

BVGer B-5747/2012 vom 2. September 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-09-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-5747_2012

FR: TAF B-5747/2012 du 2 septembre 2014

IT: TAF B-5747/2012 del 2 settembre 2014

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 in Verbindung mit Art. 33 Bst. d des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32) und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG, SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der schweizerischen IV-Stelle für Versicherte im Ausland.

E. 1.2

Im Streit liegt die Verfügung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (Vorinstanz) vom 3. Oktober 2012. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist damit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.3

Der Beschwerdeführer ist als Adressat der Verfügung vom 3. Oktober 2012 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, so dass er im Sinne von Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) beschwerdelegitimiert ist.

E. 1.4

Auf die frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG und Art. 52 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren VwVG; SR 172.021) eingereichte Beschwerde ist - nachdem der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet worden ist - einzutreten.

E. 2

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

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist.

E. 2.1.1

Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragspartei-en untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71), und die Verordnung Nr. 574/72 odergleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

E. 2.1.2

Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitglied-staat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

E. 2.1.3

Soweit das FZA bzw. die auf dieser Grundlage anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente grundsätzlich nach der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 51 ff.; SVR 2004 AHV Nr. 16 S. 49; Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; ab 1. Januar 2007: Bundesgericht] H 13/05 vom 4. April 2005, E. 1.1). Demnach bestimmt sich vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente ausschliesslich nach dem schweizerischen Recht, insbesondere nach dem IVG sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.210).

E. 2.2

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 3. Oktober 2012) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis). Tatsachen, die sich erst später verwirklicht haben, sind jedoch soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

E. 2.3

Intertemporal sind grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, Urteil des Bundesgerichts 8C_419/2009 vom 3. November 2009). Dabei ist ein allfälliger Leistungsanspruch für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen sowie ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445).

E. 2.3.1

Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, ist der Leistungsanspruch für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (BGE 130 V 445). Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil Bundesgericht 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1). Neu normiert wurde dagegen der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der - sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind - gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung der 5. IV-Revision) frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. Trat der Versicherungsfall allerdings vor dem 1. Januar 2008 ein und wurde die Anmeldung bis spätestens Ende Juni 2008 eingereicht, so gilt das alte Recht (BGE 138 V 475).

E. 2.3.2

Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 3. Oktober 2012 in Kraft standen; weiter aber auch alle übrigen Vorschriften, die für die Beurteilung der streitigen Verfügung im vorliegend massgeblichen Zeitraum von Belang sind. Damit ist grundsätzlich auf die materiellen Bestimmungen des IVG und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der Fassung gemäss den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) abzustellen. Zudem sind die mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Änderungen des IVG und der IVV (IV-Revision 6a; IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]) zu beachten, soweit diese in sachlicher sowie zeitlicher Hinsicht anwendbar sind.

E. 2.4

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das 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. 2.5

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

E. 2.6

Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen). Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seine Entscheidung, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 3

Vorliegend ist streitig und nachfolgend zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht die dem Beschwerdeführer bisher geleistete halbe Rente mit Wirkung per Ende November 2012 aufgehoben hat.

E. 3.1

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). Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit ist zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (Art. 88a Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]).

E. 3.2

Ein Revisionsgrund ergibt sich aus jeder wesentlichen Änderung der tatsächlichen Verhältnisse, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 343 E. 3.5, m.w.H.). Dagegen ist die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhalts kein Revisionsgrund; unterschiedliche Beurteilungen sind revisionsrechtlich nur dann beachtlich, wenn sie von Änderungen der tatsächlichen Verhältnisse zeugen (siehe nur BGE 115 V 313 E. 4a/bb mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a). Identisch gebliebene Diagnosen schliessen eine revisionsrechtlich erhebliche Steigerung des tatsächlichen Leistungsvermögens (Arbeitsfähigkeit) grundsätzlich nicht aus. Dies gilt namentlich dann, wenn der Schweregrad eines Leidens sich verringert hat oder es der versicherten Person gelungen ist, sich besser an das Leiden anzupassen. Ob eine derartige tatsächliche Änderung vorliegt oder aber eine revisionsrechtlich unbeachtliche abweichende ärztliche Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustands, bedarf auch mit Blick auf die mitunter einschneidenden Folgen für die versicherte Person einer sorgfältigen Prüfung. Dabei gilt der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosser Möglichkeit einer Verbesserung tatsächlicher Art genügt nicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_88/2010 vom 4. Mai 2010 E. 2.2.2 mit Hinweis).

E. 3.3

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 Gesundheitszustands) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheids; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

E. 4

Mit Mitteilung vom 30. Januar 2006 teilte die kantonale IV-Stelle dem Beschwerdeführer mit, die Überprüfung des Invaliditätsgrades habe keine rentenbeeinflussende Änderung ergeben, weshalb er weiterhin Anspruch auf eine halbe Invalidenrente habe (IV-Akt. 35). Aus den Akten ist ersichtlich, dass die kantonale IV-Stelle vor dieser Mitteilung im Revisionsverfahren den medizinischen Sachverhalt eingehend untersuchte, indem sie verschiedene Arztberichte einholte und die aktuellen Einkommensverhältnisse des Beschwerdeführers erhob. Die Durchführung eines neuen Einkommensvergleichs war nicht notwendig, da keine Anhaltspunkte für eine Veränderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes bestanden. Es handelt sich demzufolge beim Revisionsentscheid vom 30. Januar 2006 um eine abgeschlossene materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung, welche den Ausgangszeitpunkt begründet. Dass dieser Entscheid als blosser Mitteilung und nicht als anfechtbare Verfügung eröffnet worden ist, ändert nichts an diesem Ergebnis (Art. 58 IVG; vgl. Urteile des Bundesverwaltungsgerichts C-833/2008 vom 11. Juni 2009 E. 3.3 sowie C-422/2007 vom 11. September 2007 E. 10.1). Nicht ausschlaggebend ist demgegenüber die weitere Mitteilung der Vorinstanz vom 16. April 2009 (IV-Akt. 40), welche nicht auf einer eingehenden materiellen Prüfung des Rentenanspruchs basiert. Der revisionsrechtliche Referenzzeitpunkt wird durch die angefochtene Verfügung vom 3. Oktober 2012 bestimmt. Nachfolgend ist deshalb zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in der Zeit vom 30. Januar 2006 bis zum 3. Oktober 2012 in einer rentenerheblichen Weise verbessert hat.

E. 5

Den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im (respektive bis zum) revisionsrechtlichen Ausgangszeitpunkt vom 30. Januar 2006 geben die nachfolgenden medizinischen Unterlagen wieder.

E. 5.1

Im Arztbericht vom 3. März 2004 stellte Dr. med. I. _____ die folgenden Diagnosen: · Morbus Bechterew (ICD-10 M45.0), · chronisches, rezidivierendes Halswirbelsäulensyndrom (ICD-10 M54.2), · Rotations- und Seitneigeblockade der mittleren/unteren Halswirbelsäule (ICD-10 M99.8), · Zervikobrachialgie (ICD M53.1), · Bandscheibendegeneration im Segment C5/6 (ICD-10 M51.9), · Retrospondylose im Segment C5/6 (ICD-10 M47.8). Seit etwa drei Jahren leide der Versicherte an rezidivierenden Halswirbelsäulenbeschwerden. Aufgrund des bekannten Morbus Bechterew nehme er täglich 8 mg Telos ein (IV-Akt. 32, S. 3; die Seite 2 des Berichtes liegt nicht in den Akten).

E. 5.2

Im Bericht vom 8. März 2004 stellte Dr. med. J. _____, Facharzt für Radiologie, eine fortgeschrittene Retrospondylose sowie eine begleitende Unko- und Intervertebralarthrose in den Segmenten C3/C4, C4/C5 und C5/C6, mit einer kleinen anulären Protrusion, sowie

eine fortgeschrittene Unko- und Intervertebralarthrose im Segment C7/Th1 fest (IV-Akt. 33, S. 8-9).

E. 5.3

Dem Bericht des Krankenhauses O. _____ vom 14. Dezember 2004 ist zu entnehmen, dass der Versicherte infolge einer indirekten Leistenhernie auf der linken Seite am 26. November 2004 operiert wurde. Am 30. November 2004 habe er mit reizlosen Wundverhältnissen entlassen werden können (IV-Akt. 33, S. 12).

E. 5.4

Dr. med. K. _____, Rheumatologe und Chefarzt der Rheumaklinik O. _____, diagnostizierte am 20. Juni 2005 eine seronegative Spondylarthropathie mit einer ausgeprägten Funktionseinschränkung der Wirbelsäule. Zur Erhaltung und Verbesserung der verbliebenen Wirbelsäulenbeweglichkeit empfehle er eine Intensivierung der physikalischen Therapie (IV-Akt. 33, S. 10-11; IV-Akt. 32, S. 4-5).

E. 5.5

Im Verlaufsbericht zur Revision der Leistungen bei Erwachsenen vom 9. November 2005 verwies Dr. med. I. _____, Facharzt FMH für allgemeine Medizin, auf die zu einem frühen Zeitpunkt bereits gestellten Diagnosen (vgl. nachfolgenden Absatz) und diagnostizierte zusätzlich: · eine Retrospondylose C3-5, · eine Depression, · Schlafstörungen, · psychosoziale Konflikte, · eine Leistenhernie. Das Ausmass der Arbeitsfähigkeit von 50 % ändere sich durch diese zusätzlichen Diagnosen nicht. Der Versicherte könne noch 3-5 Stunden arbeiten, ohne seine Gesundheit zu gefährden. Nach ca. 4.5-5 Stunden erleide er aufgrund seiner multiplen orthopädischen Krankheiten jedoch eine Schmerzintensität, die ein konzentriertes Arbeiten nicht mehr ermögliche und mit einer erheblichen Unfallgefährdung einhergehe. Mit einer generellen Besserung der orthopädischen Beschwerden sei nicht zu rechnen (IV-Akt. 33, S. 1-7). In seinem früheren Arztbericht für Erwachsene vom 19. November 2001 hatte Dr. med. I. _____ ausserdem die nachfolgenden, seit 1988 bestehenden Diagnosen mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt, welche gemäss seinem vorangehend wiedergegebenen Bericht vom 9. November 2005 beim Versicherten per Ende Jahr 2005 unverändert vorlägen: · Spondylosis deformans der Lendenwirbelsäule, Morbus Bechterew, · ISG Blockierungen chronifiziert, · Osteochondrose, Spondylose der Halswirbelsäule, · muskuläre Dysbalancen, Beckenschiefstand, · Linksskoliose der Lendenwirbelsäule. Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten die folgenden, seit rund 10 Jahren bestehenden gesundheitlichen Probleme: · psychosomatische Störungen, · Partner/Familienkonflikt, · depressives Syndrom, Schlafstörungen (IV-Akt. 7, S. 1-4).

E. 6

Über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im aktuellen Referenzzeitpunkt vom 3. Oktober 2012 respektive über allfällige Veränderungen dieses in der Zeit vom 30. Januar 2006 bis zum 3. Oktober 2012 äussern sich die nachfolgenden medizinischen Berichte:

E. 6.1

Gemäss dem Bericht von Dr. med. L. _____, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, vom 10. November 2009 habe sich der Versicherte vom 23. September bis zum 3. November 2009 in der M. _____, Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, in stationärer Behandlung befunden. Anlass zur Hospitalisierung habe eine seit August 2009

vorliegende schwere Depressionen mit ausgeprägtem Desinteresse gegeben. Der Versicherte liege vorwiegend im Dunkeln, habe Schüttelfrost, könne sich überhaupt nicht mehr konzentrieren und hege eine ausgeprägte Angst vor einem (wirtschaftlich bedingten) Arbeitsplatzverlust. Dr. med. L. _____ stellte nachfolgende Diagnosen: · rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3), · psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, derzeit abstinent (ICD-10 F10.2). Während des Aufenthaltes habe sich der Versicherte mit seiner Alkoholerkrankung auseinandersetzen können und in diesem Zusammenhang, als ihm das Ausmass seiner Abhängigkeit und des daraus resultierenden sozialen Abstiegs deutlich geworden sei, Suizidgedanken entwickelt, von denen er sich anschliessend im weiteren Behandlungsverlauf wieder habe distanzieren können. Als Behandlungsmassnahmen nach dem Austritt aus der Klinik sei die Suchtberatung, die Teilnahme an den Treffen der Anonymen Alkoholiker und eine medikamentöse Behandlung vorgesehen (IV-Akt. 54).

E. 6.2

Am 12. Januar 2011 berichtete der behandelnde Psychiater des Versicherten Dr. N. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich nach der Entlassung aus der M. _____ weiterhin deutlich stabilisieren können. Im Juli 2010 sei eine erneute depressive Phase aufgetreten, die diesmal jedoch ambulant innerhalb von wenigen Wochen aufgefangen werden können. Es hätten sich hierbei keine psychotischen Störungen gezeigt. Der Versicherte sei weiterhin von Alkohol abstinent. Aktuell seien in psychiatrischer Hinsicht die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig leichter Episode (ICD-10 F33.0) und ein Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2), derzeit abstinent, zu stellen (IV-Akt. 48, S. 8).

E. 6.3

Im Bericht vom 18. April 2011 erklärte Dr. med. H. _____, Facharzt für innere Medizin und Hausarzt des Versicherten, es liege beim Versicherten eine schwere Depression vor, die sich in den letzten Monaten zunehmend verschlechtert habe. Seit der stationären Behandlung von 2009 erfolge eine engmaschige fachärztliche Betreuung. Ein umfassender Bericht könne erst im Juni 2011 erstellt werden (IV-Akt. 43, S. 2).

E. 6.4

Gemäss dem Verlaufsbericht von Dr. med. H. _____ vom 7. Juli 2011 habe sich der Gesundheitszustand des Versicherten verschlechtert, indem zusätzlich zum vorbekannten Morbus Bechterew eine Depression hinzugesetzt sei. Der Versicherte befinde sich seit September 2009 in psychiatrischer Behandlung. Für körperlich schwere und mittelschwere Arbeiten sowie psychisch belastende/anspruchsvolle Tätigkeiten sei er zu 100 % arbeitsunfähig. Die bisherige berufliche Tätigkeit sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar (IV-Akt. 46).

E. 6.5

Im Arztbericht für die Beurteilung des Anspruches von Erwachsenen auf Massnahmen für die berufliche Eingliederung und/oder Rente vom 3. August 2011 befand Dr. N. _____, der Versicherte leide seit dem 10. Januar 2011 an einer rezidivierenden depressiven Störung bei gegenwärtig mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.1) mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sowie an psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2), derzeit abstinent, ohne eine Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit. Seit dem 10. Januar 2011 sei der Versicherte aufgrund seiner Depression fast durchgehend arbeitsunfähig gewesen. Die Depression gehe mit den Symptomen von Lust-, Freud- und Antriebslosigkeit, Verlangsamung im Handeln und Denken, Merkfähigkeits- und Konzentrationsstörung sowie Störung im Durchhaltevermögen einher. Der psychopathologische Befund habe sich in der Zeit von Januar bis August 2011 verschlechtert. Die Prognose sei ebenfalls schlecht (IV-Akt. 48, S. 2-5).

E. 6.6

Im Verlaufsbericht zur Aktualisierung des Dossiers bei Erwachsenen vom 28. Februar 2012 berichtete Dr. N._____, der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich seit der letzten Beurteilung verschlechtert. Er leide an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Vom 23. September bis 3. November 2009 sei er in der M._____ stationär behandelt worden (IV-Akt. 56).

E. 6.7

Am 7. März 2012 wurde der Versicherte durch den RAD-Psychiater Dr. med. F._____ untersucht. Als aktuelle Beschwerden habe der Versicherte Rückenschmerzen in der Hals- und Lendenwirbelsäule angegeben, infolge derer er zweimal pro Woche in die Krankengymnastik gehe sowie eine Selbsthilfegruppe besuche. Ebenfalls leide er an einer Depression, Konzentrationsstörungen, wache oft nachts auf und habe vor allem im Stirnbereich Kopfschmerzen, die bei Anstrengung zunähmen. Sozial habe er sich zurückgezogen, unternehme wenig und leide unter (u.a. finanziellen) Ängsten. Die schwere Depression sei im Jahre 2009, zeitlich mit beruflichen Problemen und der Angst des Arbeitsverlustes, entstanden. Die Depression könne aber auch eine Folge der Schmerzprobleme sein. Der Versicherte sehe sich nicht als arbeitsfähig. Er gehe davon aus, dass seine Morbus Bechterew Erkrankung noch nicht zum Stillstand gekommen sei und sich weiter verschlimmern werde. Während des Gesprächs seien keine Auffassungsstörungen festzustellen gewesen. Der Versicherte sei im Affekt besorgt und punktuell leicht misstrauisch gewesen, ohne eruierbare pathologischen Ängste oder Zwänge. Die durchgeführten Tests hätten eine leichtgradige Depression sowie Hinweise auf negative Antwortverzerrungen (suboptimale Anstrengungsbereitschaft) ergeben. Einen früheren exzessiveren Alkoholkonsum habe er seit dem Klinikaufenthalt in der M._____ von August 2009 überwunden. Insgesamt könne aktuell lediglich eine subsyndromale depressive Symptomatik festgestellt werden. Eine Denkverlangsamung oder eine wesentliche Antriebsminderung hätten nicht ausgemacht werden können. Die Stimmung sei nicht wesentlich reduziert gewesen. Vielmehr habe der Versicherte Schmerz und Stimmung nicht unterschieden. Obwohl häufig depressive Symptome im Zusammenhang mit einer chronischen Schmerzproblematik aufträten, sei vorliegend keine eigenständige depressive Episode im Sinne der ICD-10-Klassifikation gegeben. Der Versicherte habe wohl bereits seit der Jugendzeit eine ängstliche und sorgenvolle Grundhaltung. Diese akzentuierten Persönlichkeitszüge erreichten indessen nicht das Ausmass einer manifesten Persönlichkeitsstörung. Diese sowie die Tendenz zu vermeidendem Verhalten begünstige indessen - neben psychosozialen und familiären Faktoren - die dysfunktionale Verarbeitung der chronischen Schmerzkrankung. Nachdem die fallführende RAD-Ärztin Dr. med. G._____ in fachorthopädischer Hinsicht die bisherige berufliche Tätigkeit als weiterhin zumutbar erachte, müsse davon ausgegangen werden, dass die aktuellen subjektiven Beschwerden nicht vollständig durch eine körperliche Störung erklärbar seien. Diagnostisch sei deshalb überwiegend von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10

F45.4) auszugehen. Es bestehe indessen keine erhebliche psychische Komorbidität. Das Aktivitätsniveau des Versicherten sei mit Flugzeugmodellbau und Gartentätigkeit noch recht gut, weshalb gewisse geschilderte Beschwerden das Ausmass der blossen Verdeutlichungstendenz, welche im Rahmen der Begutachtung durchaus gerechtfertigt sei, überstiegen. Die Gefährdung der Arbeitsstelle bei der allfälligen Rückkehr zur Arbeit sowie die Gefahr des (finanziellen) Verlustes des Eigenheimes stellten einen deutlichen sekundären Krankheitsgewinn dar. Aus psychischer Sicht dürfe der Versicherte keine gefährlichen Maschinen bedienen. Ansonsten bestünden keine versicherungsrelevanten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Die im Jahre 2009 vordiagnostizierte depressive Symptomatik bestehe aktuell nicht mehr. Die in den aktuellen Berichten von Dr. N. _____ von August 2011 und März 2012 gestellte Diagnose einer mittelgradigen Depression könne aktuell nicht bestätigt werden. Gleichfalls könne die von Dr. N. _____ attestierte volle Arbeitsunfähigkeit aus versicherungs-medizinischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Insgesamt seien aus fachpsychiatrischer Sicht keine Veränderungen im Vergleich zur psychiatrischen Beurteilung des Jahres 2001 eingetreten (IV-Akt. 57, S. 1-23). Mit seinem Vergleich mit der psychiatrischen Beurteilung des Jahres 2001 scheint RAD-Arzt Dr. med. F. _____ auf den Bericht des DRK Schmerz-Zentrums Mainz vom 8. Mai 2001 (IV-Akt. 7, S. 20-23) sowie insbesondere auf das psychologische Konsil vom 3. April 2001 (IV-Akt. 7, S. 25) Bezug genommen zu haben. In diesem wurden nachfolgende psychische Diagnosen gestellt: · undifferenzierte somatoforme Störung (ICD-10 F45.1), · psychosoziale Konfliktsituation (ICD-10 Z65.9), · Eheprobleme (ICD-10 Z63.0), · andere familiäre Belastungen (nicht Eheprobleme; ICD-10 Z63).

E. 6.8

In der Stellungnahme vom 15. März 2012 erklärte die RAD-Ärztin Dr. med. G. _____, Fachärztin FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (vgl. IV-Akt. 76), in psychiatrischer Hinsicht habe aktuell lediglich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4) - ohne Vorliegen einer erheblichen psychischen Komorbidität - diagnostiziert werden können. In orthopädisch-rheumatologischer Hinsicht liege ebenfalls keine anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor. Der Morbus Bechterew werde nämlich als Erkrankung des späten Adoleszenten- und frühen Erwachsenenalters beschrieben. Nach Abklingen der akuten Phase (meist um das 30. Lebensjahr) habe dieser keinen Einfluss mehr auf das Schmerzempfinden. Durch die Einsteifung der Wirbelsäule komme es zu einer dauerhaften Fixierung der kleinen Wirbelgelenke und so zu einem Ausschluss von schmerzauslösender Beweglichkeit. Es sei deshalb von einem statischen Zustand bezüglich des Rückenleidens auszugehen. Bis anhin sei der Versicherte zu 100 % respektive 50 % im angestammten Beruf arbeitsfähig gewesen. In einer angepassten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Heben und Tragen von mittelschweren und schweren Lasten, häufiges Bücken oder repetitive Rumpfrotation im Sitzen/Stehen bestehe seit dem 5. April 2011 eine volle Arbeitsfähigkeit (IV-Akt. 59).

E. 6.9

Im Konsiliarbericht vom 19. April 2012 nahm Dr. med. H. _____ zum Verlauf der rheumatischen Erkrankung (Morbus Bechterew) und des chronifizierten Schmerzsyndroms ohne Berücksichtigung der psychiatrischen Erkrankung (Depression und Angststörung) Stellung. Er behandle den Versicherten seit 2006 und habe hierbei die folgenden Diagnosen erhoben: · Kopfschmerz (ICD-10 R51), Spannungskopfschmerz (ICD-10 G44.2), ·

chronisches Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.2), · Spondylitis ankylosans (ICD-10 M45.0) mit Blockierungen im Halswirbelsäulenbereich (ICD-10 M99.81), anderweitig nicht klassifizierte Nackenschmerzen (ICD-10 M54.2) und Lumbalgien (ICD-10 M54.5). Der Versicherte leide an einem chronischen Schmerzsyndrom sowie einer radiologisch und klinisch gesicherten Spondylitis ankylosans. Die Spondylitis ankylosans gehe mit den typischen Veränderungen der Brust- und Lendenwirbelsäule einher. Das Iliosakralgelenk sei hiervon indessen nicht betroffen. Der klinische Verlauf sei durch eine symptomatische Verschlechterung bei wechselnd starken Funktionseinschränkungen und stabilen radiologischen Veränderungen gekennzeichnet (IV-Akt. 66, S. 4-5).

E. 6.10

Mit Stellungnahme vom 19. September 2012 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. G._____ an ihrer Einschätzung einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit fest (IV-Akt. 73).

E. 7

Aus der vorangehenden Zusammenfassung der vorliegenden Medizinalakten ist ersichtlich, dass der Beschwerdeführer im Ausgangszeitpunkt in somatischer Hinsicht hauptsächlich an dem Morbus Bechterew sowie an verschiedenen, teilweise degenerativen Beschwerden der Hals- und Lendenwirbelsäule litt. Lediglich diese hatten die beurteilenden Ärzte zur festgestellten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50 % veranlasst. Daneben wurden psychische Leiden wie Schlafstörungen, psychosoziale Konflikte und ein depressives Syndrom festgestellt, welche jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Im aktuellen Referenzzeitpunkt liegen - abgesehen vom Konsiliarbericht des Hausarztes Dr. med. H._____ vom 19. April 2012 - ausschliesslich Untersuchungsbefunde in psychiatrischer Hinsicht vor. Auf der einen Seite sprach der behandelnde Psychiater Dr. N._____ anfangs Jahr 2011 von einem deutlich stabilisierten psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie im August 2011 und Februar 2012 von einer verschlechterten Situation, wobei der Beschwerdeführer neu an einer rezidivierenden depressiven Störung bei (im August 2011) mittelgradiger Episode mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit leide. Auf der anderen Seite verneinte der RAD-Psychiater Dr. med. F._____ das Vorliegen einer eigenständigen depressiven Episode im Sinne der ICD-Klassifizierung, wenn er auch eine ängstliche und sorgenvolle Grundstimmung des Beschwerdeführers erwähnte. Im einzigen Befund in somatischer Hinsicht vom 19. April 2012 stellte Dr. med. H._____ eine symptomatische Verschlechterung des klinischen Verlaufs des Morbus Bechterews (Spondylitis ankylosans) fest, der sich durch die hierfür typischen Veränderungen der Brust- und Lendenwirbelsäule äussere. Ebenfalls leide der Versicherte an einem (somatisch begründeten) chronischen Schmerzsyndrom (E. 6.9). Die - ohne eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers vorgenommene - Beurteilung durch die RAD-Ärztin Dr. med. G._____, wonach erfahrungsgemäss nach Abklingen der akuten Phase, meist um das 30. Altersjahr, der Morbus Bechterew keinen Einfluss mehr auf das Schmerzfinden einer versicherten Person mehr habe (E. 6.8), überzeugt unter diesen Umständen nicht. Im Zeitpunkt jener Beurteilung war der Beschwerdeführer überdies bereits 52 Jahre alt, womit das durch die RAD-Ärztin festgelegte Alter, in welchem die Schmerzen nach ihrer Erfahrung in der Regel abklingen sollten, bereits geraume Zeit zurück lag. Selbst der Beginn der Rentenansprüche und damit der Eintritt des Versicherungsfalles ab Januar 2001 (vgl. Sachverhalt Bst. A-D) erfolgte vorliegend erst nach dem vollendeten 41. Lebensjahr des Beschwerdeführers. Diese Umstände

verdeutlichen, dass der individuelle Fall des Beschwerdeführers anders gelagert ist, als die RAD-Ärztin in ihrer pauschalen Beurteilung voraussetzte. Vorliegend stehen denn auch nicht einzig die vom Beschwerdeführer geäußerten Schmerzen, sondern vielmehr die Auswirkung der rheumatologischen Leiden auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in Frage. Zwar erscheint es als möglich, dass die krankheitsbedingte zunehmende Versteifung der Wirbelsäule zu einer Abnahme der Rückenschmerzen insgesamt führt, da die versteifte Wirbelsäule die Ausführung grundsätzlich schmerzauslösender Bewegungen verunmöglicht. Indessen stellt diese - von der RAD-Ärztin zugestandene - Wirbelsäulenversteifung gerade auch die Folge eines negativen Krankheitsverlaufes des Morbus Bechterew respektive einer nicht erfolgreichen Krankengymnastik dar. Die allfällige Abnahme von Schmerzempfinden wäre damit zwingendermassen verknüpft mit einer Zunahme von funktionellen Einschränkungen, welche wiederum die Arbeitsfähigkeit beeinflussen. Diesen Umstand hat die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 15. März 2012 gänzlich unberücksichtigt gelassen. In den im Ausgangszeitpunkt vorliegenden Arztberichten wurde gestützt auf die damals vorliegenden somatischen Befunde die Arbeitsunfähigkeit auf 50 % beziffert (vgl. zum Beispiel E. 5.5). Diese Befunde bestehen heute unverändert. Ebenfalls liegen keinerlei konkrete Hinweise vor, dass jene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit heute nicht mehr gelte. Die erwähnte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfasst grundsätzlich auch die psychische Situation, selbst wenn die diesbezüglichen Beurteilungen des RAD-Psychiaters sowie des behandelnden Psychiaters voneinander abweichen. Ohne weitere Angaben ist selbst bei einer allenfalls (aufgrund der vorliegenden Medizinalakten jedoch nicht anzunehmenden) verschlechterten psychischen Situation gegenüber dem revisionsrechtlichen Ausgangszeitpunkt nicht von einer additiven Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen.

E. 8

Nach dem Gesagten hat die Vorinstanz durch ihre Abklärungen keine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers oder der Auswirkungen dieses auf die Arbeitsfähigkeit nachgewiesen. Mangels Revisionsgrundes erweist sich die angefochtene Verfügung als unhaltbar. Entsprechend ist diese in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben. Nachdem die Vorinstanz in somatischer Hinsicht keinerlei Abklärungen getätigt respektive in Auftrag gegeben hat, welche ergänzt werden könnten, erscheint eine Rückweisung zur Nachbesserung oder Ergänzung der vorinstanzlichen Abklärungen im vorliegenden Fall nicht als gerechtfertigt. Selbstverständlich steht es der Vorinstanz frei, ein neues Revisionsverfahren zu eröffnen und die erforderlichen Abklärungen zu tätigen, um aus einer allfälligen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten die gesetzmässigen Konsequenzen zu ziehen (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts B-4917/2011 vom 28. August 2014, E. 7).

E. 9

Gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG auferlegt das Bundesverwaltungsgericht die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind dem obsiegenden Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen, sodass ihm der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.- auf ein von ihm anzugebendes Konto zurückzuerstatten ist.

E. 10

Der Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. 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 Vorinstanz. Da er keine Kostennote eingereicht hat, ist die ihm zuzusprechende Parteientschädigung nach Ermessen und auf Grund der Akten auf Fr. 2'800. (inklusive Auslagen) festzusetzen (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). Nicht zu entschädigen ist die Mehrwertsteuer (Art. 1 Abs. 2 i.V.m. Art. 8 Abs. 1 und Art. 18 Abs. 1 des Mehrwertsteuergesetzes vom 12. Juni 2009; MWSTG SR 641.20).

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