklinik für Neurologie H. \_\_\_\_\_ vom 22. Mai 2024, Bericht von Dr. I. \_\_\_\_\_ vom 3. Oktober 2024, Bericht von Dr. J. \_\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2024, Bericht von Dr. K. \_\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2024), welche mehrere Monate bis über ein Jahr nach Verfügungserlass erstellt wurden und eine Sachlage beschreiben, die nicht mehr im Rahmen des Streitgegenstands liegt. Auf die Beschwerdebegehren ist daher nicht einzutreten, soweit sie sich auf die vorgenannten Arztberichte stützen. Sollte der Beschwerdeführer davon ausgehen, damit eine seit dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 22. September 2023 eingetretene, namhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft machen zu können, steht es ihm frei, sich mit einem erneuten Leistungsbegehren an die Invalidenversicherung zu wenden.

### **E. 3.1**

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).

### **E. 3.2**

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; 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).

### **E. 3.3**

Der Beschwerdeführer ist schweizerischer Staatsangehöriger und hat seinen Wohnsitz in Serbien, weshalb das am 1. Januar 2019 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Serbien über soziale Sicherheit vom

11. Oktober 2010 zur Anwendung gelangt (SR 0.831.109.682.1). Die materiellen Voraussetzungen des Anspruchs des Beschwerdeführers auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung beurteilen sich ungeachtet dieses Umstands allein nach schweizerischem Recht.

#### **E. 3.4**

Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20; Weiterentwicklung der IV, Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705; BBl 2020 5535) mit der Einführung des stufenlosen Rentensystems in Kraft. In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1). In Anwendung dieses intertemporalrechtlichen Hauptsatzes ist bei einem dauerhaften Sachverhalt, der teilweise vor und teilweise nach dem Inkrafttreten der neuen Gesetzgebung eingetreten ist, der Anspruch auf eine Invalidenrente für die erste Periode nach den altrechtlichen Bestimmungen und für die zweite Periode nach den neuen Normen zu prüfen (BGE 150 V 323 E. 4.2). Vorliegend sind in Anbetracht der im Jahr 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; BGE 142 V 547 E. 3). Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) sind diesbezüglich primär die Bestimmungen des IVG, der IVV (SR 831.201) und des ATSG (SR 830.1) in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung anwendbar.

#### **E. 4.1**

Der Rentenanspruch entsteht laut Art. 29 Abs. 1 IVG in formeller Hinsicht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs gemäss Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt.

#### **E. 4.2**

Eine weitere formelle Voraussetzung für den Rentenanspruch ist die Mindestbeitragsdauer von drei Jahren (Art. 36 Abs. 1 IVG), welche vorliegend erfüllt ist (vgl. Sachverhalt Bst. A.a).

#### **E. 4.3**

Invalidität bedeutet 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) und gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 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).

#### **E. 4.4**

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, 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).

#### **E. 4.5**

Bei einer Neuanmeldung zum Leistungsbezug finden die Grundsätze zur Rentenrevision (vgl. Art. 17 Abs. 1 ATSG) analog Anwendung (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV; BGE 133 V 108 E. 5.2; 130 V 71). Daher ist in einem ersten Schritt zu prüfen, ob das Erfordernis einer anspruchrelevanten Veränderung des Sachverhalts erfüllt ist; erst in einem zweiten Schritt ist der (Renten-)Anspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (vgl. BGE 141 V 9; Urteile des BGer 8C\_40/2024 vom 21. November 2024 E. 3.2.1, 9C\_603/2023 vom 14. März 2024 E. 2.3.1). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung ist 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). Die Zusprache einer Rente aufgrund einer Neuanmeldung setzt eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus, welche etwa in einer objektiven Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit entsprechend verringerter Arbeitsfähigkeit oder in geänderten erwerblichen Auswirkungen einer im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitsbeeinträchtigung liegen kann. Demgegenüber stellt eine bloss abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes keine neu-anmelde- bzw. revisionsrechtlich relevante Änderung dar (BGE 147 V 161 E. 4.2 m.H.; Urteil des BGer 9C\_46/2023 vom 23. April 2024 E. 3.3). Hat der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren, so ist das neue Gesuch abzuweisen. Liegt hingegen eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse vor, ist in einem zweiten Schritt der (Renten-)Anspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des BGer 8C\_40/2024 E. 3.2.1 9C\_603/2023 vom 14. März 2024 E. 2.3.1). Im Rahmen einer solchen umfassenden Neuprüfung ist praxisgemäss nicht erforderlich, dass gerade die geänderte Tatsache zu einer Neufestsetzung der Invalidenrente führt; vielmehr kann sich bei der allseitigen Prüfung des Rentenanspruchs ergeben, dass ein anderes Anspruchselement zu einer Rentenzusprache führt (Urteil des BGer 8C\_385/2023 vom 30. November 2023 E. 5.2; vgl. auch BGE 143 V 91 E. 4.2). Dabei steht das Erfordernis einer Änderung des Invaliditätsgrades um mindestens fünf Prozentpunkte gemäss Art. 17 Abs. 1 Bst. a ATSG der Entstehung eines Rentenanspruchs bei einer Neuanmeldung nicht entgegen (vgl. BBl 2017 2535, 2681).

#### **E. 4.6**

In der Invalidenversicherung ist für die Bestimmung des Rentenanspruchs 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 (BGE 141 V 9 E. 3.2, Urteile des BGer 8C\_388/2024 vom 24. Februar 2025 E. 3.2 m.w.H., 9C\_367/2024 vom 31. Juli 2024 E. 2.3.2).

#### **E. 4.7**

Um zuverlässig beurteilen zu können, ob der Invaliditätsgrad der versicherten Person seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung eine anspruchrelevante Änderung erfahren hat, 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, 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 versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 m.w.H.; 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

#### **E. 4.8**

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 darf das Gericht den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, 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 m. w. H.). 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 mit Hinweis insbesondere 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 (BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ee; vgl. auch BGE 139 V 225 E. 5.2; Urteil des BGer 8C\_262/2016 vom 22. September 2016 E. 4.2 m. w. H.). Die Stellungnahmen des RAD, 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 m. w. H).

#### **E. 4.9**

Der Beweiswert eines zwecks Neuanschuldung erstellten Gutachtens hängt - analog zu in Revisionsverfahren eingeholten Expertisen - wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht. Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrads der Störungen geführt haben (Urteile des BGer 8C\_170/2017 vom 13. Oktober 2017 E. 5.2 m.H.; 9C\_143/2017 vom 7. Juni 2017 E. 4.1).

#### **E. 4.10**

Körperliche, geistige oder psychische Gesundheitsschäden können eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb ist eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung massgeblich (BGE 142 V 106 E. 4.4). Medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen, wie sie, gerichtsnotorisch, ärztlicherseits sehr oft unterstützt werden - wobei erst noch häufig gar keine konsequente Behandlung stattfindet -, sind nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen (BGE 141 V 281 E. 3.7.1).

#### **E. 4.11**

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 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. 5.1**

Die Vorinstanz stellte in der rentenablehnenden Verfügung im Wesentlichen gestützt auf das asim-Gutachten fest, dass ab der Untersuchung vom 12. Oktober 2022 für die Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Lagermitarbeiter zwar eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bestehe. In der Ausübung einer dem Gesundheitszustand besser angepassten Tätigkeit im allgemeinen Arbeitsmarkt sei aber unter Berücksichtigung der funktionellen Einschränkungen lediglich von einer Arbeitsunfähigkeit von 40% auszugehen. Der Prozentsatz der Erwerbseinbusse sei aufgrund eines Vergleichs der Einkommen aus den üblichen und den angepassten Tätigkeiten zu berechnen und betrage 38%. Demnach sei es dem Versicherten weiterhin möglich, durch eine Erwerbstätigkeit ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Trotz der gesundheitlichen Beschwerden bestehe daher kein Rentenanspruch. An diesem Standpunkt hielt die Vorinstanz im Schriftenwechsel fest und beantragte die Abweisung der Beschwerde.

#### **E. 5.2**

Demgegenüber macht der Beschwerdeführer im Hauptantrag seiner Beschwerde sinngemäss geltend, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei anhand der eingereichten Unterlagen ein neuer IV-Grad festzulegen sowie gestützt darauf eine Rente zuzusprechen (BVGer-act. 1). In der Replik stellt er den Beweisantrag, es sei ein neues Gutachten einzuholen, unter Berücksichtigung sämtlicher Arztberichte aus den vorangegangenen Jahren (BVGer-act. 12). Mit Eingabe vom 27. Mai 2024 beantragt er im Sinne eines Eventualbegehrens die Rückweisung der Angelegenheit an die Vorinstanz unter gleichzeitiger Anordnung einer neuen Begutachtung. Es sei eine Verschlechterung seines Zustands bzw. eine Veränderung im Gehirn sowie an der Wirbelsäule festzustellen (BVGer-act. 21). Mit Schreiben vom 15. August 2024 beantragt er, es seien ihm Kinderrenten zuzusprechen (BVGer-act. 26). Zur Begründung führt er im Wesentlichen an, aus den medizinischen Unterlagen gehe hervor, dass sich sein Gesundheitszustand seit

seinem Arbeitsunfall vom März 2004 stetig verschlechtert habe. Aus den Arztberichten wie auch dem asim-Gutachten ergebe sich, dass er arbeitsunfähig sei. Ursache für seine Dysfunktionen sei unter anderem ein Schädelbruch aufgrund des Arbeitsunfalls, mit Veränderungen in der linken Hirnhälfte.

## **E. 6**

V. a. Reizdarmsyndrom - anamnestisch Diarrhoe unklarer Ätiologie Zusammengefasst schlossen die asim-Gutachter 2022 auf eine veränderte Befundlage bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustands im Vergleich zum Vorgutachten des ABI.

### **E. 6.1**

Wie im Urteil C-5233/2020 vom 26. Februar 2021 festgehalten, ist die Vorinstanz auf die Neuanmeldung eingetreten, weshalb die Eintretensfrage vorliegend nicht zu beurteilen ist. Gleichzeitig hat das Bundesverwaltungsgericht festgestellt, dass als letztmaliger, das Ergebnis einer rechtsgenügenden materiellen Prüfung des Rentenanspruchs darstellender Rechtsakt die Verfügung vom 1. September 2016 gilt (a.a.O. E. 4). Diese Feststellung ist für das Gericht, das sich vorliegend erneut mit dem in der Neuanmeldung gestellten Leistungsbegehren zu befassen hat, verbindlich (vgl. oben E. 2.2). Im Folgenden ist daher zuerst zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 1. September 2016 und der angefochtenen Verfügung vom 22. September 2023 eine erhebliche Änderung des Sachverhalts (Revisionsgrund) eingetreten ist.

### **E. 6.2**

Die rentenaufhebende Verfügung vom 1. September 2016 beruhte auf der Annahme einer Arbeitsfähigkeit von 30 % in der angestammten Tätigkeit sowie einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ab dem 31. März 2014. Die Berechnung des IV-Grades ergab eine Erwerbseinbusse von 9%. In medizinischer Hinsicht stützte sich die Verfügung im Wesentlichen auf das Gutachten des ABI vom 31. März 2014, das auf allgemeininternistischen, psychiatrischen, orthopädischen, neurologischen und gastroenterologischen Untersuchungen beruhte (IVSTA-act. 91). In diesem Gutachten wurde die folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: - Chronisches thorakal betontes panvertebrales Schmerzsyndrom, aktuell ohne eindeutige Ausstrahlungen (ICD-10 M54.80) - thorakal betonte S-förmige Torsionsskoliose mit thorakalem Scheitelpunkt bei BWK9 rechts, Cobb-Winkel 42° (ICD-10 M41.2) - unterdurchschnittlich entwickelte paravertebrale Muskulatur - Beinverkürzung links von klinisch 1.5 cm (ICD-10 M21.70) - aktuell Symptomausweitung und Selbstlimitation Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt: - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Diabetes mellitus Typ II (ICD-10 E 11.9) - gut eingestellt bei HbA1c-Wert von 5,1% (Norm < 6,3%) - Hypercholesterinämie, behandelt (ICD-10 E78.0) - Chronisches Spannungstyp-Kopfweg (ICD-10 G44.2) - Oberbauchbeschwerden unklarer Aetiologie (ICD-10 R10.1) - Verdacht auf Gastritis oder Ulkusleiden, möglicherweise zusätzliche Refluxsymptomatik - Anamnestisch Diarrhoe unklarer Aetiologie (ICD-10 K52.9) - Verdacht auf Reizdarmsyndrom, bisher nicht abgeklärt - leichte Leukozytose unklarer Ätiologie (ICD-10 D72.8) - am ehesten bei interkurrentem Infekt Zur Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter in der Konsensbeurteilung fest, dass sich als einzige Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches thorakal betontes panvertebrales Schmerzsyndrom finde. Für körperlich schwer belastende Tätigkeiten aus Sicht des Bewegungsapparates bestehe

eine Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, wo eine Hebe- und Traglimite von 15 kg nur ausnahmsweise überschritten würde und keine länger dauernden Zwangshaltungen des Rumpfes vorkämen, liege hingegen eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor. Die gastroenterologischen Diagnosen schränkten die Arbeitsfähigkeit ebenfalls nicht ein. Aus psychiatrischer Sicht wirkten sich die leichte depressive Episode und die Schmerzstörung nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus und es bestehe keine schwere psychische Störung. Aus allgemeininternistischer Sicht fänden sich ebenfalls keine weiteren Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Das chronische Spannungstyp-Kopfweg habe aus neurologischer Sicht keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Neurologisch finde sich keine radikuläre Reiz- oder Ausfallssymptomatik. Zusammengefasst sei ein Panvertebralsyndrom bei deutlicher thorakaler Kyphoskoliose objektivierbar, ohne Anhaltspunkte für eine neurologische Mitbeteiligung.

### **E. 6.3**

In der angefochtenen Verfügung vom 22. September 2023 ging die Vorinstanz sodann von einer «leichten Verschlechterung der Einschränkung des Bewegungsapparats» aus und stützte sich dabei auf das Gutachten der asim vom 31. Dezember 2022.

#### **E. 6.3.1**

Im asim-Gutachten (IVSTA-act. 333) hielten Dres. med. L.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Prävention und Public Health FMH, M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, O.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, sowie lic. phil. P.\_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, interdisziplinär fest, seit der letzten gutachterlichen Beurteilung im Jahr 2014 sei es zu einer schleichenden, langsamen gesundheitlichen Verschlechterung gekommen. Hierfür könne retrospektiv aufgrund der vorliegenden Akten, der Anamnese und der Untersuchungsbefunde kein genauer Zeitpunkt festgelegt werden. Die aktuell attestierte Arbeitsfähigkeit gelte daher ab Zeitpunkt des Gutachtens.

#### **E. 6.3.2**

Interdisziplinär stellten die Gutachter die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Chronisches cerviko-thorako-lumbovertebrales Schmerzsyndrom - deutliche Doppel-S-förmige Strukturskoliose der Wirbelsäule, thorakal rechtskonvex, lumbal und cervical linkskonvex - intermittierende tiefcervikale Wurzelreizsymptomatik links nicht auszuschliessen, rechts ohne überzeugendes bildmorphologisches Korrelat - muskuläre Schmerzen und Verspannungen rechts-thorakal - asymmetrischer Schulterhochstand rechts und Links-Shift des oberen Achsenskeletts - bildgebend aktuell HWS und BWS mit mehrsegmentalen Osteochondrosen und Spondylarthrosen, diskogene Wurzelaffektion C7 beidseits möglich, BWS ohne signifikante Stenosen, aber mögliche Scheuermann'sche Wirbelkörperveränderungen mitthorakal und Facettengelenksreizungen, LWS mit akzentuierter Osteochondrose und Diskushernie L5/S1 mit diskoossärer möglicher Wurzelaffektion L5 links (MRI Wirbelsäule 14.10.2022) - Cobb-Winkel rechtskonvex thorakal 42° mit Scheitelpunkt in BWK9, Cobb-Winkel lumbal linkskonvex 26°, keine signifikante Progression (MRI Wirbelsäule liegend 14.10.2022 Xx.\_\_\_\_\_) und Röntgen stehend 24.03.2004 Spital Limmattal) 2. Mögliche abgelaufene adhäsive Kapsulitis der rechten Schulter DD bei degenerativer Rotatorenmanschettenendopathie, DD bei chronischer Fehllage des Schultergürtels - leichte endphasig schmerzhaft

Einschränkung der aktiven und passiven Schulterbeweglichkeit rechts - bildgebend ossär unauffällige Verhältnisse, mögliche Impingement-Konstellation (Röntgen 12.10.2022 beidseits) 3. Orthostatischer Schwindel Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten die nachfolgenden Diagnosen: 1. leichte epikondylopathische Ellenbogen-Dolenzen radial und ulnar beidseits 2. Osteopenie des Achsenskeletts, rapportierter Z-Score der LWS -2.2, der «Hüfte» +0.2 (Densitometrie 25.06.2020 H. \_\_\_\_\_/Serbien) 3. Häufig auftretender episodischer Kopfschmerz vom Spannungstyp (ICHD-3: 2.2) 4. Rezidivierende depressive Störung, derzeit remittiert (ICD-10 F33.4) 5. Diabetes mellitus Typ II, gemäss Unterlagen, aktuell nicht behandelt

### **E. 6.3.3**

Im Rahmen des Befundvergleichs hielten die Gutachter in der interdisziplinären Beurteilung fest, dass sich zwar bezüglich des Achsenskeletts eine vergleichbare Situation zur Begutachtung im Jahr 2014 zeige. Es fänden sich aber in einer weiterführenden Schichtbildung äquivalente typische Folgen der vorbeschriebenen deutlichen Doppel-S-förmigen Strukturskoliose der Wirbelsäule, thorakal rechts konvex, lumbal und zervikal links konvex. Sowohl zervikal wie lumbal seien rechtsseitig intermittierend auftretende Wurzelsymptome möglich. Im Weiteren erkannten die asim-Gutachter im Rahmen der klinischen Untersuchung eine leichte endphasig schmerzhaft eingeschränkte Schulterbeweglichkeit rechts, weshalb sie als neu die Diagnose einer möglichen abgelaufenen adhäsiven Kapsulitis mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellten. Neu stellten die asim-Gutachter zudem die Diagnose eines orthostatischen Schwindels. Sie hielten insgesamt fest, dass ungeachtet der deutlich ausgestalteten Beschwerdepräsentation bei der psychiatrischen Untersuchung und dem sehr auffälligen Antwortverhalten bei der neuropsychologischen Testung sich für die geklagten somatischen Beschwerden - wenn auch nicht in vollumfänglichem Ausmass - ein organischer Kern ergebe.

### **E. 6.4**

Demnach ist im Vergleich zum massgeblichen Vorzustand von einer Änderung des Sachverhalts auszugehen, die geeignet ist, zu einer abweichenden Beurteilung des Rentenanspruchs zu führen. Die Anforderungen an ein Revisionsgutachten sind erfüllt. Entsprechend ist nachfolgend der Invaliditätsgrad im Rahmen der Neuanmeldung auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln (vgl. BGE 141 V 9 E. 5.2).

### **E. 7**

Aus den medizinischen Akten ergibt sich mit Blick auf die geltend gemachten Beschwerden Folgendes:

#### **E. 7.1.1**

Nach dem Unfall vom 22. März 2004 liess sich der Beschwerdeführer aufgrund von Kopf-, Schulter- und Wirbelsäulenschmerzen von Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, praktischer Arzt, behandeln. Dieser hielt im Bericht vom 5. April 2004 eine BWS-/HWS-Kontusion, BWS-/HWS-Distorsion, Kontusion der Schulter rechts sowie eine Schädelkontusion fest. Im Röntgenbefund von Dr. med. R. \_\_\_\_\_ vom 24. März 2004 fand sich sodann eine schwere Wirbelsäulenfehlform/Fehlhaltung mit S-förmiger Skoliose ohne Hinweis auf frische Frakturen (IVSTA-act. 2). Ab 19. Juli 2004 ging Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ aufgrund der weiterhin geklagten Schmerzen von einem protrahierten Verlauf aus (IVSTA-act. 2).

### **E. 7.1.2**

Des Weiteren liegen diverse rheumatologische, kardiologische sowie radiologische Befunde des Universitätsspitals D. \_\_\_\_\_ bei den Akten (IVSTA-act. 3-9). Im Bericht vom 7. Oktober 2004 diagnostizierten Dres. med. S. \_\_\_\_\_ und T. \_\_\_\_\_ vom Institut für Physikalische Medizin ein chronisches zervikozephalales Schmerzsyndrom nach Sturz auf den Hinterkopf mit ausgeprägter vegetativer und psychischer Begleitsymptomatik sowie ein chronisches thorako-lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei schwerer Kyphoskoliose, Haltungsinsuffizienz und muskulärer Dysbalance sowie degenerativen Veränderungen mit ventraler Spondylose (IVSTA-act. 4). Ein rheumatologischer Basistest vom 21. Oktober 2004 wurde nach zwei Tests bei geringer Belastung aufgrund von kardiovaskulären Beschwerden (Schwindel, Kopfschmerzen und hypertone Blutdruckwerte) abgebrochen (IVSTA-act. 3). In kardiologischer Hinsicht dokumentierten Dres. med. U. \_\_\_\_\_ und V. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 8. November 2004 zwar unter anderem hypertensive Blutdruckwerte, die weiteren Abklärungen zeigten aber in somatischer Hinsicht keine auffälligen Befunde (IVSTA-act. 6).

### **E. 7.1.3**

Vom 20. Januar bis zum 16. Februar 2005 folgte ein Aufenthalt in der Klinik W. \_\_\_\_\_, Fachklinik für kardiale und psychosomatische Rehabilitation. Ab diesem Zeitpunkt gingen die behandelnden Ärzte davon aus, dass in psychiatrischer Hinsicht eine depressive Krankheitsentwicklung bzw. psychosomatische Beschwerden mit depressiver Komponente und Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen (IVSTA-act. 11-14). Dr. med. X. \_\_\_\_\_, Psychiater der Klinik W. \_\_\_\_\_, stellte am 7. März sowie am 1. April 2005 eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) bei Zustand nach Sturz mit Prellungen 2004 fest (IVSTA-act. 11, 13). Er schloss auf eine Arbeitsunfähigkeit von 100% vom 20. Januar bis zum 20. Februar 2005 sowie von 50% vom 21. Februar bis zum 20. März 2005. Gestützt darauf sowie auf einen weiteren IV-Arztbericht von Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ vom 13. April 2005 (IVSTA-act. 14) gingen die RAD-Ärzte Dres. med. Y. \_\_\_\_\_ und Z. \_\_\_\_\_ davon aus, dass psychiatrisch von einer Arbeitsunfähigkeit ab dem Unfall auszugehen und ab Februar 2005 eine Restarbeitsfähigkeit von 50% in der angestammten oder einer angepassten Tätigkeit ausgewiesen sei (IV-Beschlussblatt, IVSTA-act. 27).

### **E. 7.1.4**

Mit Verfügung vom 23. Januar 2006 sprach die IV-Stelle dem Beschwerdeführer aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom bei einem IV-Grad von 50% eine halbe Rente ab 1. März 2005 zu mit der schadenmindernden Auflage, sich einer Psychotherapie zu unterziehen, da davon eine wesentliche Verbesserung der Erwerbstätigkeit zu erwarten sei. Eine Revision werde Ende 2006 erfolgen (IVSTA-act. 33).

### **E. 7.2.1**

Im Arztbericht vom 30. Dezember 2006 bestätigte Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ eine Arbeitsfähigkeit von 50% (IVSTA-act. 17). Der behandelnde Psychiater Dr. med. Aa. \_\_\_\_\_ hielt am 5. Juli 2007 eine Verschlechterung des Gesundheitszustands fest (IVSTA-act. 19). Er diagnostizierte eine Anpassungsstörung mit Störung von Gefühlen und Sozialverhalten, eine mittel- bis schwergradige depressive Störung mit somatischen Symptomen auf dem Boden einer ängstlichen Persönlichkeit sowie ein chronifiziertes

Schmerzsyndrom. Seit Anfang 2005 sei der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht 60-70% arbeitsunfähig.

#### **E. 7.2.2**

Der RAD-Arzt Dr. med. Bb.\_\_\_\_\_ ging am 16. Juli 2007 davon aus, dass sich der Gesundheitszustand nicht namhaft verschlechtert habe. Die im Bericht von Dr. med. Aa.\_\_\_\_\_ geschilderten Symptome würden im Schwankungsbereich einer mittelgradigen Depression liegen, weshalb weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 50% bestehe (IVSTA-act. 41).

#### **E. 7.2.3**

Die IV-Stelle bestätigte daraufhin mit Mitteilung vom 19. Juli 2007 den Anspruch auf eine halbe Rente (IVSTA-act. 42).

#### **E. 7.3.1**

Nach der Rückkehr des Beschwerdeführers nach Serbien im Jahr 2008 gelangten weitere Arztberichte zu den Akten (IVSTA-act. 63-67). Der behandelnde Facharzt für Orthopädie, Dr. med. Cc.\_\_\_\_\_, hielt in den Berichten vom 19. September 2008 und vom 24. Januar 2013 die Diagnosen einer Skoliose thorakolumbal und Ischialgien, eine Spondylose der zervikalen Wirbelsäule sowie eine Cervicobrachialgie fest (Der Begriff Zervikobrachialsyndrom bezeichnet Schmerzen im Bereich des Schultergürtels, des Halses und des Armes; vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 269. Auflage 2023, S. 1922); die Krümmung zeige Progression. Der Beschwerdeführer werde mit Medikamenten sowie physikalischen Therapien behandelt (IVSTA-act. 63-64). Im Weiteren beschrieb der Neuropsychiater Dr. G.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 8. Februar 2013 den Krankheitsverlauf seit der ersten Konsultation vom 19. September 2008 und diagnostizierte eine posttraumatische Stressstörung, eine somatoforme Störung sowie eine fortsetzende Entwicklung des depressiven Syndroms (IVSTA-act. 66). Das Spital Dd.\_\_\_\_\_ bestätigte im Schreiben vom 12. Februar 2013 die ambulante Behandlung seit dem Jahr 2008 und schloss auf eine Arbeitsunfähigkeit von 50% (IVSTA-act. 67).

#### **E. 7.3.2**

Zu dieser Aktenlage hielt der medizinische Dienst am 13. März 2013 fest, dass eine Begutachtung aus den Fachrichtungen Gastroenterologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Rheumatologie notwendig sei (IVSTA-act. 70).

#### **E. 7.3.3**

Im daraufhin eingeholten Gutachten des ABI vom 31. März 2014 kamen die Experten zum Schluss, dass für körperlich schwer belastende Tätigkeiten aufgrund des chronischen thorakal betonten panvertebralen Schmerzsyndroms eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestehe. Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten liege eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor. Die ursprünglich für die Berentung ausschlaggebende, höhergradige depressive Störung habe sich hingegen fast vollständig remittiert (IVSTA-act. 91; vgl. auch Sachverhalt A.b, E. 6.2 und 7.2.2 hiervor).

#### **E. 7.3.4**

Der medizinische Dienst schätzte in den Stellungnahmen vom 20. Mai 2014 und 29. Februar 2016 gestützt auf das ABI-Gutachten die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auf 70% sowie auf 0% in leichten bis mittelschweren Verweistätigkeiten

(IVSTA-act. 97, 119).

#### **E. 7.3.5**

Gestützt darauf erliess die Vorinstanz den Vorbescheid vom 20. April 2016 (IVSTA-act. 121), woraufhin der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 12. Mai 2016 Einwand erhob (IVSTA-act. 124) und weitere Arztberichte zu den Akten reichte: - Dr. Ee.\_\_\_\_\_ beschrieb im Bericht vom 8. Juni 2016 eine Farb-Duplexsonographie, ohne Äusserung zur Arbeitsfähigkeit (IVSTA-act. 128). - Dr. Cc.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, Chirurgie und Traumatologie, hielt im Bericht vom 8. Juni 2016 im Wesentlichen dieselben Diagnosen und Therapien fest, wie im Jahr 2013 (vgl. oben E. 7.3.1), ohne sich zur Arbeitsfähigkeit zu äussern (IVSTA-act. 126). - Dr. G.\_\_\_\_\_, Neuropsychiater, schloss im Bericht vom 8. Juni 2016 aufgrund von anamnestischen Angaben (Interessenlosigkeit, Vernachlässigung, könne ohne Familienunterstützung nicht funktionieren) im Wesentlichen auf eine gegenwärtig schwere Episode einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.2). Der Beschwerdeführer sei nicht fähig für Arbeiten, die das längere Stehen, Gehen oder Tragen von schweren Lasten verlangten. Aufgrund des Alters sowie der Primärfähigkeiten sei er nicht für eine Umschulung geeignet (vgl. IVSTA-act. 127).

#### **E. 7.3.6**

Der medizinische Dienst hielt in den Stellungnahmen vom 28. Juli und 6. August 2016 (Dres. med. Ff.\_\_\_\_\_ und Gg.\_\_\_\_\_) fest, dass die neuen Arztberichte nichts an den Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit aufgrund des ABI-Gutachtens änderten (IVSTA-act. 131, 132).

#### **E. 7.3.7**

Gestützt darauf erliess die Vorinstanz die rentenaufhebende Verfügung vom 1. September 2016, die in Rechtskraft erwuchs (vgl. Sachverhalt Bst. Ac).

#### **E. 7.4**

Aufgrund der Neuanmeldung vom Juli 2019 gelangten weitere Berichte der behandelnden Ärzte zu den Akten.

#### **E. 7.4.1**

In somatischer Hinsicht reichte der Beschwerdeführer diverse orthopädische, radiologische und neurologische Arztberichte sowie weitere Berichte ein: - Die Radiologin Dr. Hh.\_\_\_\_\_ berichtete aufgrund einer MR-Untersuchung des L-S Segments vom 28. Januar 2017 über eine reduzierte physiologische Lordose mit Hinweis auf sinistrokonvexe Skoliose bzw. Diskushernien L5 bis S1 (IVSTA-act. 177). Im Bericht vom 24. Dezember 2018 zur MR-Untersuchung des Zervikalsegments hielt sie die Diagnosen einer Cervicobrachialgie, einer zervikalen physiologischen Lordose sowie beginnende degenerative Änderungen mit Diskoradikulopathie auf dem iv-Niveau C6-C7 fest (IVSTA-act. 178). Mit dem gleichentags erstellten Bericht über ein MRI des Thorakalsegments dokumentierte sie eine verminderte Höhe von Th6 und Th7 sowie degenerative Änderungen auf dem iv-Niveau Th6 bis Th7 bis Th8 bis Th9 ohne bedeutenden diskoradikulären Kontakt (IVSTA-act. 161). - Der behandelnde Neurologe Dr. Ii.\_\_\_\_\_ berichtete am 22. Januar 2019, dass beim Beschwerdeführer eine thorakolumbale Skoliose, thorakale Diskopathien Th6 bis Th9 bzw. C6-C9, lumbale Radikulopathien L5 und S1, ein Status nach zervikothorakaler Contusion sowie ein depressives Syndrom vorliegen würden. Im Rahmen der Untersuchung hielt er unter

anderem eine begrenzte Beweglichkeit des Nackens, eine reduzierte Kraft der Extremitäten sowie Schmerzen beim Bewegen in der rechten Schulter fest und schloss auf eine reduzierte Arbeitsfähigkeit (IVSTA-act. 162). Diese Einschätzung wiederholte er im Wesentlichen in den Berichten vom 13. August 2019 (IVSTA-act. 182), 12. November 2020 (IVSTA-act. 294), 20. Mai 2021 (297), 21. Januar 2022 (IVSTA-act. 304) und 20. Juli 2022 (IVSTA-act. 333/117). - Dr. Cc.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, Chirurgie und Traumatologie, stellte in den Berichten vom 22. Februar 2019 und vom 1. Juli 2019 beidseitige Cervicobrachialgien, eine Discoradikulopathie C6-C7 sowie bezüglich der Skoliose eine Reduktion des intervertebralen Raums Th6-Th7-Th8-Th9 fest (IVSTA-act. 163, 179). In den Berichten vom 20. Juli 2020 sowie vom 12. September 2022 hielt er unter anderem Spondylosen C5-C6 und C7-C8 sowie eine bilaterale Cervicobrachialgie fest und beschrieb eine medikamentöse Behandlung sowie physikalische Therapien aufgrund der geklagten Nacken-, Schulter-, Kreuz- und Brustschmerzen. Es sei von einer Progression mit radikularischen Störungen auszugehen, die nicht korrigierbar sei. Physikalische Prozeduren könnten die Schmerzen nicht korrigieren, nur vermindern. Die Arbeitsunfähigkeit bzw. Invalidität betrage 55% (IVSTA-act. 215 und 333/114). - Dr. Jj.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation verschrieb in den Berichten vom 23. Dezember 2016, 21. Dezember 2018 und 4. August 2021 jeweils Behandlungen an 10 Tagen in der Klinik Kk.\_\_\_\_\_ (IVSTA-act. 140, 160, 278). Des Weiteren dokumentierte sie in den Berichten vom 10. und 30. Juli 2019 sowie vom 1. und 22. Juni 2020 diverse physikalische Behandlungen bzw. Therapievorschlüsse (IVSTA-act. 180, 181, 210, 211). - Der Internist und Kardiologe Dr. Ll.\_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 6. September 2019 eine Hyperlipidämie und eine Depression fest (IVSTA-act. 184). - Im Densitometrie-Bericht vom 25. Juni 2020 hielt Dr. Mm.\_\_\_\_\_ eine Ossifikation der Wirbelgelenke und eine Spondylose fest. Es bestehe eine erniedrigte Knochendichte (Z-Score -2,2) im Niveau Osteopenie (IVSTA-act. 213). - Dr. Nn.\_\_\_\_\_ berichtete am 28. November 2020, dass der Beschwerdeführer an einer nicht näher bezeichneten Spondylose und an einer Osteopenie leide. Er sei nicht fähig, lange zu stehen, körperliche Arbeiten oder Arbeiten unter ungünstigen klimatischen Bedingungen zu verrichten (IVSTA-act. 236). Bei gleichbleibender Einschätzung der Arbeitsfähigkeit hielt sie im späteren Bericht vom 24. Juni 2021 neu eine Osteoporose, nicht näher bezeichnet (ICD-10 M81.9) fest (IVSTA-act. 298).

#### **E. 7.4.2**

Der Beschwerdeführer liess sich sodann von verschiedenen Ärzten in psychiatrischer Hinsicht behandeln. - Dr. G.\_\_\_\_\_, Neuropsychiater, stellte wiederholt eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schweren oder psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.2-3), eine leichte kognitive Störung (ICD-10 F06.7) sowie eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) fest und ging in den Berichten vom 20. Juli 2020, 16. März 2021 und 30. Juli 2021 aufgrund der Erkrankung und des Alters von einer Arbeitsunfähigkeit aus (IVSTA-act. 216, 254, 276). Im Bericht vom 30. Dezember 2021 stellte er zudem fest, die motorischen Begrenzungen erlaubten keine Arbeit bei ungünstigen mikroklimatischen Bedingungen (IVSTA-act. 303). - Dr. Oo.\_\_\_\_\_, Neuropsychiaterin, diagnostizierte in den Berichten vom 9. Dezember 2016 sowie vom 26. Januar 2017 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (IVSTA-act. 140). - Dr. Pp.\_\_\_\_\_, Fachärztin (Fachrichtung unbekannt) und Psychologin, stellte im Bericht vom 20. März 2019 unter anderem eine «organische Störung der posttraumatischen Ätiologie mit kognitiven Dysfunktionen» sowie eine depressive

Störung mit aktuell schwerer depressiver Episode fest (IVSTA-act. 165). Der Zweck der Untersuchung sei «medico/legal, für die Bedürfnisse der übriggebliebenen Arbeitsfähigkeiten». - Die Psychiaterin Dr. F.\_\_\_\_\_ hielt am 28. Februar 2019 (IVSTA-act. 164) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) fest und erwähnte diesbezüglich eine «Remission». Im Bericht vom 4. Dezember 2019 schilderte sie zusätzlich gestützt auf den oben erwähnten Bericht des Psychologen Dr. Pp.\_\_\_\_\_, dass es sich um eine organische Störung der posttraumatischen Ätiologie mit kognitiven Dysfunktionen im Bereich von mnestischen und sprachlichen Fähigkeiten handle, und stellte zusätzlich die Diagnose einer organischen affektiven Störung ICD-10 F06.3 (IVSTA-act. 185). Im Bericht vom 12. März 2020 hielt sie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (nun ohne Erwähnung einer «Remission») sowie eine organische affektive Störung fest. In den Berichten vom 12. März 2020, 21. Juli 2020 (Datum serbisches Original) und 13. November 2020 schlug sie jeweils bei gleichlautenden Diagnosen eine Kontrolle in 3 bzw. 3-4 Monaten vor und ging von einer Arbeitsunfähigkeit aus (IVSTA-act. 209, 250, 235). In den Berichten vom 12. März 2021 und vom 25. Juni 2021 beschrieb sie unter anderem die Angaben des Beschwerdeführers («träumt den Unfall» [IVSTA-act. 295] bzw. «Angst wegen der Einreise in die Schweiz» [IVSTA-act. 299]) und leitete daraus Symptome für «posttraumatischen Stress» ab. Zusätzlich zu den bekannten Diagnosen (ICD-10 F33.3 und ICD-10 F06.3) stellte sie neu die Diagnose ICD-10 F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung (IVSTA-act. 295, 299). In den Berichten vom 26. November 2021, 5. April und 8. August 2022 diagnostizierte sie eine wiederkehrende depressive Störung mit psychotischen Merkmalen (ICD-10 F33.3), eine organische depressive Störung (ICD-10 F06.3; «nach Kopfverletzung» [vgl. IVSTA-act. 333/111]) und eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Es sei keine Besserung oder Heilung zu erwarten und von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit sowie dem Verlust der Funktionen im persönlichen und familiären Rahmen auszugehen. Nach Angaben zur medikamentösen Behandlung schlug sie jeweils Kontrollen in 3-4 bzw. 4 Monaten vor (IVSTA-act. 302, 305, 333/111). - Die Psychiaterin Dr. E.\_\_\_\_\_ stellte am 15. März 2021 (IVSTA-act. 261) die gleichen Diagnosen (ICD-10 F33.3, ICD-10 F06.3 und ICD-10 F43.1) wie zuvor Dr. F.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 12. März 2021 (IVSTA-act. 295). Der Zustand habe sich nicht verbessert (IVSTA-act. 261). Im Bericht vom 13. Mai 2022 schlug sie eine Einweisung ins Spital vor (IVSTA-act. 306), woraufhin sich der Beschwerdeführer von 25. bis 31. Mai 2022 in der Psychiatrie des Militärischen Krankenhauses H.\_\_\_\_\_ behandeln liess. Im Entlassungsblatt vom 31. Mai 2022 wurden erneut die gleichen Diagnosen gestellt und die Behandlung dokumentiert. Der Beschwerdeführer sei ohne Besserung vorzeitig entlassen worden, Grund dafür seien Verpflichtungen «wegen der Schule seines Sohnes» (IVSTA-act. 308). - Im Weiteren stellte Dr. Qq.\_\_\_\_\_ von der Serbischen Gesundheitsanstalt in Rr.\_\_\_\_\_ eine Bescheinigung über den Gesundheitszustand vom 23. Mai 2022 aus und schloss aufgrund der psychiatrischen Berichte von Dr. F.\_\_\_\_\_ vom 5. April 2022 und von Dr. E.\_\_\_\_\_ vom 13. Mai 2022 auf eine Erwerbsunfähigkeit (IVSTA-act. 307).

### **E. 7.5**

Für die umfassende Beurteilung des Gesundheitszustands und der funktionellen Einschränkungen stellte die Vorinstanz im Rahmen des Neuanmeldeverfahrens massgeblich auf das Gutachten der asim vom 31. Dezember 2022 (IVSTA-act. 333) ab.

## **E. 7.6**

Den Teilgutachten der asym-Gutachter, welche der medizinischen Gesamtbeurteilung zugrunde liegen, lässt sich im Wesentlichen folgendes entnehmen:

### **E. 7.6.1**

Im Rahmen der Begutachtung als fallführende Ärztin hielt Dr. med. L. \_\_\_\_\_ fest, aus den gastrointestinalen Problemen mit Gewichtszunahme und unregelmässig auftretender Diarrhoe sowie aus dem vorbeschriebenen Diabetes mellitus Typ 2 ergebe sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

### **E. 7.6.2**

Im rheumatologischen Teilgutachten beschrieb Dr. med. N. \_\_\_\_\_ im im Befund unter anderem diffuse Dolenzen an den dorsalen Fortsätzen (cervikal, thorakal und lumbal) sowie akzentuiert palpatorische Dolenzen paravertebral rechts im mittleren BWS-Bereich sowie tieflumbal und im thorakolumbalen Übergangsbereich (ohne radikuläre Zeichen). Er hielt fest, dass sich der Gesundheitszustand seit dem Jahr 2014 verschlechtert habe. Das Achsenskelett sei zwar vergleichbar zur gutachterlichen Feststellung im Jahr 2014, in der Schichtbildgebung fänden sich aber äquivalente typische Folgen der Skoliose und es seien sowohl zervikal wie lumbal rechtsseitig intermittierend auftretende Wurzelsymptome denkbar. Neu gegenüber dem Beschwerdebild aus dem Jahr 2014 würden rechtsseitige Schulterbeschwerden geschildert. Es finde sich eine deutliche Einschränkung der Beweglichkeit, entsprechend wohl eventuell einem Zustand nach adhäsiver Capsulitis (bei cervikoradikulärer Symptomatik als Folge möglich). Allenfalls bestehe aber auch eine degenerative Rotatorenmanschetten-Konstellation bei etwas Impingement-Symptomatik oder die Folge einer Fehllhaltung. Diese Einschränkung sei 2014 noch nicht beschrieben worden. Im Weiteren könne aufgrund der eher dermatomal ausstrahlenden Beschwerden insbesondere am rechten Arm, allenfalls auch am rechten Bein (dort ohne schichtbildgebendes überzeugendes wurzelreizendes Korrelat) von einer Verschlechterung des muskuloskelettären Gesamtzustandes gegenüber 2014 ausgegangen werden. Bezüglich des Skoliosewinkels sei zwar keine bildmorphologische Veränderung identifizierbar, es sei aber aufgrund des zunehmenden Alters überwiegend wahrscheinlich von einer Progression der sekundären degenerativen Veränderungen im Bereich der Facettengelenke und einer Disposition zu allfälligen, disko-ossär bedingten Wurzelreizungen aus anatomischen Gründen auszugehen. Letzteres dürfte zugenommen haben, auch wenn keine zuverlässigen Vergleichsaufnahmen existierten. Die neu weitergehend festgehaltenen funktionellen Auswirkungen der Befunde erklärte er im Wesentlichen damit, dass die achsenskelettäre Strukturskoliose sich zwar bildmorphologisch in der Ausprägung seit 2014 wenig oder kaum verändert habe, sekundäre degenerative Veränderungen jedoch als Folge der doch sehr deutlichen Fehlbelastung ausgeprägter sein dürften (Facettengelenke, Bandscheibenhöhenminderungen) und es - gestützt auf die Schichtbildgebung - intermittierend zu Wurzelreizphänomenen kommen könne, disponiert durch die doch ausgeprägte Fehlform des Achsenskeletts.

### **E. 7.6.3**

Im neurologischen Teilgutachten beschrieb Dr. med. O. \_\_\_\_\_ im Rahmen der Verhaltensbeobachtung eine Einschränkung der Halswirbelsäulenbeweglichkeit nach links beim Blick auf die Uhr. Die klinische Untersuchung ergab sodann im Bereich der oberen Extremitäten eine Sensibilität für Druck und Berührung seitengleich ohne Angabe eines

radikulären oder nerval verteilten Defizits. Die Untersuchung der unteren Extremitäten ergab kein radikulär oder nerval verteiltes sensibles Defizit für Druck und Berührung. Mit Blick auf das eingeholte MR-HWS hielt Dr. O. \_\_\_\_\_ im Bereich der HWK 6/7 eine Diskushernie fest und führte aus, dass eine Kompromittierung der C7-Wurzel links sowie eine Irritation der C7-Wurzel rechts möglich seien. Auch aufgrund des MR-LWS hielt er eine Irritation/Kompromittierung der L5-Wurzel für möglich (MRI Institut Xx. \_\_\_\_\_ vom 14. Oktober 2024). Im Rahmen der Herleitung der Diagnosen stellte er fest, aktuell finde sich im Unterschied zu den Vorbefunden ein unauffälliger, neurologischer Untersuchungsbefund. Die geklagte Schwäche der rechten oberen Extremität finde in der Untersuchung kein Korrelat. Es sei kein radikuläres Defizit bzw. keine radikuläre Reizsymptomatik bei degenerativen Veränderungen der LWS und der HWS zu erkennen. Die beklagte Unsicherheit beim Gehen und Stehen finde ebenfalls kein Korrelat im Sinne eines neurologischen Defizits. Das Schwarzwerden vor Augen nach Bücken in Orthostase führe zur Diagnose eines orthostatischen Schwindels. Die Kopfschmerzsymptomatik mit drückenden von okzipital nach frontal beidseitigen Schmerzen ohne Begleitsymptomatik sei ein häufig auftretender episodischer Spannungskopfschmerz. Für einen symptomatischen Kopfschmerz nach dem Sturz im Jahr 2004 finde sich in der aktuellen Kernspintomographie des Schädels kein Anhalt. Diesbezüglich stützte er sich auf die Zusatzdiagnostik (MRI Neurokranium vom 14. Oktober 2022) des Instituts Xx. \_\_\_\_\_ Basel (Beurteilung durch Dr. med. Ss. \_\_\_\_\_, FMH diagnostische Neuroradiologie). Zusammenfassend ergebe sich aus neurologischer Sicht auch unter Berücksichtigung der neurologischen Verlaufsuntersuchungen seit dem Jahr 2014 kein substantieller Hinweis auf eine relevante Verschlechterung der Kopfschmerzsymptomatik bzw. des geklagten Schwindels. Ein neurologisches Defizit zeige sich weiterhin nicht. Hinsichtlich der funktionellen Auswirkungen der Befunde sei durch die Kopfschmerzsymptomatik intermittierend das Wohlbefinden gestört. Diese Schmerzsymptomatik könnte auch phasenweise die Konzentration und die Merkfähigkeit beeinträchtigen. Durch den orthostatischen Schwindel komme es zu Unsicherheit beim Aufrichten z. B. vom Bücken bzw. Liegen.

#### **E. 7.6.4**

Im psychiatrischen Teilgutachten hielt sodann Dr. med. M. \_\_\_\_\_ im Wesentlichen fest, dass im Unterschied zum Vorgutachten eine deutliche Verbesserung stattgefunden habe und die psychiatrische Diagnose nicht mehr gestellt werden könne. Im Rahmen der Verhaltensbeobachtung seien lautstarke Schmerzäusserungen beim Aufstehen bei der Begrüssung und hörbare Schmerzäusserungen beim Hinsetzen auffällig gewesen, obwohl der Beschwerdeführer schmerzfrei und mit federndem Schritt zu seinem Stuhl habe gehen können. Es habe danach noch ca. 10-15 Minuten hörbare Schmerzäusserungen gegeben, sobald aber das Gespräch in Gang gekommen und auf positive Themen gelenkt worden sei, seien keine Schmerzereignisse mehr erkennbar gewesen. Der Beschwerdeführer habe das rasche Gesprächstempo zwei Stunden lang mithalten können sowie komplex und versiert interagiert. Erst zum Schluss habe er darum gebeten, aufzustehen, da er solche Schmerzen habe. Dann, auf das offene Schuhbündel aufmerksam gemacht, habe er sich problemlos und ohne Schmerzäusserung hinknien und wieder aufstehen können. Er habe beim Stehen mit der Hüfte nach links und rechts gewogen, was aufgrund klinischer Erfahrungen mit Personen, die an LWS-Schmerzen leiden würden, sehr untypisch sei. Die Gesprächsatmosphäre insgesamt sei fröhlich und sehr angenehm gewesen, was auch der Beschwerdeführer selbst so kommuniziert habe. Auch nach dem Gespräch sei er nicht

erschöpft gewesen, sondern schien im Gegenteil - beim Holen von Dokumenten, die er im Besprechungszimmer gelassen hatte - den Smalltalk gemeinsam zu dritt mit seiner Frau über die Zeit in der Schweiz, ihre Ziele und die Kinder sehr zu geniessen. Offensichtlich bestehe eine differenzierte Planungs- und Zukunftskonzeptionsfähigkeit für die gesamte Grossfamilie. Auch im Hinblick auf die sprachliche Verständigung sei von einer hohen Grundintelligenz und guten Sprachfertigkeiten in beiden Sprachen (Deutsch und Serbisch) auszugehen. Im psychiatrischen Befund seien Auffassungsgabe und Konzentrationsvermögen, Merkfähigkeit und Gedächtnis klinisch intakt gewesen. Seine irrtümliche Angabe zum Datum sei in so auffälliger Form erfolgt, dass von einer bewussten Fehlangabe auszugehen sei. Der Bericht des mutmasslichen Traumas 2004 sei ruhig erfolgt, diesbezügliche Alpträume seien klar verneint worden. Es gebe keinen Anhaltspunkt für inhaltliche Denkstörungen, insbesondere keinen Anhalt auf psychotisches Erleben. Die Affektivität sei nicht erkennbar beeinträchtigt. Über sozialen Rückzug habe der Beschwerdeführer zwar vordergründig geklagt, praktisch bestehe aber ein sehr guter Bezug zur Ehefrau, zu seiner Mutter und zu allen Kindern sowie zu seiner Schwester. In der medizinischen Beurteilung ging Dr. med. M. \_\_\_\_\_ auf die Arztberichte aus Serbien ein und erläuterte, dass die gestellten Diagnosen einer PTBS nicht begründet worden seien. Die dort erwähnten Alpträume seien aktuell als klar unfallfremd einzuordnen. Darüber hinaus enthielten die Berichte keine weiteren Schilderungen eines Arousal oder Flashbacks, weshalb im Gegensatz zu den Einschätzungen der behandelnden Ärzte nicht von einer posttraumatischen Belastung auszugehen sei. Im Weiteren hätten sich in der Exploration selbst, die der Beschwerdeführer problemlos zwei Stunden ohne Pause durchgehalten habe, keinerlei Anzeichen für die in den Berichten aus Serbien geschilderten Konzentrationsprobleme, Nervosität oder depressiven Symptome ergeben. Auch für die im letzten Bericht vom 12. August 2022 (von der behandelnden Psychiaterin Dr. F. \_\_\_\_\_) geschilderten kognitiv und mnestisch eingeschränkten Funktionen sowie den verlangsamten Gedankenfluss habe sich kein Anhaltspunkt ergeben. Die niedrige Behandlungsfrequenz und der Kommentar im Bericht, es genüge eine Kontrolle in vier Monaten, deute nicht auf einen hohen Leidensdruck hin. Dementsprechend hätten sich in der Konsistenzprüfung sehr viele Aspekte ergeben, wonach die Beschwerden mindestens deutlich ausgestaltet würden, bis dahingehend, dass Verhaltensweisen präsentiert würden, die der Simulation verdächtig seien (etwa, dass sich der Beschwerdeführer trotz Klagen über massive Rückenschmerzen problemlos habe bücken können). In der Verlaufsbeurteilung falle auf, dass im Bericht der Klinik W. \_\_\_\_\_ im Jahr 2005 eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert worden sei. Bereits im ABI-Gutachten vom Jahr 2014 sei darauf hingewiesen worden, dass der Psychostatus im Entlassbericht nur noch von leichten Konzentrationsstörungen, lediglich einer inneren Unruhe sowie einem deprimierten Affekt spreche, was retrospektiv nur eine leichte depressive Episode zu begründen vermöge. Heute liege betreffend die depressiven Symptome gegenüber dem ABI-Gutachten eine Befundverbesserung vor. Der Explorand könne sehr komplex interagieren, argumentieren und planen. Er sei im Gespräch durchgehend euthym und schwingungsfähig. Die Fähigkeit, sich zu freuen, sei deutlich erhalten, der Antrieb sei sicher nicht gemindert. In der Würdigung der Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen sei festzuhalten, dass der Beschwerdeführer im Kreise seiner Grossfamilie lebe, stabil seine erste Ehe führe und am Leben seiner drei Kinder intensiv Anteil nehmen sowie trotz angeblicher kognitiver Probleme regelmässig seinem Sohn bei den Hausaufgaben helfen könne. Er kümmere sich auch um seine Ziegen.

### **E. 7.6.5**

Im neuropsychologischen Teilgutachten stellte lic. phil. P. \_\_\_\_\_ in der Validitätsbeurteilung ein auffälliges Antwortverhalten im angewandten Beschwerdevalidierungstest (DMT) und im expliziten Beschwerdevalidierungstest (TOMM) fest. Aufgrund der Verhaltensbeobachtungen arbeite der Beschwerdeführer in der Testung zwar kooperativ und bemüht mit, jedoch mit einem deutlich verminderten Antrieb. Dabei lasse er sich nicht zu einer aktiveren Mitarbeit motivieren. Das Nichtkönnen wirke demonstrativ. In den meisten Tests erziele er Leistungen mit einem Prozentrang kleiner als 1, das heisst, dass mehr als 99% der gleichaltrigen männlichen Personen in der gleichen Aufgabe ein besseres Ereignis erzielen würden. Der Explorand gebe zwar an, dass er im Alltag umfassend auf Hilfe angewiesen sei, doch erfülle er trotzdem Aufgaben im Haushalt oder gehe allein zu Spaziergängen ausser Haus. Er könne sich Namen merken und Gesprochenes wisse er für den Moment. Das Verständnis für Inhalte aus TV / Radio sei gut; merken könne er sich die Inhalte für den Moment; zum allgemeinen Tagesgeschehen sei er informiert. Er könne den PC und das Smartphone nutzen. Der Explorand sei autobiographisch, situativ und zeitlich orientiert. Zudem würden in der Testsituation die Instruktionen angemessen schnell verstanden und während der Testdurchführung nicht wieder vergessen. All diese Teilleistungen seien deutlich im Widerspruch zum testpsychologischen Leistungsniveau von einem Prozentrang kleiner als 1. In den Akten fänden sich weder neuropsychologische Vorbefunde noch Beschreibungen einschränkender kognitiver Leistungen, obwohl die Defizite nach Angaben des Exploranden unmittelbar mit dem Unfall begonnen hätten.

### **E. 7.7**

Die Darlegung der interdisziplinär gestellten Diagnosen ist bereits in die Prüfung des Revisionsgrunds eingeflossen, weshalb auf die erneute Wiedergabe verzichtet wird (vgl. oben E. 6.3.2). Zur Begründung der Diagnosen ist Folgendes festzuhalten: Die Gutachter hielten in der medizinischen Gesamtbeurteilung fest, rheumatologisch zeigten sich aktuell bezüglich des Achsenskelettes vergleichbare Situationen zur gutachterlichen Beurteilung 2014. Allerdings fänden sich in einer weiterführenden Schichtbildgebung äquivalente typische Folgen der vorbeschriebenen deutlichen Doppel-S-förmigen Strukturskoliose der Wirbelsäule, thorakal rechts konvex, lumbal und zervikal links konvex. Sowohl zervikal wie lumbal seien rechtsseitig intermittierend auftretende Wurzelsymptome möglich. Die morgendlichen Steifigkeitsbeschwerden des Exploranden seien aufgrund feststellbarer Facettengelenksarthrosen nachvollziehbar. Gesamt würden sie (die Gutachter) überwiegend wahrscheinlich davon ausgehen, dass die sekundären degenerativen Veränderungen als Folge der doch sehr deutlichen Fehlbelastung, ausgeprägter seien als 2014, so dass neu eine Einschränkung für adaptierte Tätigkeiten attestiert werden könne. Psychiatrisch liege keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Teilweise bei sehr widersprüchlichen Angaben - etwa der Betonung, vergesslich zu sein, trotz konzentrierter zuverlässiger Interaktion - sei der Eindruck einer deutlich ausgestalteten Beschwerdepräsentation entstanden. Dieser Eindruck habe sich in den übrigen Gutachten bestätigt. In der neuropsychologischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer sodann in den Beschwerdevalidierungstests ein sehr auffälliges Antwortverhalten gezeigt. Zumeist habe er in den Tests Leistungen mit einem Prozentrang unter 1 erreicht (d.h. mehr als 99% der gleichaltrigen männlichen Personen würden in der gleichen Aufgabe ein besseres Ergebnis erzielen). Dies habe nicht der geschilderten Alltagsfunktionalität des

Beschwerdeführers entsprochen, weshalb bei nicht validen Testergebnissen keine Angaben zu einer allfälligen Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht getroffen werden könnten. Ungeachtet der deutlich ausgestalteten Beschwerdepräsentation ergebe sich aber für die geltend gemachten Beschwerden, wenn auch nicht im vollumfänglichen Ausmass, ein organischer Kern.

### **E. 7.8**

Daraus zogen die Gutachter folgende Schlüsse hinsichtlich der Funktionseinschränkungen und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers: Im bisherigen Verlauf sei eine deutlich verminderte Leistungsfähigkeit des Bewegungsapparates zu attestieren, wobei die Einschränkungen neu auch für optimal angepasste Tätigkeiten gelten würden. Die achsenskelettäre Strukturskoliose habe sich zwar bildmorphologisch in der Ausprägung wenig oder kaum verändert. Es sei aber davon auszugehen, dass die sekundären degenerativen Veränderungen als Folgen der doch sehr deutlichen Fehlbelastung heute ausgeprägter seien (Facettengelenke, Bandscheibenhöhenminderungen) und es könne auch aufgrund der Schichtbildung intermittierend zu Wurzelreizphänomenen kommen, disponiert durch die ausgeprägte Fehlform des Achsenskelettes. Mit dem Cobb-Winkel werde das Ausmass der durch die Skoliose hervorgerufenen Wirbelsäulenverkrümmung festgelegt, wobei bei einem Befund ab 20° orthopädisch interveniert werden sollte und ab 50° eine chirurgische Intervention zu diskutieren wäre. Beim Beschwerdeführer liege - unverändert zur Vorbegutachtung - ein Cobb-Winkel rechtsbetont thorakal mit 42° vor. Der Scheitelpunkt sei bei BWK 9, der Cobb-Winkel lumbal linkskonvex betrage 26°. Aufgrund der deutlich notwendigen vermehrten Haltearbeit der Rumpfmuskulatur komme es zu Überlastungsbeschwerden mit einer sich daraus ergebenden Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Durch den orthostatischen Schwindel komme es zu Unsicherheiten beim Aufrichten (z.B. nach dem Bücken bzw. Liegen). Es sollten keine Tätigkeiten auf Leitern, Gerüsten bzw. in Absturzgefahr durchgeführt werden. Aufgrund der Kopfschmerzsymptomatik sei eine Schicht- oder Nacharbeit nicht zu empfehlen.

### **E. 7.9**

Gestützt darauf schlossen die Gutachter, dass dem Beschwerdeführer - wie bereits gutachterlich 2014 attestiert - die angestammte Tätigkeit als Lagerist/Magaziner nicht mehr möglich sei. In angepasster Tätigkeit bestehe sodann eine Arbeitsfähigkeit von 60%. Die Reduktion erfolge aufgrund einer teils langsameren Leistungsgeschwindigkeit, der vermehrten Pausennotwendigkeit sowie dem vermehrten Erholungsbedarf. Möglich seien körperlich leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung, Hantieren von Lasten, körpernah 5-7 kg, körperfern 2-3 kg. Keine überkopf- oder gehäuft gebückt zu verrichtende Tätigkeiten, keine Arbeit mit wiederholtem Rotieren des Oberkörpers. Kein ausschliessliches Stehen und Gehen (bis zu 2/3 der Zeit, aber nicht am Stück), keine Arbeiten mit Schultergürtelbelastung und gehäufte Kopfdrehungsnotwendigkeit. Keine Tätigkeiten auf Leitern, Gerüsten bzw. insbesondere in Absturzgefahr.

### **E. 7.10**

Die Vorinstanz hielt in einer internen medizinisch-juristischen Beurteilung vom 20. April 2023 (Dres. med. Tt. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, Uu. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH) fest, dass auf das nachvollziehbare, plausible und vollständige asim-Gutachten abzustellen sei. Es sei von einer vollen Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit und von einer

Arbeitsunfähigkeit von 40% für eine angepasste Tätigkeit auszugehen.

#### **E. 7.11**

Nach Erhalt des rentenablehnenden Vorbescheids vom 5. Juli 2023 (IVSTA-act. 344) reichte der Beschwerdeführer weitere medizinische Berichte zu den Akten, welche der medizinische Dienst vor Erlass der angefochtenen Verfügung würdigte (vgl. dazu näher E. 8.3 unten).

#### **E. 8**

Im Folgenden ist zu prüfen, ob das asim-Gutachten den allgemeinen Beweisanforderungen an ein Gutachten standhält und gestützt darauf von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten auszugehen ist.

#### **E. 8.1**

Der Beschwerdeführer rügt sinngemäss, seine medizinischen Unterlagen seien nicht ausreichend berücksichtigt worden, und legt unter anderem Berichte vor, die zwar in den Vorakten enthalten sind, aber im Aktenauszug des asim-Gutachtens keine Erwähnung fanden. Wie im Folgenden aufgezeigt wird, bestehen diesbezüglich aber keine konkreten Indizien, die gegen die Erfüllung sämtlicher Anforderungen an das externe asim-Gutachten sprechen, um den vollen Beweiswert zu entfalten.

#### **E. 8.1.1**

Im Aktenauszug des asim-Gutachtens fehlt der Bericht über rheumatologische Leistungstests des Universitätsspitals D. \_\_\_\_\_ vom 21. Oktober 2004 (IVSTA-act. 3), den der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 15. August 2024 (BVGer-act. 26) erneut eingereicht hat. Die Leistungstests wurden aber in weiteren Berichten angeführt, die den Gutachtern vorlagen (vgl. Berichte von Dres. med. S. \_\_\_\_\_ und T. \_\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2004 [IVSTA-act. 4] sowie von Dres. med. U. \_\_\_\_\_ und V. \_\_\_\_\_ vom 8. November 2004 [IVSTA-act. 6]). Es reicht aus, dass der fehlende Bericht darin erwähnt bzw. auszugsweise wiedergegeben wurde (vgl. Urteil des BGer 9C\_190/2016 vom 20. Juni 2016 E. 4.1). Der verknappte Aktenauszug vermag die Schlüssigkeit des Gutachtens nicht zu beeinträchtigen.

#### **E. 8.1.2**

Im Weiteren wurde im Aktenauszug der IV-Arztbericht von Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ vom 13. April 2005 nicht genannt (IVSTA-act. 14), den der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 15. August 2024 (BVGer-act. 26) erneut eingereicht hat. Den Gutachtern war aber der Bericht der Klinik W. \_\_\_\_\_ vom 7. März 2005 bekannt, auf den sich Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ in seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bezog. Offensichtlich vermag seine am 13. April 2005 für die Zukunft prognostizierte Arbeitsfähigkeit von 50% in einer leidensangepassten Tätigkeit die Jahre später erfolgte gutachterliche Einschätzung der ab 12. Oktober 2022 auf 60% reduzierten Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten nicht in Frage zu stellen (vgl. Urteil des BGer 8C\_130 vom 8. August 2023 E. 4.2).

#### **E. 8.1.3**

Schliesslich wurden im Aktenauszug der auf Beschwerdeebene erneut eingereichte Bericht des behandelnden Neuropsychiaters Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 8. Februar 2013 sowie der unmittelbar daran anschliessende Bericht des Spitals Dd. \_\_\_\_\_ vom 12. Februar 2013 nicht genannt (vgl. oben E. 7.3.1 in fine). Der Beschwerdeführer hat beide Berichte

ursprünglich gleichzeitig in der Übersetzung von «Vv.\_\_\_\_\_, Deutschlehrer und Gerichtsdolmetscher» eingereicht (IVSTA-act. 66-67). Im Aktenauszug wird sodann ein «Arztbericht Dr. med. Vv.\_\_\_\_\_, Neuropsychiater» vom 8. Februar 2015 erwähnt, der aber nicht bei den Akten liegt. Der Name Vv.\_\_\_\_\_ scheint in den gesamten Akten nicht als Name eines Arztes, sondern ausschliesslich als Name des Übersetzers auf. Das Gutachten bezieht sich lediglich aufgrund eines redaktionellen Versehens unter dem Namen «Dr. med. Vv.\_\_\_\_\_» auf die Berichte von Dr. G.\_\_\_\_\_ vom 8. Februar 2013 und des Spitals Dd.\_\_\_\_\_ vom 12. Februar 2013. Es ist ohne Weiteres von der Vollständigkeit des Gutachtens auszugehen, zumal sich auch der psychiatrische Gutachter inhaltlich in der Verlaufsbeurteilung mit den Berichten auseinandergesetzt hat (vgl. IVSTA-act. 333/66).

#### **E. 8.1.4**

Im Weiteren fehlt im Aktenauszug ein Arztbericht für physikalische Medizin und Rehabilitation (Rehaklinik Kk.\_\_\_\_\_), den der Beschwerdeführer erneut mit Eingabe vom 15. August 2024 (BVGer-act. 26) einreichte. Darin wurden spezialärztlich gestellte Diagnosen und 10-malige physikalische Behandlungen dokumentiert (IVSTA-act. 180). Die im Bericht enthaltenen Diagnosen und Empfehlungen gehen aber hinreichend aus den im Gutachten erwähnten Arztberichten sowie den aufgrund der Wirbelsäulenschmerzen regelmässig beschriebenen physikalischen Behandlungsempfehlungen von Dr. Cc.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, und Dr. Jj.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, hervor. Der neurologische Gutachter Dr. med. O.\_\_\_\_\_ hat denn auch anamnestisch erhoben, dass der Beschwerdeführer «jeweils in Blöcken 10 Tage physikalische Anwendungen» erhalte, sowie auf die von Dr. Jj.\_\_\_\_\_ gestellten Diagnosen Bezug genommen. Im Weiteren erwähnte der rheumatologische Gutachter Dr. N.\_\_\_\_\_ mehrere physikalisch-medizinische und rehabilitative Berichte, welche die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden als Folgen eines strukturellen Wirbelsäulenleidens beschreiben, das nicht kausal behandelbar sei. Demnach sind die medizinisch relevanten Informationen ausreichend berücksichtigt worden, zumal auch die Gutachter das ausgeprägte degenerative Wirbelsäulenleiden als Hauptdiagnose mit Arbeitsunfähigkeit festgehalten haben.

#### **E. 8.1.5**

Keine Erwähnung im Aktenauszug fand schliesslich ein Bericht der Rheumatologischen Abteilung des Instituts Ww.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_, vom 24. Juni 2021 (IVSTA-act. 298), den der Beschwerdeführer mit Replik erneut einreichte. Die darin enthaltenen Informationen von Dr. Nn.\_\_\_\_\_ sind widersprüchlich. Einerseits hält sie eine «densitometrisch verifizierte Osteopenie/Juni 2020» fest, andererseits diagnostiziert sie eine Osteoporose. Da sich das Schreiben auf die Densitometrie vom 25. Juni 2020 von Dr. Mm.\_\_\_\_\_ bezieht, war den Gutachtern die Befundlage bekannt. Im Weiteren hat Dr. Nn.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 24. Juni 2021 wortwörtlich die gleiche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus ihrem Vorbericht übernommen, der den Gutachtern vorlag (vgl. E. 7.4.1 in fine). Das Gutachten hält gestützt auf die Densitometrie vom 25. Juni 2020 denn auch als Diagnose eine Osteopenie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (vgl. E. 6.3.2). Damit fanden die relevanten Vorakten ausreichend Berücksichtigung.

#### **E. 8.1.6**

Sodann führt das Gutachten im Aktenauszug zwar diverse Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. F.\_\_\_\_\_ auf (vgl. IVSTA-act. 185, 209, 235, 295, 302, 305). Unerwähnt

blieb aber der auf Beschwerdeebene erneut eingereichte Bericht vom 28. Februar 2019, in dem die Diagnose ICD-10 «F33.3 (Remission)» gestellt und im Befund eine un stabile Remission beschrieben wurde (IVSTA-act. 164). Dies entspricht insofern der Einschätzung der Gutachter, als dass sie von einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit remittiert, ausgingen (vgl. oben E. 6.3.2). Im Weiteren fehlt im Aktenauszug der Bericht vom 25. Juni 2021 (IVSTA-act. 299). Die darin gestellten Diagnosen entsprechen den Diagnosen von Dr. F. \_\_\_\_\_ im später erstellten Bericht vom 26. November 2021 (IVSTA-act. 302), der den Gutachtern vorlag. Mit den darin enthaltenen Informationen setzte sich denn auch Dr. med. M. \_\_\_\_\_ im psychiatrischen Teilgutachten auseinander, weshalb die relevanten medizinischen Vorakten ausreichend berücksichtigt wurden.

#### **E. 8.1.7**

Demnach lagen den Gutachtern die relevanten medizinischen Vorakten vor, weshalb der verkürzte Aktenauszug die Vollständigkeit des Gutachtens bzw. die Schlüssigkeit der Beurteilung der Funktionseinschränkungen nicht zu beeinträchtigen vermag.

#### **E. 8.2**

Sodann beruht das Gutachten vom 31. Dezember 2022 auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde - wie oben dargelegt - in Kenntnis der relevanten medizinischen Vorakten abgegeben. Gestützt darauf begründeten die Fachgutachter ihre Schlussfolgerungen. In der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation leuchtet das Gutachten ein. Des Weiteren erfolgten eine interdisziplinäre Beurteilung und die Beantwortung der gestellten Fragen. Das Gutachten genügt daher den formalen Anforderungen der Rechtsprechung an ein voll beweiswertiges Gutachten (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2; 134 V 231 E. 5.1; Urteil des BVerG C-2563/2020 vom 31. Dezember 2024 E. 10.1.2).

#### **E. 8.2.1**

Der psychiatrische Fachgutachter ist seiner Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nachgekommen (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.3). Das Gutachten enthält die Beschreibung des Tagesablaufs, des Aktivitätsniveaus sowie eine Stellungnahme zur Validität der berichteten, nicht direkt beobachteten Beschwerden, die zum obligaten Bestandteil eines versicherungspsychiatrischen Gutachtens gehören (Urteil des BVerG 9C\_761/2017 vom 15. Oktober 2018 E. 3.2). Sodann hat der Gutachter im Rahmen der Exploration einen psychiatrisch unauffälligen Befund erhoben. Er nahm eine kritische Würdigung der von der Klinik W. \_\_\_\_\_ am 7. März 2005 gestellten Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode sowie der damaligen Arbeitsunfähigkeitsschätzung von 50% vor. Retrospektiv vermögen die im damaligen Entlassbericht geschilderten Symptome lediglich eine leichte depressive Episode zu begründen. Was sodann die im ABI-Gutachten noch enthaltene Diagnose einer leichten depressiven Episode (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) betrifft, konnte er bezüglich der Symptome eine eindeutige Befundverbesserung feststellen. Im Weiteren hat er hinreichend Bezug genommen auf die in den Arztberichten ab 2008 festgehaltene posttraumatische Genese einer somatoformen Störung bzw. die beschriebene prolongierte depressive Erkrankung. In einer überzeugenden Verlaufsbeurteilung schloss er dies für den Zeitraum ab 2008 aus. Auf ihn wirkten die Berichte so, als würde auf die Befunde der zuvor behandelnden Psychiater referenziert. Auffallend sei auch der Besuch vieler unterschiedlicher Ärzte, den der Beschwerdeführer nicht habe erklären können. Das

psychiatrische Teilgutachten enthält damit jene Elemente, die als Voraussetzung für die Durchführung der Standardindikatorenprüfung gelten. Da Ausgangspunkt und erste Voraussetzung dieser Prüfung eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bildet (vgl. E. 4.11 hiervor), kann die Indikatorenprüfung unterbleiben, da sich keine solche Diagnose stellen lässt (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 und E. 8.1; Urteil des BGer 8C\_395/2018 vom 3. September 2018 E. 8.1). Das neuropsychologische Gutachten hält sodann überzeugend fest, dass gestützt auf die Wertungskriterien von Sherman E, Slick DJ und Iverson GL (2020) die Validität der neuropsychologischen Befunde klar nicht gegeben ist. Aufgrund der testpsychologisch objektivierten Defizite liegen Anhaltspunkte für eine Aggravation vor, weshalb in neuropsychologischer Hinsicht keine Diagnose gestellt werden konnte.

### **E. 8.2.2**

In somatischer Hinsicht geht aus den rheumatologischen und neurologischen Teilgutachten übereinstimmend hervor, dass bereits vor dem Unfall vom März 2004, im Zuge dessen sich der Beschwerdeführer Prellungen zuzog, ein ausgeprägtes Wirbelsäulenleiden (strukturelle Skoliose) bestanden hatte. Die beiden Teilgutachten unterscheiden sich aber in der Einordnung der Folgen. So hielt Dr. med. O. \_\_\_\_\_ im neurologischen Teilgutachten ausdrücklich fest, es zeige sich im Vergleich zum ABI-Gutachten weiterhin kein neurologisches Defizit. Es sei bei degenerativen Veränderungen der LWS und der HWS kein radikuläres Defizit bzw. keine radikuläre Reizsymptomatik zu erkennen. Dr. med. N. \_\_\_\_\_ hielt im rheumatologischen Befund Dolenzen (ohne radikuläre Zeichen) fest und kam aufgrund der Schichtbildung zum Schluss, es seien sowohl zervikal wie lumbal rechtsseitig intermittierend auftretende Wurzelreizsymptome denkbar. Im Weiteren legte er in muskulärer Hinsicht dar, dass es im Zusammenhang mit der Skoliose aufgrund der deutlich notwendigen vermehrten Haltearbeit der Rumpfmuskulatur zu Überlastungsbeschwerden mit einer sich daraus ergebenden Einschränkung der Leistungsfähigkeit komme.

### **E. 8.2.3**

In der konsensualen Herleitung der Diagnosen und bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter im Ergebnis nachvollziehbar fest, dass ungeachtet der deutlich ausgestalteten Beschwerdepräsentation bei der psychiatrischen Untersuchung und dem sehr auffälligen Antwortverhalten bei der neuropsychologischen Testung die geklagten somatischen Beschwerden - wenn auch nicht in (geklagtem) vollumfänglichem Ausmass - einen organischen Kern hätten. Aufgrund der deutlichen Strukturskoliose der Wirbelsäule mit einem (seit 2014 unveränderten) Cobb-Winkel von 42° würden sich aus rheumatologischer Sicht nachvollziehbare Einschränkungen der Belastbarkeit des Achsenskeletts ergeben. Nachvollziehbar ist weiter auch, dass infolge orthostatischen Schwindels bei im Übrigen normalem und seit 2014 unverändertem neurologischem Befund diesbezüglich aus neurologischer Sicht eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (keine Arbeiten auf Leitern, Gerüsten etc.). Aufgrund der dargestellten z.T. stark inkonsistenten und mindestens verdeutlichenden bis simulativen Angaben des Beschwerdeführers zu Beschwerden, deren Ausmass und zum Aktivitätsniveau und der anlässlich der Untersuchung erhobenen Befunde fragt sich jedoch, ob vorliegend - zusätzlich zu den medizinisch einleuchtenden qualitativen Einschränkungen - der von rheumatologischer Seite postulierten Einschränkung des Rendements bei zumutbarer Vollzeitätigkeit insbesondere aufgrund einer herabgesetzten

Arbeitsgeschwindigkeit sowie einem erhöhten Pausen- und Erholungsbedarf gefolgt werden kann. Psychiatrisch wurde im Rahmen der Begutachtung eine mindestens verdeutlichende Beschwerdepräsentation festgestellt, auch wenn im Rahmen der somatischen Begutachtungen keine Anhaltspunkte für eine Verdeutlichungstendenz auffielen. Neuropsychologisch wurde sogar eine Aggravation festgestellt, deren Auswirkungen sich aber von den Gutachtern im Umfang der aggravierten Darstellung des kognitiven Leistungsvermögens bereinigen liessen. Gemäss dem rheumatologischen Teilgutachter ist sodann das subjektiv geäussert äusserst geringe Aktivitätsniveau im Haushalt muskuloskelettär nicht erklärbar, wobei «nicht-muskuloskelettäre Faktoren hier das Gesamtbild, wie es sich in der Anamnese für den Alltag präsentiert, signifikant mitprägen (dürften)» (IVSTA-act. 333/84). Laut Anamnese des rheumatologischen Teilgutachters züchte die Familie Ziegen für den Verkauf. Der Beschwerdeführer kümmere sich um diese Tiere, gleichzeitig würden aber «die Hausarbeiten meistens von der Ehefrau bewältigt, da der Explorand bei den meisten Tätigkeiten im Haus wieder Schmerzen verspüre». Damit werden auch im rheumatologischen Teilgutachten Inkonsistenzen bezüglich der Einschränkung des Aktivitätsniveaus aufgezeigt, die jedoch so nicht Eingang in die Gesamtbeurteilung gefunden haben. Im Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer unter anderem als [Beruf] gearbeitet hat und ausgebildeter [Beruf] ist. Sein angegebenes geringes Aktivitätsniveau im Haushalt ist, worauf im rheumatologischen Teilgutachten zutreffend hingewiesen wurde, nicht plausibel nachvollziehbar, und wird, worauf der rheumatologische Gutachter zutreffend hinweist, signifikant durch andere als invalidenversicherungsrechtlich relevante objektivierbare Krankheitsfolgen bestimmt. Insoweit erscheint die Annahme eines aus rheumatologischer Sicht eingeschränkten Rendements in einer Verweistätigkeit nicht hinreichend nachvollziehbar. Die Frage, warum während der vollen Präsenzzeit von einer Verlangsamung der Leistungsgeschwindigkeit auszugehen ist, wird im Gutachten nicht weiter diskutiert. Im Ergebnis kann jedoch auf die gutachterliche Einschätzung einer ab Gutachtenszeitpunkt auf 60% herabgesetzten Leistung für optimal angepasste Tätigkeiten aufgrund der in medizinischer Hinsicht nachvollziehbaren somatischen Befunde abgestellt werden. Denn die somatischen Befunde führten zur Feststellung eines andauernden Gesundheitsschadens mit einer eher ungünstigen Prognose, welche ebenfalls Eingang in die Schätzung der Arbeitsunfähigkeit von 40% gefunden hat. Die Gutachter listeten im Rahmen der Hauptdiagnose die bildgebend feststellbaren (allgemein) fortschreitenden Veränderungen aufgrund der Skoliose auf, wofür sich auch im objektiven Befund erste Anzeichen fanden (etwa eingeschränkte Nackenbeweglichkeit). Im interdisziplinären Konsens hielten sie entsprechend schlüssig ein cerviko-thorako-lumbovertebrales Schmerzsyndrom fest, mit nicht auszuschliessender intermittierender tiefcervikaler Wurzelreizsymptomatik links bei bildgebend möglicher diskogener Wurzelaffektion C7, möglichen Scheuermann'schen Wirbelkörperveränderungen mitthorakal sowie einer möglichen diskoosären Wurzelaffektion L5 links. Mit Blick auf objektivierbare Folgen bei progredientem Verlauf der Skoliose erklärt sich denn auch hinreichend, weshalb die Gutachter im interdisziplinären Konsens die Symptomatik aus rheumatologischer Sicht für plausibel hielten, ohne die Frage fehlender radikulärer Zeichen im Gutachtenszeitpunkt weiter zu diskutieren. Von der Validität des somatischen Befunds mit intermittierend möglichem Auftreten von radikulärer Reizsymptomatik, was bei der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung entsprechend berücksichtigt wurde, kann somit ausgegangen werden, ungeachtet der inkonsistenten Angaben des Beschwerdeführers. Die gutachterliche Beurteilung wurde

denn auch vom medizinischen Dienst gestützt (Dres. Tt. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation, und Uu. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; IVSTA-act. 339). Wie nachfolgend aufgezeigt, hat auch der Facharzt für Rheumatologie des medizinischen Dienstes (Dr. med. Ww. \_\_\_\_\_) an der Arbeitsunfähigkeitsschätzung von 40% festgehalten (vgl. unten E. 8.3.1). Als Grund nannte er, dass eine Diskushernie die Nervenwurzel links reizen könne, auch ohne neurologische Konsequenzen der Nervenwurzelkompression im neurologischen Befund (von Dr. med. O. \_\_\_\_\_). Deren sporadisches Auftreten sei nicht auszuschliessen und deshalb bereits im Rahmen der Arbeitsunfähigkeitsschätzung der Gutachter mitberücksichtigt worden (IVSTA-act. 353). Insofern ist die gutachterliche Beurteilung einer neu um 40% eingeschränkten Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten nachvollziehbar. Zusammengefasst geht aus dem asim-Gutachten schlüssig hervor, dass bereits vor dem Unfall vom März 2004, im Zuge dessen sich der Beschwerdeführer Prellungen zuzog, ein ausgeprägtes Wirbelsäulenleiden (strukturelle Skoliose) bestanden hatte. Aufgrund der diesbezüglich langsam fortschreitenden degenerativen Veränderungen war seit dem Jahr 2014 von einem Gesundheitsschaden auszugehen, der das Heben von schweren bis mittelschweren Lasten beeinträchtigte, aber keine Arbeitsunfähigkeit für angepasste Tätigkeiten nach sich zog. Gestützt auf das in der gutachterlichen Diskussion als führend eingestufte rheumatologische Teilgutachten ist sodann festzuhalten, dass sich ab dem Gutachtenszeitpunkt (Dezember 2022) weitere objektivierbare Einschränkungen für Verweistätigkeiten abzeichneten, weshalb die geschätzte Arbeitsunfähigkeit von 40% für optimal angepasste Tätigkeiten nicht zu beanstanden ist.

### **E. 8.3**

Schliesslich vermögen auch die noch nicht im Gutachten vom 31. Dezember 2022 gewürdigten Arztberichte aus dem Jahr 2023, welche der Beschwerdeführer im Vorbescheidverfahren eingereicht hat, keine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustands zu belegen. Wie der medizinische Dienst der Vorinstanz überzeugend ausgeführt hat, handelt es sich dabei lediglich um eine andere ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts. Wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird, bestehen für das Bundesverwaltungsgericht keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der medizinischen Beurteilung durch Dres. med. Ww. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie und Uu. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (IVSTA-act. 353 und 354).

#### **E. 8.3.1**

Dr. K. \_\_\_\_\_, Neurochirurg, ging im Bericht vom 28. Juli 2023 anhand des MRI vom 14. Oktober 2022 des Instituts Xx. \_\_\_\_\_ von einer Frakturstelle des Hinterhauptbeins mit vernarbten Veränderungen des Kleinhirns bzw. von verdicktem Hirngewebe als Folge einer postkontusionalen Gliose aus (IVSTA-act. 345). Diese Einschätzung ist aufgrund der überzeugenden Darlegungen des neurologischen Gutachters Dr. med. O. \_\_\_\_\_ nicht nachvollziehbar. Die Gutachter hatten in Kenntnis der Vorgeschichte (Schädelkontusion) sowie der geklagten Beschwerden (Kopfschmerzen, kognitive Einschränkungen) das MRI Neurokranium des Instituts Xx. \_\_\_\_\_ veranlasst, das aber einen unauffälligen Befund ergab. Wie der medizinische Dienst (Dr. med. Ww. \_\_\_\_\_) in der Stellungnahme vom 12. September 2023 darlegt, spricht der Zusatzbefund des Instituts Xx. \_\_\_\_\_ gegen die von Dr. K. \_\_\_\_\_ angenommene Schädelfraktur (IVSTA-act. 353). Zwar berichteten Dr. med.

Ss. \_\_\_\_\_ (Zusatzbefund) und Dr. med. O. \_\_\_\_\_ (neurologisches Teilgutachten) von vereinzelt, punktförmigen bis kleinfleckigen subkortikalen Marklagergliosen. Dr. med. Ss. \_\_\_\_\_ stellte diesbezüglich aber ausdrücklich fest, dass «keine fokalen Veränderungen im Sinne von kortikalen/subkortikalen Gliosen (...) vorliegen». Dr. med. O. \_\_\_\_\_ hielt sodann fest, die Befunde seien diskret, insgesamt zeige sich ein unauffälliger neurologischer Untersuchungsbefund. Für einen symptomatischen Kopfschmerz nach dem Sturz im Jahr 2004 finde sich in der aktuellen Kernspintomographie des Schädels kein Anhalt. Gestützt darauf hielt Dr. med. Ww. \_\_\_\_\_ für den medizinischen Dienst zutreffend fest, dass das Kleinhirn im Gutachten als normal beschrieben wurde (IVSTA-act. 353). Da sich alle Ärzte auf dasselbe MRI des Instituts Xx. \_\_\_\_\_ vom 14. Oktober 2022 beziehen und Dr. K. \_\_\_\_\_ diese Bilder lediglich unterschiedlich interpretierte, ist ohne Weiteres davon auszugehen, dass er den gleichen, den Gutachtern bereits bekannten medizinischen Sachverhalt lediglich anders gewürdigt hat. Ohnedies hat Dr. K. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht nur aufgrund der Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule eine Arbeitsunfähigkeit beschrieben, die aber - wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird - von den Gutachtern bereits in ihre Einschätzungen einbezogen wurden. Im Weiteren hielt Dr. K. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 28. Juli 2023 gestützt auf das MRI des Instituts Xx. \_\_\_\_\_ vom 14. Oktober 2022 fest, dass ein Bandscheibenvorfall im Halswirbelbereich C6-7 vorliege, der einer operativen Behandlung bedürfe, sollten die Schmerzen weiterhin bestehen (IVSTA-act. 345). Aus seinem späteren (inhaltlich nicht mehr streitgegenständlichen) Bericht vom 24. Oktober 2024 geht sodann hervor, dass diese Operation nicht vorgenommen wurde (BVGer-act. 32, Beilage). Wie auch der medizinische Dienst (Dr. med. Ww. \_\_\_\_\_) überzeugend festgehalten hat, haben die Gutachter bereits die Diskushernie auf Niveau C6-C7 mit möglichen intermittierenden Wurzelreizungen in ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit einbezogen, weshalb bloss von einer abweichenden Beurteilung desselben medizinischen Sachverhalts auszugehen ist (IVSTA-act. 353). Zudem nimmt Dr. K. \_\_\_\_\_ auf eine klinische Untersuchung Bezug («klinische Hinweise»), ohne diese aber zu beschreiben, und begründet seine Einschätzung weitgehend mit dem MRI des Instituts Xx. \_\_\_\_\_ vom 14. Oktober 2022. Bei Gesundheitsschäden im Bereich der Wirbelsäule stellt aber die klinische Untersuchung, wie sie Dr. med. O. \_\_\_\_\_ vorgenommen hat (vgl. oben E. 7.6.3), die wichtigste und feinste Prüfung dar. Diese umfasst die Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteile des BGer 8C\_431/2024 vom 16. Dezember 2024 E. 6.3.2; 8C\_100/2024 vom 19. September 2024 E. 7.5; 8C\_787/2021 vom 23. März 2022 E. 9.2.2). Allein mit einer abweichenden Beurteilung desselben MRIs zeigt der Bericht von Dr. K. \_\_\_\_\_ keine Aspekte auf, welche die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in Zweifel ziehen könnten, weshalb nach wie vor darauf abzustellen ist.

### **E. 8.3.2**

Der Rheumatologe Dr. I. \_\_\_\_\_ hielt sodann am 3. August 2023 eine generalisierte Osteoporose fest (IVSTA-act. 347), sein Bericht beinhaltet aber keine neuen Werte bezüglich der Knochendichte, sondern bezieht sich auf dieselben statistischen Ergebnisse (LWS Z-Score -2,2) wie der Bericht von Dr. Mm. \_\_\_\_\_ vom 25. Juni 2020 (vgl. oben E. 7.4.1 in fine), der im Gutachten bereits berücksichtigt wurde (vgl. E. 6.3.2, Diagnose einer Osteopenie). Die anderslautende Würdigung des bekannten Densitometrie-Berichts durch Dr. I. \_\_\_\_\_ vermag daher nichts an der gutachterlichen Beurteilung zu ändern. Der rheumatologische Gutachter hat sodann auch die von Dr. I. \_\_\_\_\_ bereits am 16. September 2022 beschriebenen und am 3. August 2023 erneut mit Bezug auf die damalige

Befundlage festgehaltenen degenerativen Veränderungen bzw. Arthrose-Veränderungen berücksichtigt (vgl. IVSTA-act. 333/82 und unten E. 9.3.1), weshalb sich nichts an der gutachterlichen Einschätzung der Funktionseinbussen ändert. Auch ist die von Dr. I. \_\_\_\_\_ lediglich mit Bezug auf den Bericht von Dr. K. \_\_\_\_\_ übernommene Diagnose einer angeblichen Schädelfraktur nicht geeignet, etwas an der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu ändern, wie dies Dr. med. Ww. \_\_\_\_\_ für den medizinischen Dienst überzeugend festgehalten hat (IVSTA-act. 353). Der von Dr. K. \_\_\_\_\_ behauptete und von Dr. I. \_\_\_\_\_ übernommene Gesundheitsschaden liegt auf der Grundlage des voll beweismässigen asim-Gutachtens eindeutig nicht vor.

### **E. 8.3.3**

Im Weiteren weisen die psychiatrischen Berichte von Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 27. Juli 2023 (BVGer-act. 1, Beilage) und von Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 1. September 2023 (IVSTA-act. 346) keine zwischenzeitliche Veränderung des Gesundheitszustands aus. Beide führten bereits bekannte Beschwerden, Symptome, Diagnosen und Schlussfolgerungen zur Arbeitsfähigkeit an. Damit werden die Ergebnisse und Einschätzungen der asim-Gutachter nicht in Frage gestellt, wie Dr. med. Uu. \_\_\_\_\_ für den medizinischen Dienst in der Stellungnahme vom 20. September 2023 zutreffend ausführte (IVSTA-act. 354). Zudem sei laut Dr. med. Uu. \_\_\_\_\_ die Kombination einer organischen und nicht-organischen Depression medizintheoretisch wenig einleuchtend. Dass eine organisch begründete affektive Störung einmal gar nicht (Gutachten) und einmal schwerstens (neuer Bericht von Dr. F. \_\_\_\_\_) ausgeprägt sein sollte, sei nicht nachvollziehbar. Eine organische Grundlage würde nämlich dazu führen, dass die Symptome immer in einer gewissen Ausprägung gegeben sein müssten. Im Weiteren wies er in seiner Stellungnahme überzeugend darauf hin, dass weder die beschriebene Symptomatik noch die niedrige Behandlungsfrequenz auf das Vorliegen einer schweren depressiven Episode schliessen lassen. Dies entspricht auch der Einschätzung des psychiatrischen Gutachters zur gleichlautenden Diagnose in den weitgehend gleichen Vorberichten. Er wies in der Konsistenzprüfung ausdrücklich auf die niedrige Behandlungsfrequenz und den nicht sehr hohen Leidensdruck hin (vgl. E. 7.6.4 hiervor). Es bestehen daher keine Zweifel an der fachlichen Beurteilung des an sich feststehenden Sachverhalts durch den medizinischen Dienst, weshalb darauf abzustellen ist.

### **E. 8.4**

Zusammenfassend haben die Gutachter gestützt auf die vorgenommenen Untersuchungen, Erhebungen sowie unter ausreichender Berücksichtigung der Vorakten begründete, nachvollziehbare Einschätzungen der Funktionseinbussen vorgenommen, die auch durch die nachträglich eingereichten Arztberichte nicht in Zweifel gezogen werden, zumal sich daraus keine Veränderung des Gesundheitszustands ergibt. Im Folgenden ist daher auf die Einschätzungen der Gutachter abzustellen.

### **E. 8.5**

Gestützt auf das asim-Gutachten ist festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Lagerist nicht mehr möglich ist, wie dies bereits am 31. März 2014 gutachterlich festgehalten wurde. Neu bestehen objektivierbare Einschränkungen für angepasste Tätigkeiten. Aufgrund der herabgesetzten Leistungsgeschwindigkeit sowie des zusätzlichen Pausen- und Erholungsbedarfs ist ab Dezember 2022 von einer reduzierten Arbeitsfähigkeit von 60% auszugehen. Möglich sind leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung, mit den weiteren von den Gutachtern angeführten qualitativen

Einschränkungen (vgl. oben E. 7.9).

### **E. 8.6**

Demnach hat die Vorinstanz zu Recht festgehalten, dass ab dem 12. Oktober 2022 von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% in der angestammten Tätigkeit und von einer Arbeitsfähigkeit von 100% bis zur Begutachtung und 60% ab dem Begutachtungszeitpunkt in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen ist (E. 5.1).

### **E. 9**

An diesem Ergebnis vermögen die übrigen Vorbringen und zusätzlich auf Beschwerdebene eingereichten Beweismittel nichts zu ändern. Denn, wie sich der Vollständigkeit halber aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt, enthalten die nachgereichten Arztberichte keine neuen Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären bzw. auf eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustands schliessen lassen.

#### **E. 9.1.1**

Mit der Beschwerde gelangte ein neuer Bericht vom 18. Oktober 2023 von Dr. Cc.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, zu den Akten. Die Skoliose zeige einen Verlauf mit radikulären Störungen, es liege eine dauerhafte Behinderung von 55% vor (Beilage zu BVGer-act. 1). Wie der Rheumatologe Dr. med. Ww.\_\_\_\_\_ für den medizinischen Dienst in der Stellungnahme vom 24. Januar 2024 festgehalten hat, weist der Bericht vom 18. Oktober 2023 lediglich eine anderslautende Beurteilung einer bereits bekannten medizinischen Situation auf (Beilage zu BVGer-act. 10). Diese wurde im Gutachten bereits berücksichtigt. Dr. med. N.\_\_\_\_\_ hat die Darstellung von Dr. Cc.\_\_\_\_\_, dass es sich um ein Fortschreiten radikularischer Störungen handle, ausdrücklich abgelehnt, auch wenn radikuläre Reizphänomene intermittierend vorhanden sein mögen (IVSTA-act. 333/84). Wie der medizinische Dienst dargelegt hat, beruht der Text des neuen Berichts auf den Vorberichten vom 22. Februar 2019 (IVSTA-act. 163) sowie vom 20. Juli 2020 (IVSTA-act. 215) und enthält bereits bekannten Schlussfolgerungen. Dr. Cc.\_\_\_\_\_ hielt denn im Vergleich zu den Vorberichten unverändert an der Arbeitsunfähigkeitsschätzung von 55% fest, die sich im diesbezüglich voll beweismittelreichen Gutachten lediglich zu 40% bestätigen liess. Demnach vermag der Bericht nichts an der gutachtlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu ändern.

#### **E. 9.1.2**

Im Weiteren reichte der Beschwerdeführer mit der Beschwerde eine Bestätigung von Dr. Yy.\_\_\_\_\_ vom 16. Oktober 2023 ein, wonach er seit 2008 in der Ambulanz in Zz.\_\_\_\_\_ behandelt werde. Das Attest enthält die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, ggw. schwergradige Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3). Wie Dr. med. Uu.\_\_\_\_\_ vom medizinischen Dienst festgehalten hat (Beilage zu BVGer-act. 10), sind im Bericht keine neuen medizinischen Informationen enthalten und ist auch die Fachrichtung der Ärztin nicht bekannt. Bei dem Attest handelt es sich lediglich um eine Bestätigung, dass sich der Beschwerdeführer seit 2008 in der Ambulanz behandeln lasse, ohne Beschreibung einer medizinischen Konsultation. Damit vermag der Bericht die gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzungen nicht in Frage zu stellen.

#### **E. 9.2.1**

Mit Replik vom 28. Februar 2024 reichte der Beschwerdeführer neben einer Reihe bereits bekannter medizinischer Berichte in somatischer Hinsicht neu folgende Dokumente ein (BVGer-act. 12, Beilagen): - Bericht vom 16. Juni 2022 von Dr. Jj.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, über die Anmeldung zur Behandlung mit physikalischen Therapien für die Dauer von 10 Tagen. - Neurologischer Bericht von Dr. Ii.\_\_\_\_\_, vom 9. Februar 2024 mit denselben Angaben zum Befund wie im Bericht vom 20. Juli 2022 (IVSTA-act. 333/117). Neu enthalten die anamnestischen Angaben sowie Diagnosen Teile aus dem Bericht des Neurochirurgen Dr. K.\_\_\_\_\_, vom 28. Juli 2023 (vgl. IVSTA-act. 345). Wie Dr. Ww.\_\_\_\_\_, vom medizinischen Dienst in der Stellungnahme vom 15. März 2024 überzeugend festhält, vermögen die Berichte nichts an den bisherigen Einschätzungen zu ändern (BVGer-act. 14, Beilage). Dass der Beschwerdeführer regelmässig 10-tägige physikalische Therapien erhält, wurde von den Gutachtern bereits berücksichtigt. Der neurologische Bericht vom 9. Februar 2024 gleicht sodann im objektiven Befund dem Vorbericht vom 20. Juli 2022, der den Gutachtern bekannt war. Im Weiteren wurde darin lediglich die von Dr. K.\_\_\_\_\_, getroffene Beurteilung des MRI des Instituts Xx.\_\_\_\_\_, vom 14. Oktober 2022 übernommen. Diesbezüglich sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, die gegen die Zuverlässigkeit der bisherigen Einschätzungen der Funktionseinschränkungen durch das asim-Gutachten sprechen, weshalb nach wie vor darauf abzustellen ist.

### **E. 9.2.2**

In psychiatrischer Hinsicht reichte der Beschwerdeführer mit Replik neu die folgenden Dokumente ein (Beilagen zu BVGer-act. 12): - Psychiatrischer Bericht vom 20. September 2022 von Dr. E.\_\_\_\_\_ mit denselben Diagnosen wie im Vorbericht vom 15. März 2021 (ICD-10 F33.3, ICD-10 F06.3 und ICD-10 F43.1; vgl. IVSTA-act. 261). Der Beschwerdeführer sei nicht arbeitsfähig. Kontrolle in 4 Monaten. - Psychiatrischer Bericht vom 12. Dezember 2023 von Dr. F.\_\_\_\_\_ mit wortgleichem Befund, Diagnosen und Medikation wie im Bericht vom 27. Juli 2023 (vgl. Beilage zu BVGer-act. 1; oben E. 8.3.3). Neu wird in der Anamnese auf den Bericht von Dr. K.\_\_\_\_\_ vom 28. Juli 2023 Bezug genommen. Der Beschwerdeführer sei nicht arbeitsfähig. Kontrolle in 3 Monaten. - Bestätigung von Dr. Yy.\_\_\_\_\_ vom 26. Februar 2024 über eine regelmässige Behandlung in der Ambulanz in Zz.\_\_\_\_\_. Wie Dr. med. Uu.\_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 19. März 2024 (Beilage zu BVGer-act. 14) zutreffend festhält, sind die Berichte von Dr. E.\_\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_\_ inhaltlich weitgehend deckungsgleich mit ihren jeweiligen Vorberichten (vgl. IVSTA-act. 261 und Beilage zu BVGer-act. 1) und vermögen nichts an der Einschätzung der asim-Gutachter zu ändern. Der Bericht von Dr. E.\_\_\_\_\_ erwähnt bereits bekannte Diagnosen und Beschwerden und beruht vorwiegend auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Die darauf gestützte Arbeitsunfähigkeitsschätzung ist nicht nachvollziehbar, denn es ist zu verlangen, dass sich ein Bericht nicht in einer Wiedergabe der Vorbringen der versicherten Person erschöpft, sondern nachvollziehbar aufzeigt, aufgrund welcher Befunde die behandelnde Fachperson von einer Arbeitsunfähigkeit ausgeht, um darauf abstellen zu können (vgl. Urteil des BGer 8C\_316/2024 vom 12. März 2025 E. 5.1). Im Weiteren erwähnt Dr. F.\_\_\_\_\_ im Vergleich zu den Vorberichten in der Anamnese zwar neu den Befund von Dr. K.\_\_\_\_\_, ohne aber eine Auswirkung auf die psychiatrische Behandlung zu beschreiben, weshalb sich dadurch ebenfalls nichts an den bisherigen Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit ändert. Beim Schreiben von Dr. Yy.\_\_\_\_\_ vom 26. Februar 2024 handelt es sich erneut lediglich um ein Attest, dass der Patient in der Ambulanz behandelt werde. Wie zum gleichlautenden

Schreiben vom 16. Oktober 2023 ausgeführt (oben E. 9.1.2), ändert dies nichts an der gutachtlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, weshalb nach wie vor darauf abzustellen ist.

### **E. 9.3.1**

Neben einer Reihe bereits bekannter Dokumente reichte der Beschwerdeführer mit Eingaben vom 15. August und vom 1. November 2024 (BVGer-act. 26 und 32) neu folgende Berichte ein, die an der gutachtlichen Einschätzung der Funktionseinbußen und der Arbeitsfähigkeit ebenfalls nichts zu ändern vermögen: - Der Bericht des Rheumatologen Dr. I. \_\_\_\_\_ vom 16. September 2022 (Beilage zu BVGer-act. 26) liegt zwar nicht bei den Vorakten, wurde aber bereits im Gutachten berücksichtigt. Wie aus dem rheumatologischen Teilgutachten hervorgeht, hat der Beschwerdeführer dem Gutachter eine «Akte aus Serbien mit dem Datum vom 16.9.2022 der Poliklinik für Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation» gezeigt. Dr. med. N. \_\_\_\_\_ beschrieb sodann Teile der im Bericht dargestellten Untersuchungsergebnisse und Einschätzungen von Dr. I. \_\_\_\_\_ (IVSTA-act. 333/82), lehnte aber im Ergebnis die in den serbischen Dokumenten monierte vollständige Arbeitsunfähigkeit ab (IVSTA-act. 333/84). Demnach ändert der Bericht nichts an der bisherigen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. - Der orthopädische Bericht von Dr. Cc. \_\_\_\_\_ vom 20. Januar 2014 (Beilage zu BVGer-act. 26) enthält vergleichbare Beschreibungen der Beschwerden und Diagnosen wie der Vorbericht vom 24. Januar 2013 (vgl. oben 7.3.1 und IVSTA-act. 64). Die darin enthaltenen Einschätzungen von Dr. Cc. \_\_\_\_\_ wurden von den Gutachtern diskutiert, weshalb der vergleichbare Inhalt des neu vorgelegten Berichts nichts an der bisherigen Arbeitsunfähigkeitsschätzung zu ändern vermag. - In psychiatrischer Hinsicht legte der Beschwerdeführer neu den Bericht von Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 4. Februar 2014 vor (Beilage zu BVGer-act. 26), in dem er bei einem Status nach Anpassungsstörung (ICD-10 F43.1) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), feststellte. Der Zustand habe sich aufgrund einer Konfliktsituation in der Familie verschlechtert, die Erwerbsfähigkeit sei auf 50% gemindert. Die von Dr. G. \_\_\_\_\_ wiederholt festgehaltene prolongierte depressive Erkrankung wurde im Gutachten bereits gewürdigt (vgl. IVSTA-act. 333/66), weshalb sich dadurch nichts an der bisherigen Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit ändert. - Zusätzlich legte der Beschwerdeführer weitere Berichte der Neuropsychiaterin Dr. Oo. \_\_\_\_\_ aus den Jahren 2017 und 2019 in serbischer Sprache vor (Beilagen zu BVGer-act. 26). Der Bericht vom 7. Dezember 2017 erwähnte erneut die von ihr bereits am 26. Januar 2017 gestellte und bekannte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (vgl. IVSTA-act. 140 und oben E. 7.4.2), die im Gutachten Berücksichtigung fand. Die bisher noch nicht bekannten, zwischenzeitlich ergangenen Berichte vom 18. Mai, 23. März und 14. September 2017 sowie vom 22. Januar 2019 enthalten sodann neu die Diagnose «F33.4» (Klassifikation nach ICD-10 für eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert). Dies entspricht der im Gutachten gestellten Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. oben E. 6.3.2 in fine), weshalb die nachgereichten Berichte nichts an der Einschätzung der Gutachter zu ändern vermögen.

### **E. 10**

Zusammengefasst erweist sich der medizinische Sachverhalt als rechtsgenügend geklärt. Die Vorinstanz hat in der angefochtenen Verfügung die Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten zu Recht und mit zutreffender Begründung auf 60%

festgelegt. Daran vermögen die vom Beschwerdeführer eingereichten Arztberichte nichts zu ändern, zumal aus ihnen keine zusätzliche Verschlechterung des Gesundheitszustands hervorgeht. Die behandelnden Ärzte hielten lediglich aufgrund der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers einen höheren Schweregrad für ausgewiesen, wobei aber in inhaltlicher Hinsicht ihre Berichte weitgehend deckungsgleich zu den Vorberichten geblieben sind, welche die Gutachter bereits gewürdigt hatten. Gestützt auf das voll beweismässige asim-Gutachten ist sodann von einem normalen Kleinhirnbefund auszugehen, weshalb auch der - im Kontext zum Arbeitsunfall von 2004 behauptete - angebliche Schädelbruch mit Hirnschaden mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht vorliegt. Sind - wie hier - von weiteren medizinischen Abklärungen keine entscheidungswesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, ist darauf zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 E. 4b; 122 V 162 E. 1d). Der Beweisantrag des Beschwerdeführers auf Erstellung eines neuen Gutachtens ist daher abzulehnen.

## **E. 11**

Der Beschwerdeführer rügt, die Feststellung des Invaliditätsgrades von 38% sei nicht nachvollziehbar.

### **E. 11.1**

Aufgrund der ab Dezember 2022 feststellbaren Arbeitsunfähigkeit von 40% für angepasste Tätigkeiten beurteilt sich der strittige Invaliditätsgrad nach der neuen Rechtslage (vgl. E. 3.4 hiervor). Entsprechend werden die Bestimmungen des ATSG, des IVG und der IVV - soweit nicht anders vermerkt - in den ab 1. Januar 2022 gültigen Fassungen zitiert.

### **E. 11.2**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Einkommen mit Invalidität), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Einkommen ohne Invalidität). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C\_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1).

### **E. 11.3**

Das Valideneinkommen bestimmt sich anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens (Art. 16 ATSG). Kann dieses nicht oder nicht hinreichend genau bestimmt werden, so wird das Einkommen ohne Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV für eine Person bei gleicher Ausbildung und entsprechenden beruflichen Verhältnissen festgelegt (Art. 26 Abs. 4 IVV). Dies trifft etwa zu, wenn keine Anhaltspunkte für die letzte berufliche Tätigkeit der versicherten Person vorliegen, wenn der zuletzt bezogene Lohn offensichtlich nicht dem entspricht, was die versicherte Person mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als erwerbsfähige Person

hätte erzielen können, wenn die vor Eintritt des Gesundheitsschadens innegehabte Arbeitsstelle im für die Invaliditätsbemessung massgebenden Zeitpunkt nicht mehr besteht oder bei einem auch ohne Gesundheitsschaden überwiegend wahrscheinlich eingetretenen Stellenverlust (vgl. Urteile des BGer 9C\_348/2016 vom 7. Dezember 2016 E. 3.2.3; 8C\_934/2015 vom 9. Mai 2016 E. 2.2 m.H.). Wird auf Tabellenlöhne abgestellt, sind nicht die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten Tabellenwerte generell, sondern die zu diesem Zeitpunkt mit Blick auf das Datum des Rentenbeginns aktuellsten veröffentlichten statistischen Daten zu verwenden (Urteil des BGer 8C\_202/2021 vom 17. Dezember 2021 E. 6.2 m.H.). Als statistische Werte sind die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik heranzuziehen (vgl. Art. 25 Abs. 3 IVV). In der Regel sind die Werte der LSE-Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level massgebend, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Urteil des BGer 8C\_152/2022 vom 21. Oktober 2022 E. 3.2.2). Es sind altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden und die statistischen Werte sind an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 3 Satz 3 und Abs. 4 IVV; vgl. auch BGE 126 V 75 E. 3b/bb [betriebsübliche Arbeitszeit]; 129 V 408 E. 3.1.2 [Nominallohnentwicklung]).

#### **E. 11.4**

Die Vorinstanz bezog sich zur Ermittlung des IV-Grades auf die Berechnungen ihrer Fachdienste/Wirtschaftliche Invaliditätsbemessung vom 19. Mai 2023 (IVSTA-act. 341). Ausgehend von einem monatlichen Bruttolohn von Fr. 5'116.- bei einer 40 Stundenwoche für einen Arbeitnehmer im Kompetenzniveau 2\* in der Branche Detailhandel (47\*) im Jahr 2020, aufgerechnet auf die betriebsübliche Anzahl Arbeitsstunden von 41.7 Stunden pro Woche, errechneten sie den monatlichen Validenlohn von Fr. 5'333.43. Um eine Verzerrung durch die Indexierung auf lange Dauer zu vermeiden, ermittelten sie das Valideneinkommen gestützt auf die statistischen Werte der LSE 2020 (gemäss der BFS Tabelle TA1\_skill\_level für die Branche Detailhandel 47, Kompetenzniveau 2 Männer, publiziert 2022). Dies ist - wie in der Berechnung angeführt - mit der langen Betriebsabwesenheit des Beschwerdeführers ausreichend begründet. Es fehlt lediglich die Addition der Nominallohnentwicklung 2021 und 2022 von -0.1% und 1.1% (BFS Tabelle Nominallohnindex Männer T1.1.15, publiziert am 26.05.2023, abrufbar unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/katalog.assetdetail.25705311.html>, zuletzt besucht am 13.02.2026). Dies ergibt einen Validenlohn von Fr. 5'386.71.

#### **E. 11.5**

Das Einkommen mit Invalidität wird nach statistischen Werten bestimmt, wenn kein anrechenbares Erwerbseinkommen vorliegt (vgl. Art. 26bis Abs. 2 i.V.m. Art. 25 Abs. 3 IVV). Üblicherweise ist auf die LSE-Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, privater Sektor, und den darin enthaltenen Totalwert abzustellen (BGE 148 V 174 E. 6.2; Urteil des BGer 8C\_18/2022 vom 5. Mai 2022 E. 3.1). Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1bis IVV von 50% oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert des Einkommens mit Invalidität 10% für Teilzeitarbeit abgezogen (vgl. Art. 26bis Abs. 3 IVV, in der vorliegend zur Anwendung gelangenden Fassung gemäss Ziff. I der V. vom 3. Nov. 2021, in Kraft getreten am 1. Januar 2022, AS 2021 706). Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist diese Bestimmung des Art. 26bis Abs. 3 IVV jedoch insoweit

gesetzeswidrig, als nunmehr lediglich noch ein «Teilzeitabzug» vorgesehen ist (der ab einer Leistungsfähigkeit von 50% und weniger zu gewähren ist und auf 10% begrenzt bleibt) und damit die bisher bestehende Möglichkeit des Abzugs vom Tabellenlohn in weiten Teilen aufgegeben werden sollte. Besteht aufgrund der gegebenen Fallumstände Bedarf an einer über den «Teilzeitabzug» hinausgehenden Korrektur, ist ergänzend auf die bisherigen Rechtsprechungsgrundsätze zum Abzug vom Tabellenlohn zurückzugreifen (vgl. BGE 150 V 410 E. 10.6; Urteil des BGer 8C\_424/2024 vom 6. Februar 2025 E. 6.2.2).

#### **E. 11.6**

Ausgehend von einem monatlichen Bruttolohn von Fr. 5'261.- für eine 40 Stundenwoche für einen Arbeitnehmer (Kompetenzniveau 1\*) im allgemeinen privaten Sektor (1-96\*) bei branchenüblichen 41.7 Arbeitsstunden pro Woche errechneten die Fachdienste der Vorinstanz sodann für eine Tätigkeit zu 60% ein monatliches Invalideneinkommen von Fr. 3'290.75. Das Invalideneinkommen wurde rechtsprechungskonform basierend auf dem statistischen Totalwert der LSE 2020 ermittelt (BFS Tabelle TA1\_skill\_level, a.a.O.) und die Berechnungen entsprechen der noch zumutbaren erwerblichen Verwertung der möglichen Tätigkeiten im Rahmen einer Arbeitsfähigkeit von 60%. Die Vorinstanz hat auch nachvollziehbar begründet, weshalb kein Bedarf für einen leidensbedingten Abzug besteht, da vorliegend das Alter, eine mangelnde Ausbildung oder der Wohnsitz keine zusätzlichen Umstände darstellten, die das Ausmass der Invalidität beeinflussen könnten (vgl. IVSTA-act. 355). Beim Beschwerdeführer handelte es sich zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung um einen 49-jährigen Doppelbürger, der in Serbien eine dreijährige [Berufs-]ausbildung absolviert und in der Schweiz verschiedene berufliche Tätigkeiten ausgeübt hatte (IVSTA-act. 341 m.H.). Angesichts des bereits erfolgten Abzugs von 40% für eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit waren keine weiteren Abzüge vorzunehmen (vgl. BGE 148 V 174 E. 6.3; 126 V 75 E.5 b/aa; Urteil des BGer 8C\_565/2019 vom 7. Mai 2020 E. 5). Es fehlt lediglich die Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für die Jahre 2021 und 2022 von -0.7% und 1.1% (BFS Tabelle Nominallohnindex Männer T1.1.15, a.a.O.). Dies ergibt einen Invalidenlohn von Fr. 3'303.65.

#### **E. 11.7**

Demnach ergibt sich bei einem Valideneinkommen von Fr. 5'386.71 und einem Invalideneinkommen von Fr. 3'303.65 ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 38.67%, gerundet 39% ( $[(Fr. 5'386.71 - 3'303.65) \times 100 : Fr. 5'386.71]$ ). Die Vorinstanz hat im Ergebnis zu Recht festgehalten, dass kein Anspruch auf Ausrichtung einer Invalidenrente besteht.

#### **E. 12.1**

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde im Hauptantrag abzuweisen, soweit auf sie einzutreten ist (vgl. oben E. 2.2 - 2.3). Der Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Invalidenrente und es sind keine Kinderrenten zuzusprechen.

#### **E. 12.2**

Zum Eventualbegehren, die Sache zur erneuten Beurteilung bzw. Erstellung eines neuen Gutachtens unter Berücksichtigung weiterer Arztberichte zurückzuweisen, ist Folgendes festzuhalten: Die Beschwerdeinstanz entscheidet in der Sache selbst oder weist diese ausnahmsweise mit verbindlichen Weisungen an die Vorinstanz zurück (Art. 61 Abs. 1 VwVG). Ein Rückweisungsentscheid rechtfertigt sich dann, wenn weitere Tatsachen

festgestellt werden müssen und ein umfassendes oder jedenfalls aufwendiges Beweisverfahren durchzuführen ist. Vorliegend ist das Bundesverwaltungsgericht in der Lage, gestützt auf die vorhandenen Beweismittel in der Sache selbst zu entscheiden (zum voll beweiswertigen asim-Gutachten siehe oben E. 8.4 f.). Weiterer Sachverhaltsermittlungen bedarf es dafür nicht und von weiteren medizinischen Abklärungen sind auch keine entscheidungswesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung darauf zu verzichten ist (vgl. BGE 124 V 94 E. 4b; 122 V 162 E. 1d). Die Beschwerde ist daher auch im gestellten Eventualbegehren abzuweisen.

### **E. 13**

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 800.- festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden. Weder der unterliegende Beschwerdeführer noch die obsiegende Vorinstanz haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario und Art. 7 Abs. 3 VGKE). (Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite)

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.