

# **BVGer A-4414/2012 vom 10. Juli 2014**

Bundesverwaltungsgericht, 2014-07-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_A-4414\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_A-4414_2012)

FR: TAF A-4414/2012 du 10 juillet 2014

IT: TAF A-4414/2012 del 10 luglio 2014

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach den Vorschriften des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (Verwaltungsverfahrensgesetz, VwVG, SR 172.021), soweit das Bundesgesetz vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (Verwaltungsgerichtsgesetz, VGG, SR 172.32) nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Auf Verfahren in Sozialversicherungssachen findet das VwVG jedoch keine Anwendung, soweit das ATSG anwendbar ist (Art. 3 Bst. dbis VwVG). Das ist hier gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG der Fall, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln finden diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2).

### **E. 1.2**

Gemäss Art. 19 Abs. 3 VGG sind die Richterinnen und Richter des Bundesverwaltungsgerichts zur Aushilfe in anderen Abteilungen verpflichtet. Die Abteilung I des Bundesverwaltungsgerichts hat das vorliegende Beschwerdeverfahren im Zuge einer - auf einer abteilungsübergreifenden Zusammenarbeit basierenden - Entlastungsmassnahme gegenüber der Abteilung III übernommen. Die ursprüngliche Verfahrensnummer C 4414/2012 wurde daher auf A-4414/2012 geändert.

### **E. 1.3**

Nach Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinn von Art. 32 VGG liegt nicht vor, weshalb das Bundesverwaltungsgericht für die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig ist. Da der Beschwerdeführer als Adressat des angefochtenen Entscheids vom 3. August 2012 beschwerdelegitimiert ist (Art. 59 ATSG), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

### **E. 1.4**

Mit der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG). Der

Beschwerdeführer rügt im Wesentlichen die unvollständige Feststellung des Sachverhalts.

### **E. 1.5**

Im vorliegenden Fall wird im Rahmen der Anträge ausdrücklich eine halbe Invalidenrente (sowie die Kinderrenten) beantragt, während kurz später in der Begründung ausgeführt wird, es sei «eine ganze Rente (50-60%)» zu zahlen. Auch auf der letzten Seite wird festgehalten, dass die Voraussetzungen für eine ganze Rente gegeben seien (act. 1). Da der Beschwerdeführer in der Begründung zumindest beim ersten Mal die Prozentzahl nennt, ist davon auszugehen, dass es sich bei der Nennung einer ganzen Rente um ein Missverständnis oder Versehen handelt und der Beschwerdeführer tatsächlich - wie er im Rahmen seiner Anträge schreibt - die weitere Ausrichtung einer halben Rente beantragt. Im Hinblick auf das Ergebnis dieses Entscheids kommt dieser Frage ohnehin keine weitere Bedeutung zu.

### **E. 2**

Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen. 2.1.1 Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger des Kosovo und hat dort seit dem Jahr 2000 seinen Wohnsitz (Sachverhalt Bst. D.c). Im vorliegenden Verfahren stellt sich die Frage, ob das Abkommen vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1; nachfolgend:

Sozialversicherungsabkommen) sowie die Verwaltungsvereinbarung vom 5. Juli 1963 betreffend die Durchführung dieses Abkommens (SR 0.831.109.818.12) auf Bürger des Kosovo weiterhin anwendbar sind. Der Bundesrat teilte mit diplomatischer Note vom 18. Dezember 2009 an den Kosovo mit, dass die Schweiz das Sozialversicherungsabkommen und die Verwaltungsvereinbarung mit dem Kosovo mit Wirkung ab 1. Januar 2010 bzw. in Beachtung der Kündigungsvorschriften ab 1. April 2010 nicht mehr weiterführe (ausführlich dazu Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C 3220/2012 vom 23. Oktober 2013 E. 2.1.1). Das Bundesgericht hat erkannt, dass die ehemals serbische Provinz und heutige Republik Kosovo mit ihrer Sezession eine völkerrechtlich wirksame Änderung herbeigeführt hat und die Nichtweiteranwendung des Sozialversicherungsabkommens durch die Schweiz auf die neue Gebietskörperschaft ab dem 1. April 2010 rechtmässig ist (BGE 139 V 263 E. 3 ff., insbesondere E. 8). In einem weiteren Entscheid erkannte es, laufenden Renten würden demgegenüber gemäss Art. 25 des

Sozialversicherungsabkommens den Besitzstand geniessen (BGE 139 V 335 E. 6; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-2808/2012 vom 4. November 2013 E. 3). 2.1.2

Vorliegend steht die Aufhebung einer halben Rente in Frage, welche dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 7. April 2000 und damit sowohl vor der Unabhängigkeitserklärung der serbischen Provinz Kosovo am 17. Februar 2008 als auch vor dem 1. April 2010 zugesprochen wurde. Auch im Licht der zuletzt genannten Rechtsprechung durfte sich der Beschwerdeführer demnach auf den Besitzstand der laufenden (schweizerischen) Invalidenrente berufen. Der Rentenanspruch bestimmt sich gemäss Art. 4 des (bis zu diesem Zeitpunkt anwendbaren) Sozialversicherungsabkommens ausschliesslich nach dem internen schweizerischen Recht. 2.1.3 Gemäss Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens sind Angehörige der Vertragsstaaten in den Rechten und Pflichten aus der Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung einander gleichgestellt, soweit in diesem Abkommen und seinem Schlussprotokoll nichts Abweichendes bestimmt ist. Mangels einer einschlägigen abkommensrechtlichen Regelung

sind die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente grundsätzlich Sache der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 253 E. 2.4). Daraus folgt, dass die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin grundsätzlich nach den Regeln des schweizerischen Rechts zu beurteilen haben.

## **E. 2.2**

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 138 V 475 E. 3.1, 132 V 215 E. 3.1.1). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den in Kraft stehenden Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.1). Es finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung in Kraft standen. Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft gesetzt waren, sind insoweit massgebend, als sie für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Anspruchs von Belang sind. Vorliegend erfolgte die letzte materielle Würdigung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung seines Gesundheitszustandes am 26. März 2007, als die IVSTA letztmals feststellte, bei der Überprüfung des IV-Grades des Beschwerdeführers habe sie keine Änderung festgestellt (IV-I-act. 64; Sachverhalt Bst. D.d; vgl. auch E. 2.4.2). Die vorliegend angefochtene Verfügung der IVSTA wurde am 3. August 2012 erlassen (Sachverhalt Bst. F). Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) ist demnach im vorliegenden Fall für den Zeitraum vom 26. März 2007 bis zum 31. Dezember 2007 ein allfälliger Rentenanspruch nach dem Recht gemäss den am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Änderungen (4. IV-Revision; IVG in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837] und IVV in der Fassung vom 21. Mai 2003 [AS 2003 3859]) zu beurteilen. Bis zum 31. Dezember 2011 ist ein solcher Rentenanspruch nach dem Recht gemäss den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; IVG in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129] und IVV in der Fassung vom 28. September 2007 [AS 2007 5155]) zu beurteilen. Für den Zeitraum danach ist auf die Fassung gemäss den am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Änderungen (erster Teil der 6. IV-Revision; IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]) abzustellen.

## **E. 2.3.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Die Arbeitsunfähigkeit wird zunächst definiert als die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder

psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 Satz 1 ATSG). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 Satz 2 ATSG).

### **E. 2.3.2**

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; Sozialversicherungsrecht [SVR] 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und gegebenenfalls inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1).

### **E. 2.3.3**

Der Grad der Invalidität wird nach Art. 16 ATSG bemessen. Demnach 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre.

### **E. 2.3.4**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Gemäss Art. 8 Bst. e des Sozialversicherungsabkommens wird den (in der Diktion des Abkommens noch) «jugoslawischen» Staatsangehörigen, sofern sie zu weniger als 50 % invalid sind, eine Rente nur gewährt, wenn sie in der Schweiz wohnen. Im vorliegenden Fall wohnt der Beschwerdeführer im Kosovo, weshalb ihm eine Invalidenrente erst ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % gewährt werden kann.

### **E. 2.4.1**

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird eine Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad des Rentenbezügers erheblich verändert hat. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen

Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 134 V 131 E. 3, BGE 130 V 343 E. 3.5 je mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinn von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (vgl. BGE 112 V 371 E. 2b mit Hinweisen; Sozialversicherung Rechtsprechung [SVR] 2006 IV Nr. 45 E. 2; 2004 IV Nr. 5 E. 3.3, 3.4; 1996 IV Nr. 70 S. 104 E. 3a; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich 2009, Art. 17 Rz. 16 ff.). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 135 V 201 E. 6.1.1 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 115 V 308 E. 4a/dd).

#### **E. 2.4.2**

Ob eine unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten erhebliche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen). Eine Verfügung ist jedoch verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74ter Bst. f IVV) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74quater IVV), ist die Mitteilung in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_46/2009 vom 14. August 2009 E. 3.1).

#### **E. 2.4.3**

Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, die anspruchsbeflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die hierzu notwendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 119 V 7 E. 3c/aa mit Hinweisen; vgl. auch unten E. 2.4.5).

#### **E. 2.4.4**

Die Herabsetzung oder Aufhebung der Rente erfolgt mit dem ersten Tag des zweiten Monats nach Zustellung der Verfügung (Art. 88bis Abs. 2 Bst. a IVV). Nach der bundesgerichtlichen Praxis zu Art. 88a Abs. 1 IVV (vgl. Urteile des Bundesgerichts I 583/05 vom 15. März 2006 E. 2.3.2, I 444/04 vom 11. Januar 2005 E. 5.3.2 und I 486/04 vom 14. Dezember 2004 E. 3.1) ist eine Rente bei Wegfall der Invalidität im Normalfall erst nach Ablauf von drei Monaten seit dem Eintritt der anspruchserheblichen Veränderung aufzuheben (BGE 119 V 98 E. 4a und Urteil des Bundesgerichts I 569/06 vom 20.

November 2006 E. 3.3).

#### **E. 2.4.5**

Bei einer in Aussicht genommenen Einstellung bzw. Herabsetzung einer bisher ausgerichteten Leistung trägt diejenige Partei die Beweislast, welche daraus Rechte ableiten will. Dies ist in der Regel der Versicherungsträger (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, a.a.O., Art. 43 Rz. 40 mit Hinweis auf Kranken- und Unfallversicherung: Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 U 206 S. 329, 1992 U 142 S. 76; vgl. auch BGE 121 V 208 E. 6a). Ergibt die Beweiswürdigung, dass eine rentenaufhebende Tatsachenänderung nicht bewiesen ist, trägt daher der Versicherungsträger die Folgen der Beweislosigkeit (Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010, § 25, Rz. 1538). Dabei gilt der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Dieser Grad übersteigt einerseits die Annahme einer blossen Möglichkeit bzw. einer Hypothese und liegt andererseits unter demjenigen der strikten Annahme der zu beweisenden Tatsache. Die Wahrscheinlichkeit ist insoweit überwiegend, als der begründeten Überzeugung keine konkreten Einwände entgegenstehen (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, a.a.O., Art. 43 Rz. 30; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Bern 2003, § 68, Rz. 43 ff.).

#### **E. 2.5.1**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann (BGE 125 V 351 E. 3a; vgl. auch BGE 134 V 231 E. 5.1).

#### **E. 2.5.2**

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, so dass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; Susanne Leuzinger-Naef, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 411 ff., 413 f.). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der (örtlich zuständigen) IV-Stelle (Art. 54-56 i.V.m. Art. 57 Abs. 1 IVG). Was den für die Invaliditätsbemessung (Art. 16 ATSG und Art. 28 ff. IVG) erforderlichen medizinischen Sachverstand angeht, kann die IV-Stelle sich hierfür auf den RAD (Art. 59 Abs. 2 und 2bis IVG), die Berichte der behandelnden

Ärztinnen und Ärzte (Art. 28 Abs. 3 ATSG) oder auf externe medizinische Sachverständige wie die medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) stützen (Art. 59 Abs. 3 IVG).

### **E. 2.5.3**

Ständiger und damit wichtigster medizinischer Ansprechpartner in der täglichen Arbeit sind für die IV-Stellen die RAD, welche ihnen nach Art. 59 Abs. 2bis IVG zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruches zur Verfügung stehen (Satz 1); die RAD setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Satz 2); sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Satz 3; vgl. auch die Ausführungsbestimmungen in den Art. 47-49 IVV, insbesondere die Anforderung, wonach die RAD von den IV-Stellen in personeller Hinsicht getrennt sein müssen). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem von externen medizinischen Sachverständigengutachten (BGE 125 V 351 E. 3b/bb) vergleichbar, sofern sie den von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen (SVR 2009 IV Nr. 56 S. 174, Urteil des Bundesgerichts 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.2). Die IV-Stellen werden aber stets externe (meist polydisziplinäre) Gutachten einholen, wenn der ausgeprägt interdisziplinäre Charakter einer medizinischen Problemlage dies gebietet, wenn der RAD nicht über die fachlichen Ressourcen verfügt, um eine sich stellende Frage beantworten zu können, sowie wenn zwischen RAD-Bericht und allgemeinem Tenor im medizinischen Dossier eine Differenz besteht, welche nicht offensichtlich auf unterschiedlichen versicherungsmedizinischen Prämissen (vgl. SVR 2007 IV Nr. 33 S. 117, I 738/05 E. 5.2) beruht (zum Ganzen: BGE 137 V 210 E. 1.2.1).

### **E. 2.5.4**

Allerdings sind die Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nur soweit zu berücksichtigen, als auch keine geringen Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.7). Die Ärztinnen und Ärzte des RAD müssen über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Nicht zwingend erforderlich ist jedoch, dass die versicherte Person persönlich untersucht wird. Das Fehlen eigener Untersuchungen vermag daher einen RAD-Bericht für sich alleine nicht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung geht, welche Folgen ein bereits feststehender medizinischer Sachverhalt auf die Erwerbsmöglichkeiten hat, und folglich die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteile des Bundesgerichts 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 2.2, 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1, je mit weiteren Hinweisen).

### **E. 2.5.5**

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und -ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt nicht nur für die allgemein praktizierenden Hausärztinnen und -ärzte, sondern auch für die behandelnden Spezialärztinnen und -ärzte (vgl. z.B. Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen). Im Streitfall dürfte deshalb eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Arztpersonen kaum je in Frage kommen (BGE 135 V

465 E. 4.5). Allerdings dürfen im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärztinnen und Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der behandelnden Arztperson stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des Bundesgerichts 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2). Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des EVG I 506/00 vom 13. Juni 2001 E. 2b) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Arztpersonen wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des EVG I 514/06 vom 25. Mai 2007 E. 2.2.1 mit Hinweisen) oder wenn die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird (BGE 135 V 465 E. 4.6; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C 2681/2013 vom 8. Mai 2014 E. 4.4.6).

### **E. 2.5.6**

Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C 168/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2.2).

### **E. 3**

Im vorliegenden Fall ist die Frage zu beantworten, ob sich der Zustand des Beschwerdeführers seit der letzten, die Rente bestätigenden Mitteilung vom 26. März 2007 (Sachverhalt Bst. D.d) im Vergleich mit dem Zeitpunkt der neuen Verfügung vom 3. August 2012 (Sachverhalt Bst. F; E. 2.4.2) dermassen gebessert hat, dass ihm ab dem 1. Juni 2012 keine Rente mehr zusteht. Die Vorinstanz hat dies bejaht und eine Revision gemäss Art. 17 ATSG (E. 2.4) vorgenommen. Nachfolgend werden die im vorliegenden Verfahren relevanten medizinischen Unterlagen zusammengefasst wiedergegeben und kurz gewürdigt, bevor in E. 4 auf die Beschwerde selbst eingegangen wird.

#### **E. 3.1**

Da die Bestätigung der Rente jeweils aufgrund knapper Berichte und mit der Begründung erfolgte, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich nicht geändert, erscheint es geboten, zunächst die wesentliche Aktenlage bis zur rentenbestätigenden Mitteilung vom 26. März 2007 zusammenzufassen.

##### **E. 3.1.1**

Am 24. Juli 1992 konnte Dr. C. \_\_\_\_\_ keine Beschwerden objektivieren und bat die SUVA um eine kreisärztliche Untersuchung, da sich der Beschwerdeführer unter Hinweis auf seine multiplen Beschwerden (Nervosität, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen,

Augenbrennen, Sehstörungen usw.) weigere, zu arbeiten (kant.-act. 7). Auch der Kreisarzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ konnte am 26. August 1992 die genannten Beschwerden nicht objektivieren, sondern stellte eine Abweichung vom Verhalten des Beschwerdeführers mit den genannten Beschwerden fest (kant.-act. 8). Auch eine am 19. September 1992 durchgeführte Computertomographie ergab nur unauffällige Befunde (Bericht von Dr. G.\_\_\_\_\_ vom Regionalspital Bb.\_\_\_\_\_; kant.-act. 9).

### **E. 3.1.2**

Im Gutachten vom 7. Mai 1993 (kant.-act. 17) kamen die Ärzte der Neurologisch-Neurochirurgischen Poliklinik des [Spitals Bc.\_\_\_\_\_], PD Dr. H.\_\_\_\_\_, stellvertretender Chefarzt, und Dr. I.\_\_\_\_\_, Assistenzarzt, zum Schluss, die klinisch-neurologische Untersuchung sei insgesamt unauffällig. Es bestehe eine arterielle Hypertonie. Zusammenfassend fände sich ca. 9 Monate nach dem Schädeltrauma [nach dem Arbeitsunfall] keine neurologische Erklärung der angegebenen Beschwerden. Die ständigen Kopfschmerzen könnten allenfalls durch die festgestellte arterielle Hypertonie erklärt werden (S. 5). Aus neurologischer Sicht sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig (S. 6).

### **E. 3.1.3**

Den Fragebogen der IV-Stelle des Kantons Ba.\_\_\_\_\_ beantwortete Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 28. Mai 1995 dahingehend, dass seit 1993 ein Gesundheitsschaden bestehe und der Beschwerdeführer seit dem 8. Juli 1993 bis auf Weiteres einer psychiatrischen Therapie bedürfe. In seiner angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiter in der Baubranche sei er bis auf Weiteres nicht mehr einsetzbar. Berufliche Massnahmen seien angezeigt. Gemäss eigenen Angaben leide der Beschwerdeführer unter anhaltenden Schlafstörungen, sei nächtelang ganz wach und verbringe diese mit endlosem Studieren. Er habe hartnäckige Schmerzen mit Schwerpunkt im Nacken-, Schulter- und Kreuzbereich. Er könne sich selber nicht mehr ertragen, würde den Menschen ausweichen und am liebsten allein sein. Zuletzt habe er sich weder um ärztliche Zeugnisse noch seine finanziellen Angelegenheiten gekümmert. Hinter den somatischen Beschwerden schwanke der Beschwerdeführer zwischen Apathie und Verzweiflung. Der Arzt stellt rezidivierende autoaggressive Phasen mit Selbsttötungsphantasien fest. Der Beschwerdeführer habe noch fast täglich Kopfschmerzen und Schwindelgefühle sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Gefühle von Angst und Bedrücktheit bis hin zu Apathie. Er fühle sich in seinem eigenen Körper nicht wohl und als Versager. Das führe dazu, dass er in der bisherigen Erwerbstätigkeit fast völlig eingeschränkt sei. Der Arzt empfahl, dem Beschwerdeführer eine Montage bzw. eine sitzende Arbeit zu ermöglichen und die Arbeitsbelastung stufenweise zu steigern z.B. von 4-5 Stunden pro Tag allmählich auf den ganzen Tag. Der soziale Rahmen sei denkbar ungünstig und die Selbstdefizite seien beachtlich, weshalb eine Prognose sehr schwierig sei (kant.-act. 32).

### **E. 3.1.4**

Im Auftrag der IV-Stelle des Kantons Ba.\_\_\_\_\_ erstellte Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Assistenzarzt an der Psychiatrischen Klinik Bd.\_\_\_\_\_, unterzeichnet von L.\_\_\_\_\_, dem Vizedirektor der Klinik, am 4. April 1996 ein psychiatrisches Gutachten (kant.-act. 38). Dr. K.\_\_\_\_\_ stützte sich dabei auch auf die vorhandenen Unterlagen. Der Beschwerdeführer führte aus, dass er den Tag mit Spaziergängen oder Herumsitzen verbringe. Er sehe nur ein wenig fern. Seit seinem Unfall habe er weniger Kontakte zu

seinen Landsleuten und überhaupt keinen Kontakt zu Schweizern oder seiner Familie. Er halte Gesellschaft schlecht aus. Er halte sich selber für psychisch krank. Er könne sich vorstellen, versuchsweise in einem Arbeitsbereich tätig zu sein, der sich auf Bodenniveau abspiele, da er seit seinem Unfall Höhenangst verspüre. Es wäre viel lieber gesund als eine IV-Rente zu erhalten (S. 3). Der Bruder des Beschwerdeführers habe angegeben, er müsse den Beschwerdeführer überwachen, weil dieser sich etwas antun könnte. Der Beschwerdeführer sei seit dem Unfall eindeutig verändert (S. 6). Der Bericht führt anschliessend die Beschwerden auf, wie sie der Beschwerdeführer schildert. Die Schlafstörungen seien heute noch stärker ausgeprägt, Konzentrationsvermögen, Gedächtnis und Appetit seien reduziert, auf der linken Körperseite verspüre er diffuse Schmerzen, habe Angst und zittere. Er könne sich nicht erinnern, wann er sich zum letzten Mal gefreut habe. Bei seiner ausweglosen Situation bleibe ihm nur noch, sich das Leben zu nehmen (S. 6 f.). Von der Norm abweichend stellte der Arzt beim Körperstatus verschiedene kleine Beeinträchtigungen fest. Bezüglich Bewegungsapparat sei der Musculus trapezius links verspannt. Im Bereich der Lendenwirbel gebe es eine leichte Klopfdolenz. Beim Neurostatus sei die Sensibilität auf der linken Seite herabgesetzt. Der Weber-Versuch sei leicht nach links lateralisiert, der Rinne-Versuch beidseits negativ. Alle Sehnenreflexe seien seitengleich ausgebildet. An der ganzen linken Körperseite finde sich eine herabgesetzte Berührungs- und Vibrationssensibilität (S. 7 f.). In psychischer Hinsicht führte Dr. J. \_\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer wechsele wiederholt seine Position auf dem Stuhl, wodurch er etwas unruhig und gespannt wirke. Oft blicke er zu Boden, nehme jedoch Blickkontakt auf, wenn er angesprochen werde. Jede Auskunft scheine ihn viel Überwindung und Kraft zu kosten. Er wirke schlecht zugänglich, bei näherem Nachfragen manchmal unwirsch. Das Denken erscheine inhaltlich auf die ausweg- und hoffnungslos scheinende Situation eingeengt. Die Intelligenz scheine normal zu sein. Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Ich-Störungen fielen nicht auf. Im affektiven Bereich erscheine der Beschwerdeführer bedrückt, gequält, gespannt-unruhig mit unterschwelliger, manchmal jedoch durchbrechender Aggressivität. Er gebe sich meist distanziert und verschlossen (S. 8). Zusammenfassend wird die Diagnose einer abnormen depressiv-aggressiven Entwicklung auf dem Boden einer Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und schizoiden Zügen gestellt (S. 8 f.). Die psychischen Besonderheiten seien soweit chronifiziert, dass man von Krankheitswert sprechen könne. Allerdings bestehe Hoffnung auf Verbesserung des psychischen und somit auch des körperlichen Befindens (S. 10). In seinem angestammten Beruf als Bauhandlanger sei der Beschwerdeführer zurzeit wohl gänzlich arbeitsunfähig. Eine geschützte Arbeitsstelle sei empfehlenswert, wo einfachere, manuelle Aufgaben ohne grossen Leistungsdruck und mit langsam zunehmender zeitlicher Belastung zu bewältigen wären. Für den Beginn sei eine tägliche Arbeitszeit von ca. drei Stunden empfehlenswert. Wegen der Höhenangst sei eine Arbeit auf Bodenniveau empfehlenswert (S. 9 und 11). Die von der IV-Stelle des Kantons Ba. \_\_\_\_\_ vorgeschlagene Arbeit als Magaziner sei vorstellbar, wobei mit geringer Belastung begonnen werden sollte, die nur langsam gesteigert werden könnte. Der Versuch einer beruflichen Wiedereingliederung könnte möglicherweise zu einer Besserung der Beschwerden beitragen (S. 10).

### **E. 3.1.5**

Am 29. Juli 1997 hielt Dr. J. \_\_\_\_\_ zuhanden der IV-Stelle Ba. \_\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer bedürfe weiterhin einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Der Gesundheitszustand sei stationär bis sich verschlechternd. In seiner angestammten Tätigkeit sei der Versicherte seit dem 7. August 1993 bis auf Weiteres zu

100 % arbeitsunfähig. Er leide unter einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F 33.1). Er sei weniger selbstdestruktiv als beim letzten Bericht und äussere sich über seinen Arbeitsversuch erstaunlich interessiert (kant.-act. 51).

#### **E. 3.1.6**

Im MEDAS-Bericht vom 1. September 1998, unterzeichnet von den Dres. M. \_\_\_\_\_ und N. \_\_\_\_\_ (kant.-act. 63), wurden zuerst die Aktenlage, die beruflichen Angaben sowie die Anamnese festgehalten. Bei den objektiven Befunden war der allgemeine internistische Status (bis auf Adipositas) unauffällig (S. 6). In orthopädischer Hinsicht habe der Beschwerdeführer Schmerzen im Bereich des Hinterkopfes und Nackens angegeben und erst auf Befragen bzw. während der weiteren Untersuchung auch weitere Schmerzen. Bei der Untersuchung ergeben sich nur leichte Einschränkungen (S. 6 f. und 11). Bei der Halswirbelsäule (HWS) wurden eine beginnende Verkalkung des vorderen Langbandes und eine nur sehr diskrete spondylotische Ausziehung festgestellt. Im Übrigen war der Befund normal (S. 8). In orthopädischer Hinsicht wurden als Diagnose ein Status nach Schädelkontusion mit Rissquetschwunde, ein Status nach konsolidierter subkapitaler Metacarpalefractur V links und gelegentliche Kniebeschwerden links bei diskretem Femoropatellarsyndrom festgehalten (S. 8 und 11). In psychiatrischer Hinsicht wurde festgestellt, der Beschwerdeführer klage wenig über körperliche Beschwerden. Im Vordergrund stünden seine psychischen Beeinträchtigungen, die Fixierung auf den Arbeitsunfall und die Beschwerden im Kopf, wobei er über Schwindelgefühle und Kopfschmerzen klage. Gesellschaftlich ziehe er sich immer mehr zurück. Er sei wortkarg, in sich gekehrt und introvertiert. Er zeige eine deutliche narzisstische Kränkung. Stimmungsmässig sei er leicht bedrückt, wobei eine gewisse depressive Antriebshemmung dauernd vorhanden sei. Im Vordergrund stehe das regressiv hilflos-passive Verhalten mit der psychogenen Fixierung schwerst krank zu sein und nicht mehr arbeiten zu können. Der Beschwerdeführer sei örtlich, zeitlich und autopsychisch voll orientiert. Das Denken sei schwerfällig, umständlich und auf seine Probleme fixiert gewesen (S. 8 f.). Die Diagnose lautete auf mässige depressive Fehlentwicklung bei einer narzisstischen Persönlichkeit und bei psychosozialer Belastung. Im Vordergrund stehe die narzisstische Struktur des Beschwerdeführers, die es ihm verunmögliche, adäquat mit seinen inneren Aggressionen und Frustrationen umzugehen. Generell sei er etwas vermindert belastbar, weniger stresstolerant und könne aufgrund einerseits der depressiven Symptomatik, andererseits der narzisstischen Entwicklung nicht mehr voll eingesetzt werden. Dazu bestünden auch wechselhafte psychische Zustände mit Stimmungslabilität (S. 10 und 12).

#### **E. 3.1.7**

Der Arzt der IV-Stelle, Dr. med O. \_\_\_\_\_, Spezialarzt für Innere Medizin FMH, hielt in zwei kurzen Berichten vom 7. Dezember 1998 und 18. März 1999 fest, der Versicherte sei in seiner angestammten Tätigkeit seit dem 22. Mai 1992 zu 70 % arbeitsunfähig. Er könne aber leichte Arbeiten im industriellen Sektor oder Arbeiten wie Hauswart, Pförtner oder Aufseher ausführen. Zu solchen Arbeiten sei er seit dem 22. Mai 1992 zu 70 % und ab dem 30. November 1992 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen (IV-I-act. 12 f.).

#### **E. 3.1.8**

Dr. P. \_\_\_\_\_, Neuropsychiater, hielt in seinem Bericht vom 2. Oktober 2006 fest, der Beschwerdeführer komme seit dem Jahr 2000 regelmässig mindestens einmal im Monat zu ihm. Sein Zustand verschlechtere sich. Seit Februar 2005 habe der Beschwerdeführer

dreimal versucht, sich umzubringen. Aufgrund des Einschreitens von ihm (Dr. P. \_\_\_\_\_), dem Hausarzt und der Familie sei der Beschwerdeführer noch am Leben, aber depressiv mit zahlreichen weiteren mentalen Problemen. Seit dem Arbeitsunfall klage der Beschwerdeführer über Schwindel, Kopfschmerzen, Ohrensausen, Schlaflosigkeit und Höhenangst. Zum psychischen Status führte Dr. P. \_\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer sei zeitlich und örtlich orientiert. Er zeige in quantitativer und qualitativer Hinsicht psychische Probleme. So habe er eine depressive Stimmung höheren Grades, eine ausdruckschwache («pauvre») Mimik, richte den Blick zu Boden oder zur Seite, aber nie zum Befragenden. Das Verhältnis zu seiner Familie, auch seiner Frau, sei nicht normal und es bestehe keine emotionale Verbindung. Nach dem Kosovokrieg habe sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers weiter verschlechtert, weil seine Brüder gefoltert worden seien und posttraumatische Störungen aufwiesen. In letzter Zeit stelle er einen Sozialfall dar, weil es ihm an Ernährung und anderen lebenswichtigen Dingen mangle. Er habe Angst, an Nahrungsmangel zu sterben oder weil jemand ihm seine geistige Kapazität nehmen wolle, weshalb er von der Gesellschaft und sogar seiner Familie zurückgezogen lebe. Schliesslich hielt der Arzt fest, der Beschwerdeführer müsse begleitet werden. Seine Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % (IV-I-act. 60; französische Übersetzung: IV-I-act. 61).

### **E. 3.1.9**

In der medizinischen Stellungnahme zuhanden der IVSTA vom 12. März 2007 [im Rahmen der letzten Rentenrevision vor der jetzigen] kam Dr. Q. \_\_\_\_\_ zum Schluss, die Arbeitsunfähigkeit sei unverändert. Der Gesundheitszustand habe sich nicht stabilisiert. Der behandelnde Arzt Dr. P. \_\_\_\_\_ behaupte zwar eine Verschlechterung mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100 %, die Klagen und Befunde würden aber jenen im MEDAS-Gutachten entsprechen. Mit den vorliegenden Unterlagen sei es nicht möglich, eine gesundheitliche Verschlechterung zu objektivieren. Der heutige Zustand des Beschwerdeführers, das heutige, Hilflosigkeit demonstrierende und appellative Verhalten sei höchstwahrscheinlich eine Folge des Rückzugs aus dem Arbeits- und Sozialleben im Sinn eines sekundären Krankheitsgewinns. Daraus werde der Beschwerdeführer nie mehr herauskommen (IV-I-act. 62).

### **E. 3.2**

Der vorliegend angefochtenen Verfügung liegen die nachfolgend zusammengefassten medizinischen Unterlagen zugrunde, wobei sich die Vorinstanz insbesondere auf das Gutachten der Cb. \_\_\_\_\_ (E. 3.2.2) stützte (vgl. Beschwerdebeilage S. 2). Das Gutachten und der RAD-Bericht werden gleich anschliessend an die Zusammenfassung gewürdigt (E. 3.2.2.4 und 3.2.3.2):

#### **E. 3.2.1**

Dr. med. R. \_\_\_\_\_ vom Röntgeninstitut Be. \_\_\_\_\_ hielt im Röntgenbefundbericht vom 13. Oktober 2011 fest, der Beschwerdeführer weise eine leichtgradige Streckfehlhaltung der Halswirbelsäule auf. Zudem bestehe eine ausgeprägte ventral überbrückende Spondylose C4 bis C7 im Rahmen einer diffusen idiopathischen Skeletthyperostose, eine mässige Osteochondrose C5/6 sowie leichtgradige Spondylarthrosen und Uncovertebralarthrosen in allen Segmenten. Bei der Lendenwirbelsäule bestehe ebenfalls eine leichtgradige Streckfehlhaltung. Weiter gebe es diskrete degenerative Veränderungen im Sinn von ventralen Spondylosen von L5 und eine mässige Spondylarthrose lumbosakral (IV-II-act. 44).

### **E. 3.2.2**

Am 12. und 13. Oktober 2011 wurde der Beschwerdeführer bei der Cb. \_\_\_\_\_ untersucht.

#### **E. 3.2.2.1**

Das Hauptgutachten der Cb. \_\_\_\_\_ vom 10. Januar 2012 wurde vom Geschäftsführer S. \_\_\_\_\_, Dr. med. T. \_\_\_\_\_, der die medizinische Verantwortung trug, dem Hauptgutachter, Dr. med. U. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, dem medizinischen Supervisor, Dr. med. V. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, sowie den konsiliarisch zugezogenen Fachärzten Dr. med. W. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, und Dr. med. X. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, unterzeichnet (IV-II-act. 47 S. 1-29). Nach einer kurzen Einleitung zur Geschichte des Beschwerdeführers seit dem Arbeitsunfall (S. 3 f.) wurden die vorhandenen medizinischen Unterlagen zusammengefasst (S. 4-11). Zusätzlich zu den zuvor genannten Unterlagen brachte der Beschwerdeführer demnach einerseits einen Bericht der psychiatrischen Klinik Bf. \_\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2011 mit, demgemäss er selbst angegeben habe, sich in letzter Zeit schlechter konzentrieren zu können und dass es ihm schlechter ginge. Hingewiesen werde darauf, dass er einen Suizidversuch gemacht habe. Die genannten Diagnosen entsprechen dem bisher Bekannten. Neu wurde die depressive Störung nach ICD-10 F 32.1 kodiert. Andererseits brachte der Beschwerdeführer einen psychiatrischen Bericht der [Klinik], Bf. \_\_\_\_\_, vom 5. Oktober 2011 mit, in dem sich gleichlautende Diagnosen fanden (S. 11). Der Beschwerdeführer wurde zu seinen aktuellen Problemen befragt, worauf er im Wesentlichen erklärt habe, seine Orientierung sei nicht gut und es bestehe Schwindel. Zudem habe er immer Probleme mit dem Kopf. Er würde gerne gesund sein, aber in dieser Verfassung könne er nicht arbeiten. Schon ca. zehn Jahre vor dem Arbeitsunfall sei er einmal in einen Liftschacht gestützt, wobei er sich eine Rissquetschwunde am Kopf geholt habe, welche habe genäht werden müssen. Dann habe sich der Beschwerdeführer zum Hergang des Arbeitsunfalls geäussert. Es hätten Kopfschmerzen im Prellbereich bestanden sowie Schwindelgefühle. Es sei eine leichte, links gerichtete Gangunsicherheit aufgefallen, die auch jetzt noch bestehe. Die damals bestandene Übelkeit bestehe immer noch. Das Vorliegen anderer Symptome habe der Beschwerdeführer verneint. Die eigene Arbeitsfähigkeit betreffend habe er angegeben, sich nicht gänzlich arbeitsunfähig zu fühlen. Er könne sich eine Tätigkeit von drei Stunden pro Tag vorstellen. Auf die Frage, warum in einer leichten Tätigkeit nicht auch eine achtstündige Beschäftigung möglich sei, habe der Beschwerdeführer erklärt, er könne sicher nicht lange stehen, und auf entsprechenden Einwand, auch Sitzen sei nicht länger möglich, weil er sich nicht konzentrieren könne. Ursache der Konzentrationsstörung seien Kopf- und Nackenschmerzen, welche auch jetzt bestehen würden. Zudem sehe er schwarze Punkte, die sich bewegten. Auf die Frage, wie weit er gehen könne, habe er angegeben, nur kurz gehen zu können, er habe es aber nicht gemessen. Gleiches sei zur Stehfähigkeit angegeben worden. Auf die Frage, warum es zum Suizidversuch [der in den gerade zuvor genannten Berichten erwähnt wurde] gekommen sei, habe der Beschwerdeführer erklärt, ein erneuter Antrag auf ein Visum sei abgelehnt worden, weshalb er sich auf die Strasse gestellt habe und überfahren werden wollte. Der Tagesablauf sei ziemlich regelmässig beschrieben worden, wobei er vormittags und gelegentlich nachmittags laufen gehe, aber keine Besuche mache und sonst praktisch nur zu Hause sei und nichts mache, bzw. selten fernsehe (S. 11-13). Der Gutachter beobachtete, dass der Beschwerdeführer eine überwiegend mürrische bis lustlos wirkende Gesichtsmimik gezeigt habe, sich jedoch kurz auch humorvoll habe aufheitern lassen. Der Beschwerdeführer habe in der Anamnese

bereitwillig, wenn auch wortkarg Auskunft erteilt, sei teilweise in den Beschwerdedarstellungen aber unkonkret und wenig spezifisch gewesen. Beim An- und Auskleiden sei ein normales uneingeschränktes Bewegungsmuster erkennbar gewesen. Auch das Vornüberbeugen zum Anziehen der Socken sei bestens möglich gewesen. Störungen der Konzentration seien während der gesamten Untersuchung nicht auffällig gewesen (die Untersuchung habe von 12.00 Uhr bis 13.40 Uhr gedauert). Aufnahmefähigkeit, Umstellungsfähigkeit und Antworten auf die Fragen seien in ihrer Ausführung angemessen normal, wenngleich häufig unkorrekt gewesen. Eine Ermüdung oder Ermüdbarkeit sei nicht zu erkennen gewesen (S. 15). Anschliessend wird der Status des Beschwerdeführers wiedergegeben. Auffällig sei hier bei den Stand- und Gangproben ein zunehmendes Schwanken im Romberg-Versuch. Andererseits sei bei Dermatolexieübungen mit Armvorhalteposition und gleichzeitigem Augenschluss ein sehr sicherer und unproblematischer Stand zu erkennen gewesen. Auch beim Richtungshören mit geschlossenen Augen (einem Rombergversuch entsprechend) sei keine Ataxie erkennbar gewesen. Im Gangbild lasse sich allgemein ein normales, wenngleich eher träges Bewegungsmuster beobachten. Auch im Unterberger-Tretversuch werde zunächst behauptet, dies sei nicht möglich und nicht durchführbar. Bei Zuspruch werde diese Untersuchung ebenfalls träge mit nur geringem Abheben der Beine durchgeführt, ohne gerichtete Ataxie. Monopedaler Stand sei immerhin trotz des zuvor gezeigten unspezifischen Schwankens im Rombergversuch beidseits normal durchführbar, ebenso sei der Seiltänzerengang gut möglich (S. 16). Im Rahmen des muskuloskelettalen Status wurde eine diffuse Druckdolenz im Bereich der Dornfortsätze und Querfortsätze der HWS angegeben. Die Kopfbeweglichkeit werde bei gezielter Untersuchung endgradig schmerzhaft beschrieben, insgesamt erscheine die Beweglichkeit aber bei unbemerkter Beobachtung in allen Raumebenen uneingeschränkt (S. 16). Zusammenfassend kam das Hauptgutachten im Fachgebiet Neurologie zum Schluss, aus neurologischer Sicht sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig. Die angegebene Symptomatik könne objektiv nicht bestätigt werden. Die Schwindelzustände würden nur unspezifisch beschrieben. Im Untersuchungsbefund fielen sichtliche Inkonsistenzen auf. Es ergäben sich Hinweise auf inadäquate Befundpräsentation (S. 17). Auffallend sei ein sehr ausweichendes Begründen des behaupteten Unvermögens zu arbeiten, welches sehr diffus, wenig nachvollziehbar und insbesondere nicht auf somatischem Gebiet begründbar sei. Der Beschwerdeführer gebe an, nicht länger sitzen zu können; 1 ½-stündiges Sitzen auf ungepolstertem Stuhl sei aber ohne jegliche Ausgleichsbewegungen bestens durchführbar. Auch berichte der Beschwerdeführer, nicht länger gehen zu können. In dem angegebenen, auffallend entleerten Tagesprofil würden aber wiederholte Spaziergänge beschrieben. Als Begründung für die nur gerade dreistündig mögliche Arbeitstätigkeit verweise er darauf, dass er sich nicht konzentrieren könne. Während der gesamten Untersuchung mit doch immerhin komplexen Fragen seien aber weder Ermüdung noch Konzentrationsstörungen erkennbar. Eine einfache, angepasste Tätigkeit, die dem sehr niederen Bildungsstand des Beschwerdeführers entspreche, sei sicher zumutbar (S. 18).

#### **E. 3.2.2.2**

Das psychiatrische Teilgutachten (IV-II-act. 47 S. 30-40) wurde von Dr. W. \_\_\_\_\_ erstellt und unterzeichnet. Wiederum werden zuerst die wesentlichen Vorakten dargestellt. Der Beschwerdeführer habe ausgeführt er sei - ausser bei seinem Hausarzt - regelmässig in der psychiatrischen Institutsambulanz der Universitätsklinik Bf. \_\_\_\_\_ vorstellig, wo er seinen Psychiater einmal monatlich konsultiere (S. 31). Betreffend die subjektive

Beschwerdesymptomatik habe der Beschwerdeführer angegeben, es gehe ihm sehr schlecht. Er sei reizbar, unzufrieden mit sich und seiner Lebenssituation sowie den anhaltenden Kopfschmerzen und dem ungerichteten Schwindel. Vegetative Begleiterscheinungen oder neurologische Fokalsymptome - so der Gutachter - würden in Zusammenhang mit den Kopfschmerzen nicht angegeben. Er (der Beschwerdeführer, gemäss eigenen Angaben) könne es nicht ertragen, dass er nicht arbeiten könne. Er erlebe sich wertlos. Er hadere mit dem Verlust seiner Gesundheit durch die Tätigkeit in der Schweiz. Dass er nur eine halbe Rente erhalte, welche kaum zu Leben reiche, empfinde er als kränkend und ungerecht. Die Stimmung sei daher oft schlecht, teils depressiv, teils erbittert. Er habe Zukunftsängste und Sorge sich, dass sein Gesundheitszustand noch schlechter werde. Der Gutachter hielt weiter fest, aktuell sei der Beschwerdeführer von Suizidabsichten zuverlässig distanziert. Er äussere auf Befragen jedoch, dass es in der Vergangenheit öfter Suizidabsichten gegeben habe. Zuletzt habe er vor etwa drei Monaten Suizidimpulse verspürt. Das Konzentrationsvermögen sei gering. Er habe keine Ausdauer, keinen Antrieb, fühle sich kraftlos und könne keine Freude empfinden. Er sei auch vergesslich geworden. Er habe Schmerzen und muskuläre Verspannungen im HWS-Schulter-Nackebereich. Eine wie auch immer geartete Tätigkeit sei für ihn unvorstellbar, er sei einfach zu krank. Seinen Tagesablauf schilderte der Beschwerdeführer so, dass er je nach Befinden zu sehr unterschiedlichen Zeiten aufstehe. Manchmal komme es zu Früherwachen. Dann wieder habe er starke Einschlafstörungen. Er verbringe den Tag oft daheim, manchmal gehe er spazieren. Nicht selten komme es zu Konflikten in der Familie. Er ziehe sich dann entweder in ein Zimmer zurück oder verlasse das Haus und gehe stundenlang fort. Zwischenzeitlich schaue er fern, aber es gebe nichts, was ihn wirklich von seiner Situation ablenke (S. 33). Zum psychopathologischen Befund wurde festgehalten, der Beschwerdeführer habe sich beim Aufruf zur Exploration zügig erhoben. Er sei flüssigen Schrittes ins Untersuchungszimmer gefolgt und habe ohne erkennbare Schonhaltung auf dem Patientenstuhl Platz genommen. Fragen würden einsilbig, oft wortkarg, aber durchaus präzise beantwortet. Es habe eine zurückhaltende Gesprächsatmosphäre geherrscht, ein tragfähiger Kontakt sei aber vorhanden gewesen. Der Rapport sei in der Regel nicht spontan, dabei in der Beantwortung der Fragen über Strecken beschwerdefixiert. Zeitgitterstörungen hätten sich im Rapport nicht ausmachen lassen, manchmal vorgetragene Erinnerungslücken hätten bei insistierendem Nachfragen geschlossen werden können. Der Beschwerdeführer sei wach, bewusstseinsklar und zu Zeit, Ort, Person und Situation vollständig orientiert. Er habe mit ausreichender Aufmerksamkeit und Konzentration das Explorationsgeschehen verfolgt und könne sich auf die jeweiligen Gesprächsinhalte und Themen ein- und umstellen. Bei komplexen Sachverhalten müssten diese in einfacher Weise erläutert werden. Es ergäben sich keine Hinweise auf eine primär hirnorganisch bedingte Leistungsminderung. Im inhaltlichen Denken zeige sich eine vermehrte Beschäftigung mit negativen Kognitionen, Verbitterung, depressiven Gefühlen und Kränkungserlebnissen. Eine darüber hinausgehende gedankliche Gefangenheit im Schmerzerleben oder in Ängsten liege nicht vor. Die Willenskräfte seien durchaus strukturiert und zielgerichtet. Die Antriebslage sei leicht reduziert. Der Beschwerdeführer zeige sich hintergründig psychomotorisch angespannt. Insgesamt herrsche ein dysphorischer Ausdruck in der Psychomotorik und der Körpersprache vor. Der Beschwerdeführer sei in seiner emotional-affektiven Modulationsfähigkeit eingeengt. Die Affektlage sei ernst, teils depressiv, vorrangig jedoch dysphorisch verbittert. Die Fähigkeit, Freude zu empfinden, sei reduziert. Das psychoenergetische Potenzial wirke aber ausreichend. Von Suizidalität sei

der Beschwerdeführer aktuell zuverlässig distanziert. Hinweise auf Paniksymptome ergäben sich nicht. Der Beschwerdeführer wirke in der Primärpersönlichkeit frustrationsintolerant, impulsiv, dabei vermehrt narzisstisch kränkbar. Die Annahme einer krankheitswertigen Persönlichkeitsstörung sei allerdings nicht gerechtfertigt. Die in Bd. \_\_\_\_\_ [im Jahr 1996; vgl. E. 3.1.4] beschriebene Persönlichkeitsstörung könne nicht vollumfänglich geteilt werden. Die depressiv-aggressive Entwicklung werde als Ausdruck der rezidivierenden depressiven Störung gesehen. Die narzisstische Persönlichkeitsstruktur zeige sich auch im Gutachten des Ca. \_\_\_\_\_ (...) [vgl. E 3.1.6], wo die depressive Symptomatik als mässig eingeschätzt worden sei. Die von der neuropsychiatrischen Poliklinik notierten Symptome einer schweren depressiven Episode mit Einschränkung von Orientierung sowie qualitativen und quantitativen Bewusstseinsstörungen spiegelten sich im hier erhobenen Befund keineswegs wieder. Unter Berücksichtigung des heutigen Befunds sei von einer massgeblichen Besserung im Vergleich zur beschriebenen Symptomatik im November [recte: Oktober; die Übersetzung wurde im November angefertigt] 2006 [vgl. dazu E. 3.1.8] auszugehen. Die damals beschriebene schwere depressive Symptomatik sei einer nur noch leichten depressiven Episode gewichen. Die Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien nicht erfüllt. Vielmehr handle es sich bei dem chronischen Schmerzerleben des Versicherten um eine sekundäre Symptomausweitung mit Selbstlimitierung bei dysfunktionaler Beschwerdeverarbeitung. Damit sei der Beschwerdeführer auch in der Lage, etwaige Hemmungen gegenüber einer Arbeitsleistung zu überwinden (S. 36-38.). Realitätsorientierung und bezug seien beeinträchtigt, aber ausreichend erhalten. Der Beschwerdeführer sei geschäftsfähig. Er zeige keine Motivation zu einer Rückkehr in eine regelmässige Tätigkeit (S. 36). Zu den Medikamenten führte der Gutachter aus, die Medikamentenspiegel lägen unterhalb der Referenzwerte, was eine unzureichende Compliance des Beschwerdeführers belege (S. 34-36 und 38 f.). Der Gutachter stellte keine psychiatrischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit seien eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0), und eine dysfunktionale Schmerzverarbeitung mit sekundärer Symptomausweitung und Selbstlimitierung nach blandem Schädeltrauma ohne Hinweis auf substantielle Schädigung des zentralen Nervensystems auszumachen (S. 36). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei aus rein psychiatrischer Optik dem Versicherten mit 8.5 Stunden arbeitstäglich, ohne Minderung der Leistungsfähigkeit, zumutbar. Es bestehe somit aus rein psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Der Beschwerdeführer sei in der Lage, sämtliche, seinem körperlichen Belastbarkeitsprofil und seinem Ausbildungs- und Kenntnisstand entsprechenden Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollumfänglich, ohne Minderung der Leistungsfähigkeit, zu verrichten. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 38).

### **E. 3.2.2.3**

Dr. X. \_\_\_\_\_, der das orthopädische Teilgutachten (IV-II-act. 47 S. 41-46) erstellte, ging ebenfalls auf die Aktenlage ein (S. 41 f.). Gemäss seiner eigenen Einschätzung fühle sich der Beschwerdeführer dauerhaft nicht mehr arbeitsfähig. Auch geringe körperliche Belastungen lösten Schmerzen im Bereich der HWS und des Nackens, des Hinterkopfes mit Ausdehnung in die Schulterregion aus. Er vertrage keine körperlichen Arbeiten mehr (S. 42). Im Rahmen des orthopädischen Befundes fiel auf, dass sich der Beschwerdeführer nach Aufruf zügig aus dem Sessel in der Wartzone erhoben habe. Die Fortbewegung im Flur des Instituts und im Untersuchungszimmer sei ausreichend sicher und zügig gewesen. Der

Beschwerdeführer sei zeitlich, örtlich und situativ orientiert, freundlich und kooperativ gewesen (S. 42). Bei der hinteren Nackenmuskulatur wurde ein mässig symmetrischer druckdolenter Hartspann festgestellt. Die HWS-Beweglichkeit habe sich in allen Ebenen endphasig mit subjektiver Schmerzbekundung dargestellt (S. 42). Beim Rumpf sei die Beweglichkeit allenfalls endphasig schmerzhaft. In sämtlichen Bewegungsebenen werde subjektiv jeweils eine endphasige Schmerzauslösung mitgeteilt. Zu den unteren Extremitäten wurde ausgeführt, auch bei der Beweglichkeit der Hüftgelenke werde endphasig eine Schmerzauslösung bei der forcierten Innendrehung und Abduktion beschrieben (S. 43 und 45). Es wurden keine orthopädischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit festgestellt. Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit wurden 1) ein panvertebrales Schmerzsyndrom mit a) ventraler Spondylose C4-C7, Diskushernie ohne gravierende klinische Korrelation, diskrete degenerative LWS-Befunde, ebenfalls ohne klinische Korrelation und b) anhaltend statischer Fehl- und Überbelastung bei Adipositas, 2) geringgradige Coxalgie beidseits, subjektiv endphasiger Bewegungsschmerz beider Hüftgelenke bei den Rotationsprüfungen, keine assoziierte Röntgenpathologie und 3) dekompenzierte Platt-Knick-Spreizfüsse festgehalten (S. 44). Der Beschwerdeführer könne seine bisherige Tätigkeit in einer altersassoziierten Form, d.h. ohne ständige schwere Arbeiten, wieder aufnehmen und fortführen. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Gleiches gelte in einer Verweistätigkeit (S. 45).

#### **E. 3.2.2.4**

Die Teilgutachten beruhen alle auf umfangreichen Untersuchungen des Beschwerdeführers. Aufgrund dieser Untersuchungen sowie der subjektiven Angaben wurden die gestellten Fragen ausführlich und nachvollziehbar beantwortet. So fielen allen drei Gutachtern Diskrepanzen zwischen den vom Beschwerdeführer beschriebenen Leiden und den objektiven Befunden, aber auch seinem Verhalten auf. Dr. W. \_\_\_\_\_ und Dr. X. \_\_\_\_\_ halten fest, der Beschwerdeführer habe sich nach seinem Aufruf im Wartebereich zügig erhoben und sei flüssigen Schrittes in den Untersuchungsraum gefolgt. Auch wurde beobachtet, dass An- und Ausziehen problemlos möglich gewesen sei (Dr. U. \_\_\_\_\_). Weiter wird eine Diskrepanz beschrieben, indem der Beschwerdeführer einerseits erklärt, nicht lange gehen zu können, andererseits von Spaziergängen während des Tages berichtet (insb. Dr. U. \_\_\_\_\_). Es wird dann festgehalten, der Beschwerdeführer könne nach eigenen Aussagen nicht lange sitzen, habe aber während einer rund 1 ½-stündigen Sitzung problemlos auf einem ungepolsterten Stuhl sitzen können (Dr. U. \_\_\_\_\_). Weiter werden Diskrepanzen bei Versuchen, so ein Schwanken beim Romberg-Versuch, aber kein Schwanken beim Richtungshören, beschrieben (Dr. U. \_\_\_\_\_). Das Verhalten, auch das Gesprächsverhalten des Beschwerdeführers wurde beobachtet (alle Gutachter). Die Gutachter verfassten die Teilgutachten jeweils in Kenntnis der Vorakten und bezogen auch vom Beschwerdeführer neu beigebrachte Unterlagen ein (insb. Dr. U. \_\_\_\_\_). Die Schlussfolgerungen der Experten sind nachvollziehbar. Insbesondere entspricht das vom Beschwerdeführer gezeigte Verhalten oft nicht dem von diesem angeführten Beschwerdebild. Dass die leichten Einschränkungen, wie endgradige Schmerzen bei verschiedenen Bewegungen, die Arbeitsfähigkeit nicht in invalidisierender Weise zu beeinträchtigen vermögen, leuchtet ein. Ebenso ist nachvollziehbar, dass weitere Beschwerden, wie Kopfschmerzen und Schwindel, nicht objektiviert werden können und überdies nicht invalidisierend wirken. Dem Cb. \_\_\_\_\_-Gutachten kommt somit voller Beweiswert zu (E. 2.5.1).

### **E. 3.2.3.1**

In seiner Stellungnahme vom 1. Februar 2012 kam der RAD-Arzt, Dr. E.\_\_\_\_\_, zum Schluss, es lägen keine Diagnosen mit einem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor. Dies gelte für die angestammte Tätigkeit ebenso wie für eine Verweistätigkeit, sofern sie mit den physischen, ausbildungsmässigen und intellektuellen Fähigkeiten des Beschwerdeführers vereinbar sei. Die Arbeitsunfähigkeit betrage ab dem 12. Oktober 2011 0 %. Der Gesundheitszustand habe sich stabilisiert. Das Gutachten des Cb.\_\_\_\_\_, vom 10. Januar 2012 mit einem neurologischen, orthopädischen und psychiatrischen Teilgutachten habe das Fehlen einer aktuellen Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt. Seit der Revision im Jahr 2007 sei daher eine Besserung des Gesundheitszustandes eingetreten, insbesondere in psychiatrischer Hinsicht, dies im Vergleich mit dem Bericht der neuropsychiatrischen Poliklinik von November [recte: Oktober] 2006 [E. 3.1.8]. Die hemmende Symptomatik, insbesondere die depressive, sei verschwunden. Die Verbesserung könne nicht genau datiert werden. Die Experten würden als Datum der Besserung das Datum der psychiatrischen Untersuchung, also den 12. Oktober 2011, vorschlagen (IV-II-act. 51).

### **E. 3.2.3.2**

Die Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_\_ ist zwar nicht sehr ausführlich. Nach der umfassenden Darstellung im Cb.\_\_\_\_\_-Gutachten und der kaum Interpretationsspielraum belassenden Schlussfolgerung, die in diesem Gutachten gezogen wird, ist sie aber ausreichend. Dr. E.\_\_\_\_\_ stützt sich zwar nicht auf sämtliche Unterlagen ab, wohl aber auf die wichtigsten. Seine Schlussfolgerung, dass die hemmende Symptomatik, insbesondere die depressive, gegenüber der letzten Rentenrevision nunmehr verschwunden sei und die Arbeitsunfähigkeit 0 % betrage, ist aufgrund der Unterlagen gut nachvollziehbar. Insbesondere hält er fest, dass die Tätigkeit der körperlichen, ausbildungsmässigen und intellektuellen Konstitution des Beschwerdeführers angepasst sein müsse, wobei mit der körperlichen wohl die altersmässige gemeint ist. Trotz der Kürze kommt daher auch dieser Stellungnahme Beweiswert zu (E. 2.5.3).

### **E. 3.3**

Nachdem die Vorinstanz mit Vorbescheid vom 21. Februar 2012 mitgeteilt hatte, dass kein Anspruch mehr auf eine Rente bestehe (Sachverhalt Bst. E.d), reichte der Beschwerdeführer weitere Unterlagen ein, die nachfolgend (E. 3.3.1) zusammengefasst werden, bevor die dazu verfasste Stellungnahme des RAD-Arztes (E. 3.3.2) wiedergegeben wird.

#### **E. 3.3.1.1**

In einem kurzen Bericht vom 9. März 2012 hielt Dr. Y.\_\_\_\_\_, Orthopäde und Traumatologe, die Diagnose cervicobrachiales Syndrom beidseits, Kopfschmerz und Schwindel sowie Parästhesie der oberen Gliedmassen beidseits fest (IV-II-act. 56 S. 1 = IV-II-act. 59 S. 2 [französische Übersetzung: S. 1]).

#### **E. 3.3.1.2**

Ein Bericht [der Klinik Bg.\_\_\_\_\_], Klinik für Psychiatrie, vom 8. März 2012, unterzeichnet von Dr. Z.\_\_\_\_\_, mr.sci, Neuropsychiater, hielt fest, der Beschwerdeführer leide weiterhin unter Kopfschmerzen [gemäss der deutschen Übersetzung in act. 19/2 und dem albanischen Original zudem unter Müdigkeit, «lোধje»; in der französischen Übersetzung nicht wiedergegeben], Konzentrationsstörungen, gereizter Reaktion, Neurose,

Traurigkeit und Appetitverlust. Die Probleme stammten von einem Arbeitsunfall am 22. Mai 1997, bei dem der Beschwerdeführer aus grosser Höhe gestürzt sei und sich schwere Verletzungen am Kopf und Körper zugezogen habe. Bereits zuvor sei er in einen Autounfall verwickelt worden, bei dem er sich den Arm gebrochen habe. Der Arzt führte aus, während der Untersuchung sei der Beschwerdeführer verwirrt und depressiv gewesen, mit dunklen und nihilistischen Ideen. Er sei wegen seiner Krankheit besorgt. Emotional sei er sehr labil, aggressiv und schnell gereizt. Er habe viele polymorphe neurotische und somatische Beschwerden und sei zu 100 % arbeitsunfähig. Die Diagnose lautete auf Status nach contusionem capitis, cephalaea post traumatica, sy. vertiginosum, Status nach fr.met.V.I. sin Contracturae art. Fem. sin, depressive Störung nach ICD-10 F32.1 (IV-II-act. 56 S. 2 = IV-II-act. 59 S. 4 [französische Übersetzung: S. 3; deutsche Übersetzung: act. 19/2]).

#### **E. 3.3.1.3**

Am 10. Oktober 2011 hielt Dr. Z.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht fest, der Beschwerdeführer sei zur Kontrolle gekommen, weil er die letzten Tage ängstlich gewesen sei, möglicherweise aufgrund sehr starker Kopfschmerzen. Heute leide er zudem an einem depressiven Zustand, Konzentrationsstörungen, Müdigkeit, Traurigkeit, Neurose und einer nervösen Spannung. Wieder wurden die Unfälle als Ursache angegeben. Einige Jahre zuvor habe er ein paar Mal gar Suizidversuche unternommen. Die Arbeitsunfähigkeit wurde wiederum mit 100 % angegeben (IV-II-act. 56 S. 3 = IV-II-act. 59 S. 6 [französische Übersetzung: S. 5]).

#### **E. 3.3.1.4**

Dem Bericht des Hausarztes, Dr. Aa.\_\_\_\_\_, Arzt für allgemeine Medizin, vom 5. April 2012, ist zu entnehmen, aufgrund eines veränderten Gesundheitszustandes sei der Beschwerdeführer in Behandlung bei einem Kardiologen. Aufgrund der depressiven Störungen sei der Beschwerdeführer bei einem Neurologen und einem Neuropsychiater in spezialisierter Behandlung und Therapie. Vom Neuropsychiater seien ihm Antidepressiva verordnet worden. Am 4. April 2011 hätten die Werte für Triglyceride 3.34 und jene für Cholesterin 5.9 betragen. Daher und wegen anginöser Schmerzen und Bluthochdrucks sei ihm die Konsultation eines Kardiologen empfohlen worden (IV-II-act. 60 S. 1 = IV-II-act. 62 S. 2 [französische Übersetzung: S. 1; deutsche Übersetzung: act. 19/1]).

#### **E. 3.3.1.5**

Dr. Ab.\_\_\_\_\_, [Klinik Bg.\_\_\_\_\_], Klinik für Neurologie, hielt im medizinischen Bericht vom 13. März 2012 die Diagnose Status nach contusionem capitis, posttraumatischer Kopfschmerz, Schwindelsyndrom und depressives Syndrom fest. Er erklärte den Beschwerdeführer für arbeitsunfähig (IV-II-act. 60 S. 2 = IV-II-act. 63 S. 2 [französische Übersetzung: S. 1]).

#### **E. 3.3.1.6**

Am 6. April 2012 hielt ein fachärztlicher Bericht [der Klinik Bg.\_\_\_\_\_], Klinik für Psychiatrie, Dr. Z.\_\_\_\_\_, fest, der Beschwerdeführer sei zu ihm (Dr. Z.\_\_\_\_\_) gekommen, weil er (der Beschwerdeführer) sich nicht gut fühle. Die Medikamente habe er genommen, doch habe er ständig Kopfschmerzen und Probleme, die sich in gesenkter Stimmung und Schlaflosigkeit niederschlagen würden. Auch heute habe er Kopfschmerzen, Schwindel, eine depressive Stimmung, Konzentrationsstörungen, grosse Traurigkeit, eine starke Neurose und sei angespannt. Diese Probleme bestünden seit der Zeit der schweren Körperverletzung am Arbeitsplatz am 22. Mai 1997, wo er aus einer beträchtlichen Höhe gefallen sei und sich am Kopf und Körper schwere Verletzungen zugezogen habe. Er habe

auch einen Verkehrsunfall erlitten, bei dem er sich den Arm gebrochen habe und bei dem es viele weitere Probleme gegeben habe. Vor einigen Jahren habe er dunkle Gedanken gehabt und einige Selbstmordversuche gemacht. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 %. Die Diagnose lautete Status nach contusionem capitis, Cephalaea post traumatica, Sy. Vertiginosum, Status nach fr.met.V.I. sin Contracturae art. Fem. sin., depressive Störung nach ICD-10 F32.1 (IV-II-act. 60 S. 3 = IV-II-act. 64 S. 2 [französische Übersetzung: S. 1; deutsche Übersetzung: act. 19/4]).

#### **E. 3.3.1.7**

Ein weiterer kurzer Behandlungsbericht [der Klinik Bg.\_\_\_\_\_], Klinik für innere Krankheiten, vom 5. April 2012 von Dr. Sci. Ac.\_\_\_\_\_, Facharzt für Berufskrankheiten, Internist, Kardiologe, hielt als Diagnose Bluthochdruck, chronische obstruktive Bronchitis sowie Arrhythmia ESV Angina pectoris fest (IV-II-act. 60 S. 4 [deutsche Übersetzung: act. 19/3]).

#### **E. 3.3.2.1**

In seiner Stellungnahme vom 19. Juli 2012 erklärte der RAD-Arzt, die vom Beschwerdeführer eingereichten Unterlagen würden nur unveränderte Beschwerden, keine neuen Beeinträchtigungen der Gesundheit und unveränderte objektive Befunde belegen. Aus ihnen ergebe sich kein neues Element, weshalb sie nicht geeignet seien, die Schlussfolgerungen der Stellungnahme vom 1. Februar 2012 zu verändern (IV-II-act. 66).

#### **E. 3.3.2.2**

Die Stellungnahme des RAD-Arztes ist unvollständig, wird doch in früheren Berichten nirgendwo eine chronische obstruktive Bronchitis oder Angina pectoris festgehalten. Sie ist aber nachvollziehbar, soweit sie die psychischen Leiden des Beschwerdeführers betrifft. Die vorangehenden Berichte der Ärzte (E. 3.3.1) sind sehr unspezifisch. Im allgemeinen werden - wie der RAD-Arzt zu Recht ausführt - die bereits bekannten Diagnosen wiederholt. Sonst wird jeweils vor allem festgehalten, was der Beschwerdeführer ausgeführt hat. Dass sich diese Berichte nicht mit den Vorakten auseinandersetzen, ist bereits daran zu erkennen, dass die Unfälle falsch dargestellt werden (insb. E. 3.3.2.1 f. und 3.3.1.6). Der einzige Bericht, der die Diagnosen chronische obstruktive Bronchitis und Angina pectoris nennt (E. 3.3.1.7), ist überdies so knapp gehalten, dass ihm kein Beweiswert zukommen kann. Es wird in keiner Weise festgehalten, worauf sich die Untersuchung stützt oder weshalb der Arzt zu seiner Diagnose kommt. Es wird nicht einmal klar, ob die Diagnose durch den Arzt selbst gestellt wurde. Unter diesen Umständen kann insbesondere diesem Bericht kein Beweiswert zukommen (E. 2.5.1). Zu beachten ist zudem, dass Leistungszusprachen einzig gestützt auf die Angaben von behandelnden Ärzten kaum je möglich sind (E. 2.5.5). Die genannten Diagnosen lassen sich in keinem anderen Dokument finden. Insgesamt kann somit nicht darauf abgestellt werden. Damit erweist sich die Unvollständigkeit der Stellungnahme des RAD-Arztes als nicht relevant und dieser kommt voller Beweiswert zu.

#### **E. 3.4**

Nachfolgend werden wiederum erst die vom Beschwerdeführer am 12. März 2013 (Sachverhalt Bst. K) eingereichten Unterlagen zusammengefasst (E. 3.4.1) und anschliessend die vom RAD dazu verfasste Stellungnahme (E. 3.4.2).

#### **E. 3.4.1.1**

Act. 19/1 entspricht IV-II-act. 60 S. 1 (oben E. 3.3.1.4). Act. 19/2 entspricht IV-II-act. 56 S. 2 (E. 3.3.1.2). Bei act. 19/3 handelt es sich um die Übersetzung des Behandlungsberichts von Dr. Ac.\_\_\_\_\_ (siehe oben E. 3.3.1.7). Act. 19/4 entspricht IV-II-act. 64 S. 2 (oben E. 3.3.1.6). Zwar weicht die vom Beschwerdeführer eingereichte, von einem Übersetzer verfasste deutsche Fassung teilweise von der offiziellen französischen Übersetzung der Vorinstanz ab, doch sind diese Abweichungen marginal.

#### **E. 3.4.1.2**

Akt. 19/5 betrifft Ad.\_\_\_\_\_, geboren (...), und damit nicht den Beschwerdeführer, weshalb darauf nicht einzugehen ist.

#### **E. 3.4.2**

Damit bleibt auf act. 19/6 einzugehen: Vom 21. August 2012 bis zum 11. September 2012 hielt sich der Beschwerdeführer in der psychiatrischen Abteilung [der Klinik Bg.\_\_\_\_\_] auf. Der Austrittsbericht («Entlassungsschein») ist vom Chef der Abteilung Dr. Ae.\_\_\_\_\_, Psychiater, Dr. Af.\_\_\_\_\_, Psychiater, Dr. Ag.\_\_\_\_\_, Facharzt, und dem Direktor Dr. Ah.\_\_\_\_\_, Psychiater, unterschrieben. Darin wird eine wiederkehrende depressive Störung, aktuell moderate Episode, festgehalten sowie eine Diagnose nach ICD-10 F33.1 und F43.3, Status nach contusionem capitis, Cephalea post traumatica und Sy. Vertiginosum. Es handle sich um die erste Hospitalisierung an der neuropsychiatrischen Klinik. Die Behandlung habe 1977 mit einer Körperverletzung am Arbeitsplatz angefangen. Die Probleme seien auch mit einem Verkehrsunfall verbunden. Die Hospitalisierung sei wegen kontinuierlicher Kopfschmerzen, einer Bewusstseinskrise, verminderter Laune, Schlaflosigkeit, dissoziativer Phänomenen, dunkler Ideen für die Zukunft und impulsiver Reaktion in der frustrativen Lage erfolgt. Die Lage habe während der letzten drei Monate trotz der ordentlichen Therapie allmählich begonnen, sich zu verschlechtern. Die psychiatrische Behandlung habe sich nach dem erlebten Trauma für einige Jahre hingezogen. Die Routinelabortests seien im Referenzwert. Der Beschwerdeführer sei in den drei Dimensionen orientiert. Der Verbalkontakt habe aufgebaut werden können und sei erhalten geblieben. Der Beschwerdeführer äussere Ideen ohne Hoffnung, ohne Wert und ohne klare Vision für die Zukunft. Er behaupte Störungen in der Wahrnehmung in Verbindung mit dissoziativen Phänomenen als Traumfolge. Es träten polymorphe somatische Beschwerden und Schlafstörungen mit gelegentlichem Erwachen in der Nacht auf. Es gebe eine «Stimmungsminderung mit adäquatem affektivem Bericht» und eine Verminderung der dynamischen Libido. Während der Klinikbehandlung sei er zum Zweck der Stabilisierung der Lage mit einer Psychotherapie und einer Pharmakotherapie behandelt worden, aber sein Zustand sei nahezu stabil geblieben als Folge der erlebten traumatischen Ereignisse. Er sei in teilweise verbessertem Zustand aus der Klinik entlassen worden mit Empfehlung regelmässiger Therapien und regelmässiger ambulanter Konsultationen (act. 19/6).

#### **E. 3.4.3.1**

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 8. April 2013 (in act. 21 enthalten) geht der RAD-Arzt, Dr. E.\_\_\_\_\_, auf die Beilagen 1, 5 und 6 ein. Er hält fest, diese neu eingereichten Beweismittel würden weder eine signifikante noch länger dauernde Änderung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung des Cb.\_\_\_\_\_ vom 10. Januar 2012 belegen. Die psychiatrische Hospitalisierung Ende August 2012 sei von kurzer Dauer gewesen. Die Symptome seien nicht wesentlich anders als jene, die der Experte des

Cb.\_\_\_\_\_ festgestellt habe, und am Ende des Aufenthalts sei ein besserer Gesundheitszustand festgehalten worden, dies bereits 21 Tage nach der Hospitalisierung. Der kurze Aufenthalt belege, dass es sich nur um eine leichte depressive Episode gehandelt habe.

#### **E. 3.4.3.2**

Auch diese Stellungnahme des RAD-Arztes ist nachvollziehbar. Insbesondere ist einleuchtend, dass die Hospitalisierung als eher kurz anzusehen ist und dass der Beschwerdeführer in verbessertem Gesundheitszustand entlassen werden konnte. Der RAD-Arzt bezog in seine ergänzende Stellungnahme auch die Beilage 5 zur Beschwerde ein. Diese betrifft jedoch - wie gesehen (E. 3.4.1.2) - nicht den Beschwerdeführer, sondern dessen Ehefrau (vgl. zu deren Personalien: kant-act. 1 S. 1). Das Versehen führt indessen nicht dazu, dass die Stellungnahme des Arztes an Glaubhaftigkeit verlieren würde. Einerseits durfte er nämlich in guten Treuen davon ausgehen, dass vom Beschwerdeführer eingereichte Dokumente diesen selbst betreffen. Andererseits ist die Auffassung des RAD-Arztes, auch dieses Dokument würde nichts daran ändern, dass die Rente aufzuheben wäre, nachvollziehbar begründet.

#### **E. 4.1**

Der Beschwerdeführer weist in seiner Beschwerde nur pauschal darauf hin, dass er schwer krank sei und dass das Gutachten der Cb.\_\_\_\_\_ nicht korrekt sei. Um dies zu beweisen, möchte er, dass ein MEDAS-Gutachten erstellt wird.

#### **E. 4.2**

Aus dem zuvor Gesagten ergibt sich aber, dass die vom Beschwerdeführer geltend gemachten und subjektiv wohl auch vorhandenen Beschwerden überwindbar sind (E. 2.3.1 f.). Der Beschwerdeführer bringt nichts dagegen vor, was an der Feststellung der Fachärzte, insbesondere der Cb.\_\_\_\_\_-Gutachter, zweifeln liesse. Die von ihm beigebrachten Unterlagen vermögen die dort gemachten Schlussfolgerungen ebenfalls nicht in Zweifel zu ziehen (insb. E. 3.4).

#### **E. 4.3**

Da sich aus der Aktenlage ein klares Bild ergibt, kommt die Beweislastregel (E. 2.4.5) nicht zur Anwendung. Unter diesen Umständen rechtfertigt es sich auch nicht, ein neues Gutachten erstellen zu lassen. Der entsprechende Antrag ist abzuweisen.

#### **E. 4.4**

Da sich nach dem Gesagten der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Revision soweit gebessert hat, dass er sowohl in seiner angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit (seinem Alter angepasst) zu 100 % arbeitsfähig ist, hat die Vorinstanz zu Recht und unter Einhaltung der entsprechenden Fristen (E. 2.4.3 f.) die Rente des Beschwerdeführers aufgehoben.

#### **E. 4.5**

Ein Einkommensvergleich (E. 2.3.3) war - da der Beschwerdeführer in seiner angestammten und einer Verweistätigkeit voll arbeitsfähig ist - nicht vorzunehmen.

#### **E. 5**

Damit ist die Beschwerde abzuweisen und es bleibt, über die Kosten- und Entschädigungsfolgen zu befinden.

#### **E. 5.1**

Die Verfahrenskosten werden unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache im vorliegenden Verfahren auf Fr. 400.-- festgesetzt (Art. 63 Abs. 4bis VwVG sowie Art. 1, 2 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Sie sind dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

#### **E. 5.2**

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).

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