

BVGer B-2022/2011 vom 29. Oktober 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-10-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-2022_2011

FR: TAF B-2022/2011 du 29 octobre 2013

IT: TAF B-2022/2011 del 29 ottobre 2013

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das Verwaltungsverfahrensgesetz aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 1.2

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Verfügung der Vorinstanz vom 28. Februar 2011. Der Beschwerdeführer hat frist- und formgerecht Beschwerde erhoben (Art. 60 ATSG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung ist der Beschwerdeführer besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Änderung oder Aufhebung (Art. 59 ATSG). Damit ist auf die Beschwerde einzutreten.

E. 2

Vorab ist zu prüfen, welche Rechtsnormen im vorliegenden Verfahren zur Anwendung gelangen.

E. 2.1

Da der Beschwerdeführer Schweizerbürger ist, sind im vorliegenden Verfahren ausschliesslich die einschlägigen schweizerischen Rechtsvorschriften anwendbar.

E. 2.2

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. BGE 130 V 329). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der

IVV ist auf die per 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Bestimmungen der 4. IV-Revision in der Fassung vom 21. März 2003 (AS 2003 3837) bzw. in der Fassung vom 21. Mai 2003 (AS 2003 3859), und für die Zeit ab 1. Januar 2008 auf die dannzumal in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) abzustellen. Soweit ein Rentenanspruch ab dem 1. Januar 2012 zu prüfen ist, sind weiter die mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Gesetzesänderungen zu beachten (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts B-3448/2012 vom 9. Oktober 2013 E. 2.2).

E. 2.3

Bezüglich der vorliegend auf Grund von Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG zu berücksichtigenden ATSG-Normen zur Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) und zur Bestimmung des Invaliditätsgrades (Art. 16) hat das Schweizerische Bundesgericht (vormals Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG]) erkannt, dass es sich bei den in Art. 3-13 ATSG enthaltenen Legaldefinitionen in aller Regel um eine formellgesetzliche Fassung der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu den entsprechenden Begriffen vor In-Kraft-Treten des ATSG handelt und sich inhaltlich damit keine Änderung ergibt, weshalb die hierzu entwickelte Rechtsprechung übernommen und weitergeführt werden kann (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3).

E. 3.1

Streitig ist vorliegend, ob die Vorinstanz zu Recht die bisher ausgerichtete Dreiviertelsrente wegen Änderung des Invaliditätsgrades auf eine halbe Rente reduziert hat, wobei die Frage im Zentrum steht, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in rentenrelevanter Weise verbessert hat bzw. ob der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt worden ist. Nachfolgend sind die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden gesetzlichen Grundlagen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen.

E. 3.2

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 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. 3.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente.

E. 3.4

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades bei erwerbstätigen Versicherten wird das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihnen zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnten (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnten, wenn sie nicht invalid geworden wären (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). 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 349 E. 3.4.2 mit Hinweisen). Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt. Diese Berechnungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 Prozent (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (sogenannter Prozentvergleich; BGE 114 V 310 E. 3a S. 313; Urteil des Bundesgerichts 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis).

E. 3.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, 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 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc). Eine zumutbare Arbeitsmöglichkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen (leidensangepasste Verweisungstätigkeit; ZAK 1986 S. 204 f.).

E. 3.6

Die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht haben die medizinischen Unterlagen nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange

umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a). In Bezug auf Berichte der behandelnden Ärzte bzw. Hausärzte darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Wohl können die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte oft wertvolle Erkenntnisse hervorbringen, doch übersieht der Beschwerdeführer bei seiner Kritik am Gutachten von Dr. med. K. _____, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_642/2011 vom 14. Februar 2012). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen). Auf Stellungnahmen der RAD kann nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des Bundesgerichts 9C_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen). Der Streit um die Frage, ob die Voraussetzungen für bestimmte Diagnosen gegeben seien oder nicht, führt

nicht weiter: Die Diagnose ist notwendig, um einen Gesundheitsschaden zu erfassen; sie besagt aber als solche nichts über dessen Auswirkungen (vgl. BGE 130 V 396 E. 6.2.3 S. 401). Das Ausmass der zumutbaren Leistung korreliert vielmehr mit den fachärztlich erhobenen Befunden, also der Bestandaufnahme von konkreten Beeinträchtigungen der organischen und psychischen Integrität und mit den entsprechenden Konsequenzen für die qualitative und quantitative arbeitsbezogene Funktionalität (Urteil des Bundesgerichts I 844/06 vom 24. September 2007).

E. 3.7

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG; vgl. auch Art. 87 Abs. 2 und 3, Art. 88a und Art. 88bis IVV). Anlass zur Revision von Invalidenrenten gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist daher nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann etwa revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben oder eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349). Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4). Die letzte Revision der Invalidenrente vor der Revision, die zur Reduktion der Dreiviertelsrente auf eine halbe Rente führte, wurde im Frühjahr 2005 durchgeführt und mit Verfügung der IV-Stelle Zürich vom 24. März 2005 (IV-act. 90) und Mitteilung der Vorinstanz vom 6. Mai 2005 (IV-act. 93) abgeschlossen. Eine umfassende Überprüfung der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse wurde nicht vorgenommen (vgl. IV-act. 111 S. 5). Die entsprechende Verfügung bzw. Mitteilung fällt als Vergleichszeitpunkt somit ausser Betracht. Dagegen beruht die Verfügung vom 26. März 2002 auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs.

E. 4

Nachfolgend ist deshalb anhand der medizinischen Akten und unter Berücksichtigung der massgebenden Kriterien zu prüfen, ob und gegebenenfalls ab wann sich der gesundheitliche Zustand sowie die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zwischen dem Rentenentscheid vom 26. März 2002 und dem Erlass der hier streitigen Verfügung vom 28. Februar 2011 insoweit gebessert haben, dass die Reduktion der Dreiviertelsrente auf eine halbe Rente gerechtfertigt war (vgl. BGE 117 V 198 E. 3a, BGE 133 V 108, BGE 130 V 71).

E. 4.1

Beim Erlass der vorliegend als Vergleichsbasis dienenden Verfügung vom 26. März 2002 stützte sich die Vorinstanz für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zur Hauptsache auf folgende medizinische Unterlagen:

E. 4.1.1

Im Austrittsbericht der Klinik für Unfallchirurgie des D. _____ vom 3. September 1998 wurden folgende Diagnosen gestellt: Abdominal-Durchschussverletzung mit Verletzung der Mesenterialwurzel, Verletzung der Vena iliaca communis rechts, Durchschussverletzung des Spinalkanals auf Höhe L5-S1, Schussfraktur des Dornfortsatzes S1 und Schädigung der Cauda equina mit Verletzung der Wurzeln S3-S5. Ferner wurden die getätigten Eingriffe aufgeführt. Der postoperative Verlauf der operativen Eingriffe habe sich komplikationslos gestaltet. Die Darmmotilität komme langsam in Gang. Neurologisch habe sich eine Hyposensibilität bei Berührung im Dermatome S3-S5 mit aufgehobenem Analsphinkterreflex und schlaffem Sphinktertonus ohne Willkürinnervation gefunden. In den unteren Extremitäten hätten sich keine neurologischen Ausfälle gezeigt. Nach der Cystofix-Einlage habe man mit dem Blasentraining begonnen. Eine Spontanmiktion sei bis zum Austritt jedoch nicht möglich gewesen. Das Anlegen eines doppelläufigen Sigmoidostomas oder einer Transversostomie bei fortdauernder Stuhlinkontinenz sei vom Beschwerdeführer abgelehnt worden (SUVA-act. 13).

E. 4.1.2

Vom 3. September 1998 bis 30. November 1998 hielt sich der Beschwerdeführer in der Universitätsklinik E. _____ angegliederten F. _____ auf. Im Bericht vom 4. Dezember 1998 werden ein Cauda equina-Syndrom inkomplett S1-S5 beidseits sowie Stenosen nach abdominaler Schussverletzung, Laparotomie, Second look-Laparotomie und nach Cystofixeinlage diagnostiziert. Im Verlauf habe sich keine Veränderung des neurologischen Niveaus gezeigt. Es bestehe weiterhin eine Hypästhesie in den Dermatomen S1-S5 beidseits sowie eine Hypalgesie S1 und S2 sowie Analgesie S3-S5 beidseits. Eine willkürliche Sphinkteraktivität fehle. Im Muskelstatus falle eine Parese hauptsächlich der hinteren Unterschenkelmuskulatur auf, welche eine Störung des Gangbildes bewirke, welches durch intensive Physiotherapie verbessert worden sei. Vom psychopathologischen Befund falle eine Beziehungsstörung vor allem gegenüber den Eltern auf. Ansonsten sei der Beschwerdeführer psychisch unauffällig und weder fremd- noch eigengefährdend. Nach Durchführung der urodynamischen Untersuchung, welche eine neurogene Blasendysfunktion vom Typ inkomplettes unteres motorisches Neuron gezeigt habe, habe der Beschwerdeführer problemlos die Durchführung des intermittierenden Selbstkatheterismus erlernt. Da die autonome sympathische Innervation am Blasenhalss erhalten sei, sei der Patient kontinent. Bei anfänglicher totaler Stuhlinkontinenz habe sich der Patient fortan an einen täglichen Stuhlentleerrhythmus (Pressen/Ausräumen) angewöhnt, so dass in der Folge keine Inkontinenz mehr zu beklagen gewesen sei. Das Hauptgewicht der physiotherapeutischen Massnahmen liege in der Gangbildung, der Korrektur der Kyphosehaltung sowie des Muskelaufbaus der deutlich abgeschwächten Bizeps femoris- und Gastrocnemiusmuskulatur. Ab Mitte November 1998 sei ein 50%iger Arbeitsversuch im angestammten Betrieb gestartet worden. Eine IV-Anmeldung sei momentan nicht notwendig. Nach Austritt sei eine ambulante Therapie 2x pro Woche und eine sukzessive Steigerung des Arbeitspensums bis auf 100 % vorgesehen. Ferner sei dem Beschwerdeführer eine ambulante Psychotherapie empfohlen worden (SUVA-act.14).

E. 4.1.3

Dr. med. M. _____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Uster, diagnostizierte in seinem Gutachten vom 30. August 1999 aufgrund einer persönlichen Untersuchung und der Krankengeschichte des G. _____ beim Beschwerdeführer eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetypus ICD-10 F60.31 (SUVA-act. 16).

E. 4.1.4

Dem Bericht des F. _____ der Klinik E. _____ vom 11. Mai 1999 zufolge liegen beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen vor: Status nach Verletzung der Mesenterialwurzel, der V. iliaca communis und des Spinalkanals L5/S1, Schädigung der Cauda equina und ein psychiatrisches Leiden, vorläufig nicht näher differenziert. Als Folge der Verletzung könne der Beschwerdeführer insbesondere nicht mehr Wasser lösen und müsse mehrmals täglich katheterisieren; ferner bestünden fluktuierende sakrale Schmerzen. Der Beschwerdeführer sei im Gehen sehr leicht behindert, habe jedoch Mühe gehabt, eine grössere Strecke in grossem Tempo zu bewältigen. Beim letzten Kontrolltermin am 25. März 1999 sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig gewesen. Er sei an das G. _____ überwiesen worden, da ein schwerwiegendes psychiatrisches Leiden vorliege, jedenfalls handle es sich nicht um eine gewöhnliche Depression. Eine weitere psychiatrische Diagnostik und Therapie seien notwendig. Letztendlich sollte wieder eine normale Arbeitsfähigkeit möglich sein, was in diesem Zustand jedoch nicht mit absoluter Sicherheit beurteilt werden könne. Der Beschwerdeführer bedürfe voraussichtlich noch Jahre der ärztlichen Behandlung. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Als Hilfsmittel benötige der Beschwerdeführer einen Katheter (IV-act. 8, 9).

E. 4.1.5

Laut Bericht des G. _____ vom 17. Juni 1999 war der Beschwerdeführer vom 8. August 1998 bis zum 8. April 1999 zu 100 % arbeitsunfähig. Vom 8. April 1999 bis 8. Mai 1999 sei er probeweise zu 80 % arbeitsunfähig und seit dem 24. April 1999 sei er zu 40 % arbeitsunfähig geschrieben. Bis heute sei es aber dem Beschwerdeführer nicht gelungen, dem nun aktuell vorgesehenen 60%igen Arbeitspensum regelmässig nachzukommen. Aufgrund seiner Persönlichkeitsproblematik und der bereits eingesetzten Chronifizierung des Krankheitsverlaufs sei mit einer längeren Arbeitsunfähigkeit zu rechnen und eine berufliche Rehabilitation könne wahrscheinlich erst zu einem späteren Zeitpunkt, allenfalls über IV-Wiedereingliederungsmassnahmen versucht werden. Der Gesundheitszustand sei stationär. Es ergingen folgende Diagnosen: 1. Mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer schweren Identitäts- und Adoleszentenkrise bei unreifer Persönlichkeitsstruktur (ICD-10: F32.2); DD: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderlinetypus (ICD-10: F60.31), gemischte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen Zügen (ICD-10: F61); DD: schizoaffektive Störung (ICD-10: F31.6); DD: Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10: F20). 2. Status nach Suizidversuch mit Sturmgewehr 1998 (ICD-10: X73). 3. Cannabisabusus (ICD-10: F12.2). 4. Opiatabusus, ständiger Konsum (ICD-10: F11.25). Seit seiner frühesten Jugend leide der Versicherte unter psychischen Ausnahmezuständen, affektiven Schwankungen, depressiven Verstimmungen und inneren Spannungszuständen. Seit 1995 konsumiere der Beschwerdeführer regelmässig Cannabis (2-3x wöchentlich). Am 8. August 1998 habe der Beschwerdeführer einen Suizidversuch mit seinem Militärsturmgewehr und Kriegsmunition unternommen. Nach geglückter Notfalloperation sei vom 3. September 1998 bis 30. November 1998 in der Universitätsklinik E. _____ die Neurorehabilitation relativ zufriedenstellend erfolgt. Im Verlauf habe der Beschwerdeführer aber unter schweren depressiven Zuständen und psychischen Ausnahmesituationen gelitten. Seit der Entlassung aus der Universitätsklinik E. _____ im November 1998 lebe der Versicherte allein zu Hause und betreibe einen nicht näher überblickbaren Medikamentenabusus mit steigenden Dosen von Antidepressiva,

Opiaten und Antirheumatika. Am 11. März 1999 habe sich der Versicherte selbst zugewiesen. Eine Eingliederung in die Tagesklinik zur beruflichen Rehabilitation sei misslungen und sei an der momentanen Inkonstanz des Versicherten gescheitert. Auch sei es nicht gelungen, den Versicherten an seinem alten Arbeitsplatz zu integrieren. Im Hinblick auf den Psychostatus wurde was folgt festgehalten: Gedankengang verlangsamt, umständlich, ideenflüchtig, inhaltlich eingengt auf ihn belastende Themen wie den versuchten Suizid oder seine gespannten Beziehungen zu Vater und Mutter; schneller Wechsel von fast mutistisch anmutenden Phasen zu logorrhöischen Momenten mit Vorbeireden und zerfahrenem Gedankengang; psychosenahe Zustände, Ich-Störungen im Sinne von Derealisations- und Depersonalisationserleben; Phasen von Gedankenentzug und Gedankeneingebung mit Fremdbeeinflussungsgefühl; im Affekt schnell wechselnde Stimmungslagen mit schwer depressiven Phasen, geprägt von Ratlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Angst, Verlust der Vitalgefühle und Phasen mit vermehrter Aktivität, hypomanische Zustandsbilder mit gesteigertem Selbstwertgefühl, gesteigertem Antrieb; Schlafstörungen mit Ein- und Durchschlafstörungen; latente Suizidalität bei belastenden Ereignissen sowie deutliches Krankheitsgefühl (IV-act. 15).

E. 4.2

Beim Erlass der angefochtenen Verfügung, mit welcher die Vorinstanz die Dreiviertelsrente per 1. Mai 2011 durch eine halbe Rente ersetzt hat, stützte sich die Vorinstanz auf folgende medizinischen Unterlagen.

E. 4.2.1

Mit Bericht vom 16. März 2009 hielt I. _____, Diplom-Psychologe und psychologischer Psychotherapeut, DE-Rendsburg, zuhanden der Vorinstanz fest, der Beschwerdeführer sei seit dem 13. August 2007 bei ihm in Behandlung. Bisher hätten 36 Therapiesitzungen stattgefunden; da es sich um eine tiefenpsychologisch fundierte Langzeittherapie handle, sei diese auf 80-100 Stunden konzipiert. Der Beschwerdeführer leide unter mittelgradigen bis starken Ängsten und Depressionen, die mit körperlichen Beeinträchtigungen und einem ausgeprägter werdenden sozialen Rückzug einhergingen. Der Beschwerdeführer leide unter depressiven Verstimmungen, Zukunftsängsten, Denkblockaden bzw. Gedankenkreisen, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Schuldgefühlen, Erschöpfungszuständen und Ängsten, unter Menschen zu gehen. Er erhob folgende Diagnosen: ICD-10: F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt; ICD-10: F60.5 anankastische Persönlichkeitsstörung mit deutlichen histrionischen (F60.4) und zeitweise emotional instabilen Elementen (F60.31). Der psychische Zustand des Beschwerdeführers schwanke häufig und stark, auch und gerade mit der Intensität seiner sozialen Ängste. Der Zustand des Beschwerdeführers habe sich nach einer zeitlich begrenzten leichten Besserung in Verbindung mit dem Bestehen der Führerscheinprüfung psychisch wieder verschlechtert, da die tiefgreifende Persönlichkeitsstörung immer wieder für soziale Isolation, depressive Verstimmung und Einsamkeit Sorge, die schwer zu bewältigen sei. Prognostisch könne es zu leichten Verbesserungen kommen, was die Angst- und depressive Symptomatik betreffe. Die Persönlichkeitsstörung sei stark verfestigt und schwer zugänglich. Aus psychotherapeutischer Sicht seien Vollzeit- bzw. Teilzeittätigkeiten in allen Berufsfeldern auf absehbare Zeit nicht möglich (IV-act. 102).

E. 4.2.2

Dr. med. H. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, DE-Rendsburg, behandelt den Beschwerdeführer seit dem 14. Dezember 2005 in vierteljährlichen Abständen wegen seiner gemischten Persönlichkeitsstörung mit anankastischen (ICD-10: F60.5G) und histrionischen (F60.4G) und zeitweise emotional instabilen Zügen (F41.2G). Ein nach einer Bauchschussverletzung in suizidaler Absicht aufgetretenes Konus-Kauda-Syndrom habe sich unter der damaligen Rehabilitationsbehandlung in der Schweiz zurückgebildet; es bestünden nur noch zeitweise radikuläre Sensibilitätsstörungen in den Dermatomen L5 und S1, jedoch keine Blasenstörung und keine manifesten motorischen Paresen mehr. Aufgrund der Schwere der psychopathologischen Symptomatik mit Grübel- und Kontrollzwängen, Konzentrationsstörungen und erheblich vermindertem Durchhaltevermögen sowie Erschöpfungszuständen mit Neigung zu depressiven Verstimmungen, Zukunftsängsten und sozialer Kontaktstörung mit Neigung zu Isolation sowie Schuldgefühlen und Schlafstörungen sei die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers weiterhin erheblich eingeschränkt. Aus nervenärztlicher Sicht seien allenfalls leichte Tätigkeiten in einem Zeitrahmen von bis max. 2 Stunden pro Tag realistisch und zumutbar. Bezüglich des anamnestisch angegebenen Drogenabusus (Cannabis, Opiate) gebe der Beschwerdeführer derzeit glaubhafte Abstinenz an. Bezüglich der gemischten Persönlichkeitsstörung erscheine aus nervenärztlicher Sicht eine dauerhafte Besserung unwahrscheinlich. Inwieweit die Angst- und Depressionssymptomatik durch die psychotherapeutischen Langzeitbemühungen und die medikamentöse antidepressive Therapie mit Citalopram zu erreichen sein werde, bleibe abzuwarten (IV-act. 103).

E. 4.2.3

In seinem Gutachten vom 19. April 2010 kam Dr. med. L. _____, Spezialarzt FMH für Neurologie, Burgdorf, gestützt auf die IV-Akten, die Angaben des Beschwerdeführers vom 23. März 2010 und die klinisch-neurologischen Untersuchungsbefunde vom 23. März 2010 zu folgender Beurteilung: die klinisch neurologische Untersuchung zeige nach wie vor eine Verminderung der Berührungsempfindlichkeit bzw. der Empfindungen für Temperatursinn in den Segmenten S1-S5 beidseits. Die Skrotalreflexe seien schlecht auslösbar. Subjektiv bestünden nach wie vor Urin- (tägliche Selbstkatheterisierung mehrmals) und Stuhlinkontinenz (tägliche manuelle Ausräumung des Enddarms). Ferner seien die sexuellen Funktionen defizitär. Der Achillessehnenreflex sei beidseits im Knien fehlend. Der übrige Neurostatus falle in allen Teilen normal aus. Die Hirnnerven seien nicht beeinträchtigt. Es bestünden ferner keine Artikulationsstörungen und keine Hinweise für eine Aphasie. Die oberen Extremitäten und der Rumpf seien intakt. Was die unteren Extremitäten anbelange, bestünden einzig eine verminderte Empfindung für Berührung und Temperatursinn in den Dermatomen S1-S5 und eine verminderte Sensibilität am Penis. Stehen und Gehen gingen problemlos. Kognitive Defizite bestünden auch nicht. Der Beschwerdeführer habe ab 2000 bis 2005 an seinem alten Arbeitsplatz knapp integriert werden können, wobei sich gezeigt habe, dass er vorwiegend wegen der persistierenden psychopathologischen Probleme lediglich 3 1/2 Stunden mit einer Leistungsverminderung von 80 % einsetzbar gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe ein Jahr nach der Schussverletzung eine ganze IV-Rente bezogen, zur Hauptsache wegen psychopathologischer Faktoren. Der Beschwerdeführer arbeite seit der Kündigung per Ende März 2005 nicht mehr. Neurologisch hätten sich die Ausfälle der S1-S5 innervierten Willkürmuskulatur praktisch vollständig zurückgebildet. Der Bewegungsablauf sei beim Gehen und Treppensteigen nicht mehr behindert. Nach wie vor bestünden aber die viszeromotorischen-sensiblen Ausfälle von Seiten der Blasen-/Mastdarminnervation und

eine insuffiziente Sexualfunktion mit entsprechenden psychosozialen Implikationen. Der neurologische Zustand entspreche dem Status von 2005. Somit sei die Arbeitsunfähigkeit, welche im Jahr 2005 mit 62 % vor allem aufgrund des psychopathologischen Bildes attestiert worden sei, unverändert (IV-act. 126).

E. 4.2.4

Am 27. April 2010 erstattete Dr. med. K._____, Psychiatrie Psychotherapie FMH, Bern, sein Gutachten, das sich auf die IV-Akten, eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers vom 23. März 2010, eine Laboruntersuchung vom 23. März 2010 und Besprechungen mit Dr. med. L._____, stützt. Dr. med. K._____ erhob folgende Diagnosen: Kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0), Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10: F41.2), lange Phase von Arbeitsunfähigkeit, sekundärer Krankheitsgewinn (ICD-10: Z56) sowie schädlicher Alkoholkonsum (ICD-10: F10.1). Die Mutter des Beschwerdeführers sei alkohol- und tablettensüchtig gewesen; auch beim Beschwerdeführer sei eine Suchtveranlagung vorhanden. Er habe während Jahren Cannabis und Opiate konsumiert. Vor Jahren habe sich ein Suchtwechsel zum Alkohol eingestellt; der Beschwerdeführer trinke rund 2 Liter Bier pro Tag, was einem schädlichen Alkoholkonsum entspreche. Beim Beschwerdeführer seien früh Verhaltensstörungen aufgetreten, welche als kinderneurotische Zeichen hätten gedeutet werden können (innere Spannungen, Verstimmungen, Zwänge). Diese Verhaltensauffälligkeiten kulminierten in einem Selbstmordversuch 1998 mit bleibenden somatischen Folgen. Bis heute habe der Beschwerdeführer nicht aus seinen psychologischen Problemen herausgefunden und stehe in psychologischer und psychiatrischer Behandlung. Es lasse sich eine Persönlichkeitsstörung feststellen, aufgrund derer der Beschwerdeführer an Denkproblemen oder Gedankenkreisen leide. Rückläufig seien die Zwangshandlungen. Gelegentlich verstärke sich die Gefühlinstabilität. Es könne weiterhin eine kombinierte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden. Im Bericht vom 16. März 2009 habe der behandelnde Psychologe Angst und depressive Störungen, gemischt, diagnostiziert. Gemäss der ICD-10 seien dies eher milde Ängste und Depressionen, welche die Kriterien einer depressiven Episode oder einer Angstkrankheit nicht erfüllten. Auch der heutige Befund gehe in diese Richtung. Der Beschwerdeführer wirke grundsätzlich etwas subdepressiv und verängstigt. Die therapeutischen Massnahmen genügten; der Beschwerdeführer erhalte ein antidepressiv wirkendes Medikament. Zusammenfassend bestünden eine etwas gebesserte kombinierte Persönlichkeitsstörung sowie Angst und depressive Störung, gemischt. Diese Krankheitssymptomatik führe zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von ca. 50 %. Die subjektiv angenehmen Lebensverhältnisse wirkten sich positiv aus. Trotz der weiterhin bestehenden Schmerzen leide der Beschwerdeführer nicht an einer psychosomatischen Überlagerung. In der Haushaltsführung sei der Beschwerdeführer nicht eingeschränkt. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe seit Sommer 1999. Dank den geschilderten positiven Lebensbedingungen sei es ab ca. Sommer 2009 zu einer gewissen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit gekommen. Eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch einer anderen Tätigkeit scheine aus psychiatrischer Sicht angepasst. Die Weiterführung der bisherigen Behandlungen führe zu einer Stabilisierung. Eine Suchterkrankung im Hinblick auf Cannabis und Opiate bestehe nicht. Dagegen bestehe ein erhöhter Alkoholkonsum, welcher nicht invalidisierend sei, da er nicht zu irreversiblen Gesundheitsschäden geführt habe. Die Anteile an Arbeitsunfähigkeit aus neurologischer bzw. psychiatrischer Sicht seien zu addieren. Gesamthaft sei angesichts der grossenteils unveränderten gesundheitlichen Situation aus psychiatrischer und neurologischer Sicht die

Arbeitsfähigkeit gleich geblieben. Der Zustand habe sich im Sommer 2009 leicht verbessert. Es müsse aber mit Rückfällen gerechnet werden (IV-act. 127).

E. 4.2.5

Am 31. Mai 2010 nahm RAD-Ärztin Dr. med. J._____, FMH Allgemeine Medizin, Stellung zum Fall. Als Hauptdiagnose führte sie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0) auf. Als Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein Status nach Suizidversuch am 8. August 1998 mit abdomineller Durchschussverletzung aufgeführt. Als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10: F41.2), lange Phase Arbeitsunfähigkeit mit sekundärem Krankheitsgewinn, Alkoholabusus (aktuell 2 l Bier/d), Status nach Anpassungsstörung im Sinne einer akuten depressiven Reaktion und Suizidversuch 8/98, Status nach Cannabis- und Opiatabusus (17-21jährig) sowie ein Status nach Verletzung des rechten Handgelenks radial 21.11.2000 mit/bei Durchtrennung der Sehne und des Ramus superficialis des Nervus radialis mit operativer Revision und Naht und Restitutio ad integrum diagnostiziert. In der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit bestehe gemäss Dr. med. K._____ eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ab Sommer 2009. Der am 8. August 1998 begangene Suizidversuch habe eine leicht verminderte Gehfähigkeit sowie Blasen-/Mastdarm- und Sexualfunktionsstörungen bei einem inkompletten Cauda-equina-Syndrom hinterlassen. Aus somatischer Sicht wäre der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Die Problematik liege auf psychiatrischem Gebiet. Angeblich bestünden Auffälligkeiten seit frühester Jugend. Eine Behandlung sei aber erst nach dem Suizidversuch begonnen und ca. Ende 2000 abgebrochen worden. Die im Dossier vorhandenen psychiatrischen Beurteilungen widersprüchen sich in ihrer Diagnosestellung und damit auch in der Bedeutung für die Arbeitsunfähigkeit. Die neuen Berichte von Psychologe und Psychiater schilderten nur die Diagnosen und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, nicht aber die Befunde. Hinzu kämen die nicht nachvollziehbaren kognitiven Einschränkungen. Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. K._____ werde weiterhin eine gemischte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Insgesamt habe sich aber die Situation seit Sommer 2009 soweit verbessert (Rückbildung der Zwangssymptomatik), dass wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in jeglicher anderen Tätigkeit bestehe. Die Situation sei somatisch unverändert und aus psychiatrischer Sicht habe seit Sommer 2009 eine Verbesserung stattgefunden mit 50 % Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit (IV-act. 129).

E. 4.2.6

I._____ hielt mit Bericht vom 13. September 2010 fest, dass der Beschwerdeführer seit dem 13. August 2007 bei ihm in Behandlung sei und immer noch unter mittelgradigen bis starken Ängsten und Depressionen leide, die mit körperlichen Beeinträchtigungen und einem ausgeprägter werdenden sozialen Rückzug einhergingen. Seit März 2010 habe sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers wesentlich verschlechtert: Die Angstsymptomatik habe zugenommen; schwere Existenz- und Zukunftsängste stünden im Vordergrund. Die Schlafstörungen träten vermehrt auf und die Zwangssymptomatik habe sich verschärft. Die im letzten Bericht prognostizierte leichte Besserung habe sich ins Gegenteil verkehrt. Eine Arbeitsfähigkeit sei aus psychotherapeutischer Sicht überhaupt nicht gegeben (IV-act. 137).

E. 4.2.7

RAD-Spezialarzt Dr. med. N._____, FMH Psychiatrie Psychotherapie, äusserte sich in seinem Bericht vom 5. November 2010 dahingehend, dass das Gutachten von Dr. med. K._____, die Vorakten würdige, die Beurteilung der Jahre 1998 bis 2002 nicht in Frage stelle, den Bericht des behandelnden Psychologen vom 16. März 2009 würdige und diskutiere, korrekt den psychiatrischen Status erhebe und korrekt die psychiatrischen Diagnosen stelle. Das Gutachten entspreche somit aus medizinischer Sicht den Qualitätsanforderungen, welche an psychiatrische Gutachten gestellt würden. RAD-Ärztin Dr. med. J._____, äusserte sich am 9. November 2010 dahingehend, dass die somatische Beurteilung in der Einsprache nicht angezweifelt werde, wohl aber die psychiatrische. Dr. med. K._____ habe eine Verbesserung sehr wohl begründet: Besserung der Persönlichkeitsstörung infolge günstiger Lebensumstände und Wegfallen der Zwangssymptomatik. Das kurze Schreiben des Psychologen I._____ belege gar nichts, da nur Diagnosen genannt würden, aber keinerlei entsprechende Befunde. Eine Weiterführung der Psychotherapie beweise keineswegs eine Verschlechterung, sondern diene der Erhaltung der Verbesserung. Auch der RAD-Psychiater bestätige die Schlüssigkeit des Gutachtens von Dr. med. K._____ und lehne eine Anerkennung einer Verschlechterung infolge des Schreibens von I._____ ab (IV-act. 139).

E. 4.2.8

Mit Schreiben vom 20. September 2010 verwies Dr. med. H._____ auf sein Vorattest vom 25. Mai 2009 und hielt zusätzlich fest, dass sich aus nervenärztlicher Sicht in der psychopathologischen Symptomatik mit Grübel- und Kontrollzwängen, Konzentrationsstörungen und erheblich vermindertem Durchhaltevermögen sowie Erschöpfungszuständen, Neigung zu depressiven Verstimmungen, Zukunftsängsten und sozialer Kontaktstörung mit Neigung zu Isolation sowie Schuldgefühlen und Schlafstörungen trotz der medikamentösen Therapie mit Citalopram und der regelmässigen ambulanten Psychotherapie keine Besserung gegenüber dem Zeitpunkt des Beginns der Behandlung ergeben habe. Der Beschwerdeführer sei weiterhin in gleicher Weise erwerbsgemindert wie zu Beginn der Rentengewährung (IV-act. 141).

E. 4.2.9

Nach Vorlage des Schreibens vom 20. September 2010 von Dr. med. H._____ nahm Dr. med. N._____ am 15. Dezember 2010 erneut Stellung zum Fall. Er verwies auf seine Stellungnahme vom 5. November 2010. Das Schreiben vom 20. September 2010 enthalte keinerlei neuen Informationen gegenüber dem Bericht von Dr. med. H._____ vom 25. Mai 2009, welcher Dr. med. K._____ in seinem Gutachten gebührend gewürdigt habe (IV-act. 145).

E. 5.1

Dr. med. H._____ und Diplom-Psychologe I._____ stimmen darin überein, dass beim Beschwerdeführer Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10: F41.2), und eine anankastische Persönlichkeitsstörung mit deutlichen histrionischen (ICD-10: F60.4) und zeitweise emotional instabilen Elementen (ICD-10: F60.31) vorliegen (IV-act. 102, 103, 137, 141). Dr. med. K._____ diagnostizierte ebenfalls Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10: F41.2), jedoch anstelle der anankastischen Persönlichkeitsstörung mit deutlichen histrionischen (ICD-10: F60.4) und zeitweise emotional instabilen Elementen (ICD-10: F60.31) eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0). Die kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61) ist vorgesehen für

Persönlichkeitsstörungen, die häufig zu Beeinträchtigungen führen, aber nicht die spezifischen Symptombilder der in F60.- beschriebenen Störungen aufweisen (<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd10-gm>, zuletzt besucht am 2. Oktober 2013). Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung ist eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, verbunden mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung. Es besteht eine Neigung zu emotionalen Ausbrüchen und eine Unfähigkeit, impulsives Verhalten zu kontrollieren. Ferner besteht eine Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten und zu Konflikten mit anderen, insbesondere wenn impulsive Handlungen durchkreuzt und behindert werden. Zwei Erscheinungsformen können unterschieden werden: Ein impulsiver Typus, vorwiegend gekennzeichnet durch emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle; und ein Borderline-Typus, zusätzlich gekennzeichnet durch Störungen des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen, durch ein chronisches Gefühl von Leere, durch intensive, aber unbeständige Beziehungen und eine Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen (<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd10-gm>, zuletzt besucht am 2. Oktober 2013). Die histrionische Persönlichkeitsstörung ist eine Persönlichkeitsstörung, die durch oberflächliche und labile Affektivität, Dramatisierung, einen theatralischen, übertriebenen Ausdruck von Gefühlen, durch Suggestibilität, Egozentrik, Genusssucht, Mangel an Rücksichtnahme, erhöhte Kränkbarkeit und ein dauerndes Verlangen nach Anerkennung, äusseren Reizen und Aufmerksamkeit gekennzeichnet ist (<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd10-gm>, zuletzt besucht am 2. Oktober 2013). Bei der anankastischen [zwanghaften] Persönlichkeitsstörung handelt es sich um eine Persönlichkeitsstörung, die durch Gefühle von Zweifel, Perfektionismus, übertriebener Gewissenhaftigkeit, ständigen Kontrollen, Halsstarrigkeit, Vorsicht und Starrheit gekennzeichnet ist. Es können beharrliche und unerwünschte Gedanken oder Impulse auftreten, die nicht die Schwere einer Zwangsstörung erreichen (<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd10-gm>, zuletzt besucht am 2. Oktober 2013). Wie bereits erwähnt (E. 3.6 hiervoor), korreliert das Ausmass der zumutbaren Leistung mit den fachärztlich erhobenen Befunden, also der Bestandaufnahme von konkreten Beeinträchtigungen der organischen und psychischen Integrität und mit den entsprechenden Konsequenzen für die qualitative und quantitative arbeitsbezogene Funktionalität. An Befunden hält Dr. med. H. _____ Grübel- und Kontrollzwänge, Konzentrationsstörungen, ein erheblich vermindertes Durchhaltevermögen, Erschöpfungszustände mit Neigung zu depressiven Verstimmungen, Zukunftsängste, eine soziale Kontaktstörung mit Neigung zu Isolation, Schuldgefühle und Schlafstörungen fest. Der Beschwerdeführer könne maximal 2 Stunden pro Tag arbeiten. Bezüglich der gemischten Persönlichkeitsstörung erscheine aus nervenärztlicher Sicht eine dauerhafte Besserung unwahrscheinlich (IV-act. 103, 141). Der Diplom-Psychologe I. _____ hält folgende Befunde fest: depressive Verstimmungen, Zukunftsängste, Denkblockaden bzw. Gedankenkreisen, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Schuldgefühle, Erschöpfungszustände sowie Angst, unter Menschen zu gehen. Prognostisch könne es zu leichten Verbesserungen kommen, was die Angst- und depressive Symptomatik betreffe. Die Persönlichkeitsstörung sei stark verfestigt und schwer zugänglich. Aus psychotherapeutischer Sicht seien Vollzeit- bzw. Teilzeittätigkeiten in allen Berufsfeldern auf absehbare Zeit nicht möglich (IV-act. 102, 137). Demgegenüber hält Dr. med. K. _____ folgende Befunde fest: Denkprobleme, Gedankenkreisen, gelegentliche Verstärkung der Gefühlsinstabilität, milde Ängste und Depressionen, Subdepressivität und Verängstigung. Während die behandelnden Fachleute den

Beschwerdeführer als vollständig erwerbsunfähig erachten bzw. eine Arbeitsfähigkeit im Rahmen von höchstens 2 Stunden im Tag als realistisch erachten, geht Dr. med. K. _____ - ohne nähere Begründung - von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten bzw. in anderen angepassten Tätigkeiten aus. Freilich räumt er selber die erhebliche Möglichkeit von Rückfällen ein. Nochmals anders, nämlich mit 62 %, beurteilte der von Vorinstanz beigezogene Neurologe Dr. med. L. _____ die Arbeitsunfähigkeit (recte Erwerbsunfähigkeit) des Beschwerdeführers. Aufgrund dieser Widersprüche erweist sich die Einschätzung der Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die Vorinstanz als nicht nachvollziehbar.

E. 5.2

Zusammenfassend ist festzustellen, dass aufgrund der vorliegenden medizinischen Stellungnahmen eine rechtskonforme Beurteilung des Rentenanspruchs ab dem 1. Mai 2011 nicht möglich ist. Daher ist die angefochtene Verfügung, welche auf einer lückenhaften medizinischen Aktenlage beruht, aufzuheben.

E. 5.3

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung hat das Gericht, das den Sachverhalt als ungenügend abgeklärt erachtet, die Wahl, die Sache zur weiteren Beweiserhebung an die Verwaltung zurückzuweisen oder selber die nötigen Instruktionen vorzunehmen. Bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit verletzt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung als solche weder den Untersuchungsgrundsatz noch das Gebot eines einfachen und raschen Verfahrens. Anders verhielte es sich nur dann, wenn die Rückweisung an die Verwaltung einer Verweigerung des gerichtlichen Rechtsschutzes gleichkäme (beispielsweise dann, wenn auf Grund besonderer Gegebenheiten nur ein Gerichtsgutachten bzw. andere gerichtliche Beweismassnahmen geeignet wären, zur Abklärung des Sachverhalts beizutragen, vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4), oder wenn die Rückweisung nach den konkreten Umständen als unverhältnismässig bezeichnet werden müsste (BGE 122 V 163 E. 1d). Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die der Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz entgegenstehen würden.

E. 5.4

Somit ist die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie ergänzende fachärztliche - psychiatrische - Abklärungen vornehme, die sich zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit und in leidensangepassten Tätigkeiten zu äussern haben, und anschliessend über den Rentenanspruch ab 1. Mai 2011 neu verfüge. Die Vorinstanz wird dabei nach Einholung der entsprechenden Ergänzung der medizinischen Unterlagen den Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers neu zu bestimmen haben. Was die Bemessung des Invaliditätsgrades anbelangt, so kann die Vorinstanz nur unter den unter Erw. 3.4 genannten Voraussetzungen einen Prozentvergleich vornehmen. In diesem Sinn ist die Beschwerde gutzuheissen.

E. 6.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung gilt praxismässig als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6), so dass dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Ihm ist daher der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Da aufgrund von Art. 63 Abs. 2 VwVG auch der

unterliegenden Vorinstanz keine Verfahrenskosten auferlegt werden können, ist vorliegend auf die Erhebung von Verfahrenskosten zu verzichten.

E. 6.2

Der obsiegende Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu auch Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]) gerechtfertigt (Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE).

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