

BVGer C-1387/2017 vom 5. Juli 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-07-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1387_2017

FR: TAF C-1387/2017 du 5 juillet 2018

IT: TAF C-1387/2017 del 5 luglio 2018

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und ob auf eine Beschwerde einzutreten ist (BVGE 2007/6 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.1

Gemäss Art. 31 VGG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG. Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

E. 1.2

Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung, (die am 6. Februar 2017 beim Rechtsvertreter eingegangen ist; BVGer act. 1, Beilage 1) durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Auf frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 27. Februar 2017 (Eingang beim spanischen Versicherungsträger) ist somit einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 2.1

Der Beschwerdeführer kann im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids beanstanden (Art. 49 VwVG).

E. 2.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2009/65 E. 2.1).

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist spanischer Staatsangehöriger und wohnt in Spanien. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und

die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA zur Anwendung. Der Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 3.2

Die Sache beurteilt sich - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - nach denjenigen materiellen Rechtssätzen, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (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).

E. 4.1

Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, verstanden (vgl. Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen 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). Nach Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung, sind für die Beurteilung einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen und eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur dann vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 4.2

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b); und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

E. 4.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

E. 4.4

Laut Art. 29 Abs. 4 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) 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 staatsvertragliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] stellt diese Regelung nicht eine blossе Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c). Eine - vorliegend zutreffende - Ausnahme von diesem Prinzip gilt aufgrund des FZA und der anwendbaren europäischen Verordnungen seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der Europäischen Gemeinschaft (EU), denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

E. 4.5

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).

E. 4.6

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 in der Beurteilung der medizinischen 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 Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a). Je substantieller sich eine medizinische Fachperson äussert, umso höher ist der Beweiswert ihrer Aussage (Rudolf Rüedi, Das medizinische Gutachten - Erwartungen des Sozialversicherungsrichters an den Arzt, in: Gabriela Riemer-Kafka [Hrsg.], Medizinische Gutachten, Zürich 2005, S. 80). Liegen unterschiedliche, sich widersprechende Expertenmeinungen vor, wird diejenige Begutachtung obsiegen, die lückenlos dokumentiert ist und durch eine schlüssige Beurteilung zu überzeugen vermag: kurz, es kommt auf die Qualität an (Jacques Meine, die ärztliche Unfallbegutachtung in der Schweiz - Erfüllt sie die heutigen Qualitätsanforderungen?, in: Swiss Surg 1998; 4: 54). Auch auf Stellungnahmen eines RAD kann nur abgestellt werden, sofern sie diesen beweisrechtlichen Anforderungen genügen. Zudem müssen die Ärztinnen und Ärzte des RAD über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile des Bundesgerichts 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1 und 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person persönlich untersucht wird. Das Fehlen eigener Untersuchungen vermag daher einen RAD-Bericht für sich alleine nicht in Frage zu stellen. Die Rechtsprechung hat für versicherungsinterne Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt. Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf

BGE 125 V 351 E. 3b/bb/ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2; BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen; Urteil des BGer 8C_348/2016 vom 9. Dezember 2016 E. 2.4).

E. 5.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder 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).

E. 5.2

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben; zudem kann auch eine Wandlung des Aufgabenbereichs einen Revisionsgrund darstellen (BGE 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b; AHI 1997 S. 288 E. 2b). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

E. 5.3

Die abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt indessen nicht zu einer materiellen Revision (BGE 115 V 308 E. 4a/bb; SVR 2004 IV Nr. 5 S. 13 E. 2, I 574/02). Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen (Urs Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, 2003, Rz. 490). Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen (vgl. Urteil des BGer 9C_243/2010 vom 28. Juni 2011 E. 3.4.2.3). Auch eine Veränderung von versicherungsmedizinischen Beurteilungsparametern kann zu einer abweichenden ärztlichen Schlussfolgerung hinsichtlich eines tatsächlich gleich gebliebenen Zustandes führen. Eine neue medizinische Beurteilung etwa, die mit der Entwicklung der Rechtspraxis zur Invalidität bei psychosomatischen Leiden (BGE 131 V 49; 130 V 352; vgl. auch BGE 136 V 279 und 132 V 65) begründet wird, kann weder unter dem Gesichtspunkt von Art. 17 ATSG noch unter einem anderen Anpassungstitel eine neue Beurteilung des Anspruchs

veranlassen (BGE 135 V 201 und 215; vgl. aber die am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmung a der Änderung des IVG vom 18. März 2011). Eine zwischenzeitlich veränderte Rechtspraxis darf erst im Rahmen einer festgestellten erheblichen Tatsachenänderung berücksichtigt werden. Sie könnte auch nicht als Grundlage für eine Wiedererwägung herangezogen werden, weil deren Voraussetzungen vor dem Hintergrund der Rechtspraxis im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung beurteilt werden.

E. 5.4

Im Rahmen einer Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG bildet zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Überprüfung des Leistungsanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Ermittlung des Invaliditätsgrades (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung im erwerblichen oder im Aufgabenbereich) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4 und das Urteil des BGer 9C_889/2011 vom 8. Februar 2012 E. 3.2).

E. 6

Strittig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz den bisherigen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Viertelsrente der IV mit der angefochtenen Verfügung vom 23. Januar 2017 zu Recht bestätigt hat bzw. ob beim Beschwerdeführer ein höherer Rentenanspruch besteht.

E. 6.1

Das Bundesverwaltungsgericht ist mit Urteil C-228/2014 vom 7. November 2013 zum Schluss gekommen, die Vorinstanz habe bezüglich der Alkoholkrankheit, der Erkrankungen im Mage-/Darmtrakt, der Kniesituation und der psychischen Situation zu Recht auf eine stabile bzw. leicht verbesserte Situation geschlossen. Demgegenüber habe sich der anspruchserhebliche Sachverhalt im massgebenden Zeitpunkt seit der Rentenzusprache mit Verfügung vom 16. Februar 2010 bis zum Erlass der ersten Revisionsverfügung vom 7. November 2013 dahingehend verändert, dass die Akten neu und in medizinischer Hinsicht zentrale Hinweise auf eine COPD-Erkrankung schwersten Grades und gleichzeitig sich widersprechende oder unklare Hinweise auf die Schwere dieser Erkrankung enthielten, wobei unbestritten sei, dass mindestens ein Schweregrad III nach GOLD vorliege. Eine abschliessende Beurteilung über deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Betreiber einer Cafeteria oder in angepassten Tätigkeiten ohne Staub- und Rauchexposition sei indessen nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit möglich. Die Sache sei daher zu ergänzenden Abklärungen durch einen Lungenspezialisten an die Vorinstanz zurückzuweisen (Urteil C-228/2014 E. 5.11.4, act. 134-20).

E. 6.2

Zur Vornahme der ergänzenden Abklärungen gemäss dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts hielt IV-Arzt Dr. med. C._____ eine Begutachtung in der Schweiz nicht für notwendig. Vielmehr liess er via den spanischen Versicherungsträger Berichte über die Lungenfunktion sowie die Blutgaswerte und Sauerstoffsättigung in Ruhe und nach Belastung einholen (act. 138, 140). Aufgrund dieser Berichte kam IV-Arzt Dr. med. E._____ zum Schluss, dass eine COPD-Erkrankung im Stadiums GOLD III vorliege. Währenddem im Zeitpunkt der Rentenzusprache mit Verfügung vom 16. Februar 2010 eine Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betreiber einer Cafeteria

im Umfang von 60 % als zumutbar erachtet wurde (act. 78-1), hielt IV-Arzt Dr. med. E. _____ in seiner Stellungnahme vom 14. September 2016 fest, dass in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betreiber einer Cafeteria eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehe (act. 157-1 ff.). Als Funktionseinschränkungen führte er auf, dass nur Arbeiten in sitzender Position, höchstens 5 Stunden pro Tag; kein Besteigen von Leitern oder Gerüsten; kein Gehen auf unebenen Gelände; kein längeres Gehen (höchstens 15 Minuten); kein Heben von Gewichten über 5 kg; Vermeidung von Staub, Feuchtigkeit und Emanationen verrichtet werden könnten (act. 157-1 f., 171-2). Ausgehend von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betreiber einer Cafeteria, ermittelte die Vorinstanz den Invaliditätsgrad - anders als noch bei der Rentenzusprache, als ein Prozentvergleich vorgenommen wurde - anhand eines Einkommensvergleichs, was zu einem Invaliditätsgrad von 48 % führte (act. 158-1 f.).

E. 6.3

Mit der neu aufgetretenen COPD-Erkrankung liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, die geeignet ist, sich anspruchserheblich auf den Rentenanspruch auszuwirken. Davon geht offenbar auch die Vorinstanz aus, führt sie doch explizit aus, die vorgenannten Leistungseinschränkungen seien nicht mehr mit der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betreiber einer Cafeteria vereinbar. Damit ist ein Revisionstatbestand nach Art. 17 ATSG gegeben und das Gericht kann den Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

E. 7.1

Das Bundesverwaltungsgericht hat im vorangegangenen Urteil C-228/2014 vom 20. April 2015 ausgeführt, es bestünden keine Hinweise für die Notwendigkeit einer pluridisziplinären Begutachtung in der Schweiz, wie dies der Beschwerdeführer fordere. Die Aktenlage sei bezüglich der übrigen gesundheitlichen Beschwerden (abgesehen der COPD-Erkrankung) rechtsgenügend erhoben und lasse eine abschliessende Beurteilung der gesundheitlichen Situation bis November 2013 zu (Urteil C-228/2014 E. 6.2, act. 134-20). Daran kann aus nachfolgenden Gründen nicht mehr festgehalten werden.

E. 7.2

Es existieren keine festen Kriterien zur allgemeingültigen Abgrenzung der Anwendungsfelder der verschiedenen Kategorien von Expertisen. Die grosse Vielfalt von Begutachtungssituationen erfordert Flexibilität. In groben Zügen jedoch lassen sich die jeweiligen Einsatzbereiche wie folgt umreissen: Die umfassende administrative Erstbegutachtung wird regelmässig polydisziplinär (und damit zufallsbasiert anzulegen sein); eine direkte Auftragserteilung soll die Ausnahme bleiben. Eine polydisziplinäre Expertise ist auch dann einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss als auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheint, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert ist. In begründeten Fällen kann von einer polydisziplinären Begutachtung abgesehen und eine mono- oder bidisziplinäre durchgeführt werden, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt; weder dürfen weitere interdisziplinäre Bezüge (z.B. internistischer Art) notwendig sein (zur Interdisziplinarität der Begutachtung vgl. BGE 137

V 210 E. 1.2.4) noch darf ein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf bestehen. Diese Voraussetzungen werden vor allem bei Verlaufsbegutachtungen erfüllt sein.

E. 7.3

Die Rentenzusprache mit Verfügung vom 16. Februar 2010 erfolgte aufgrund einer Aktenbeurteilung durch IV-Arzt Dr. med. B._____. Dieser nannte in seiner Stellungnahme vom 1. November 2009 folgend Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (act. 78): leichte bis mittlere mentale Beeinträchtigung [Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten, Demenz]. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte er auf: eine chronische Pankreatitis [Entzündung der Bauchspeicheldrüse] mit Unterleibschmerzen (ohne signifikante Verschlechterung seit 2003), mit jedoch gut erhaltenem Allgemein- und Ernährungszustand, einen Status nach Cholezystektomie [Entfernung Gallenblase], eine einfache Fettleber, einen Status nach Vagotomie [operative Behandlung eines Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwürs] ohne beschriebenes Dumpingsyndrom [Sturzentleerung des Magens in den Dünndarm], einen chronischen Äthylismus [Alkoholkrankheit] in Abstinenz seit mehreren Jahren sowie ein reaktionäres ängstlich-depressives Syndrom, ohne psycho-pharmakologische Behandlung.

E. 7.4

Zu den somatischen Beschwerden führte er aus, dass ein guter Allgemein- und Ernährungszustand beschrieben werde; Verdauungsprobleme würden - trotz chronischer Bauchspeicheldrüsenentzündung und früher erfolgter Entfernung der Gallenblase sowie Eingriffen im Bereich der Gallenwege in den Jahren 2000 bis 2003 - nicht beschrieben, ausser nicht objektivierbare Beschwerden. Diese Situation sei mit einer beruflichen Tätigkeit vereinbar; dagegen spreche auch nicht die chronische Pankreatitis ohne Komplikationen und ohne Unterernährung, die zwar zeitweise Schmerzen verursachen könne, jedoch keine langanhaltende Arbeitsunfähigkeit bewirke. In psychiatrischer Hinsicht befinde sich der Beschwerdeführer in Behandlung wegen eines chronischen Äthylismus, seit Jahren abstinent, ohne psychische Störungen. Im E 213 vom 17. April 2009 (act. 44) werde ein ängstlich-depressives Syndrom beschrieben, das nur leicht medikamentiert werde, was auf eine geringfügige Erkrankung hinweise. Dies werde bestätigt durch den psychiatrischen Bericht vom 3. März 2009 (act. 45), der erwähne, dass keine psycho-pharmakologische Behandlung stattfinde, und der Arzt auf eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % schliesse. Der psycho-neurologische Bericht vom 19. Dezember 2008 (act. 49, 51) schliesse auf eine leichte bis mittlere kognitive Störung mit gewissen (Verhaltens-) beeinträchtigten Tests. Wegen dieser Pathologie bestehe eine Leistungseinschränkung von 40 % in allen Aktivitäten. Die Störung sei nicht vor 2008 beschrieben worden, weshalb auf eine Arbeitsunfähigkeit seit 18. November 2008 (Datum des ersten Arztberichts, der diese Störung erwähne) zu schliessen sei.

E. 7.5

Somit bestanden bereits im Zeitpunkt der Rentenzusprache mehrere gesundheitliche Beeinträchtigungen. Ausschlaggebend für die Rentenzusprache war offenbar die leichte bis mittlere mentale Beeinträchtigung. Zu den bereits bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist - wie bereits erwähnt - neu die COPD-Lungenerkrankung hinzugetreten.

E. 8.1

Hinsichtlich der Auswirkungen der COPD-Erkrankung stützt sich die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf die Stellungnahmen von IV-Arzt Dr. med. E. _____ vom 14. September 2016 (act. 157- 1 ff.) und 29. Dezember 2016 (act. 170-1 f.). Dabei wurden folgende medizinische Berichte berücksichtigt und ausgewertet: - Lungenfunktionstests des Hospital G. _____ vom 24.10.2014, 05.12.2014, 04.06.2015 und 17.03.2016 (act. 150-1, 151-4, 152-2, 153-1) -6 Minuten Gehstests vom 05.12.2014, 04.06.2015 und 20.07.2016 (act. 149-1, 151-1, 152-1) -Blutgaswerte und O2 Sättigung vom 04.06.2015 und 20.07.2016 (act. 149-2 f., 151-2) -Pulsfrequenzmessungen vom 04.06.2015 und 20.07.2016 (act. 149-2 f., 151-3) -Ärztliches Gutachten des Hospital F. _____ vom 16.11.2016 (act. 166-1; Übersetzung: BVGer act. 4) Wie bereits erwähnt, kam Dr. med. E. _____ aufgrund dieser Berichte zum Schluss, dass eine COPD-Lungenerkrankung im Stadiums GOLD III vorliege (Im Stadium GOLD 3, der schweren COPD, ist die Erkrankung nicht mehr zu ignorieren. Die Lungenfunktion weicht nun um 50 - 70 Prozent vom Sollwert ab, was teils massive Beschwerden wie Atemnot, Husten und Auswurf zur Folge hat. Schon bei leichten Anstrengungen, z.B. beim Treppen steigen, können sich die Folgen der Erkrankung bemerkbar machen; der FEV 1-Wert liegt zwischen 30 und 50 % des Sollwerts; vgl. <http://www.leichter-atmen.de> -> COPD -> Stadien nach GOLD, zuletzt abgerufen am 25. Mai 2018), welche zwar nicht mehr mit der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betreiber einer Cafeteria vereinbar sei. Eine angepasste Tätigkeit sei hingegen nach wie vor im Umfang von 40 % zumutbar (ausführlich dazu vgl. vorstehende E. 6.2).

E. 8.2

Für den Rechtsanwender als medizinischen Laien sind die Beurteilungen apparativer Messungen sowie die daraus gezogenen Schlussfolgerungen hinsichtlich der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit schwer bzw. kaum überprüfbar. Insofern erscheint es angezeigt zur Plausibilisierung solcher Abklärungsergebnisse und der daraus gezogenen Schlussfolgerungen medizinische Leitlinien heranzuziehen. Für die sozialmedizinische Begutachtung der Leistungsfähigkeit bei COPD und Asthma bronchiale hat die Deutsche Rentenversicherung entsprechende Leitlinien herausgegeben (Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung, Leistungsfähigkeit bei chronischer obstruktiver Lungenkrankheit [COPD] und Asthma bronchiale; nachfolgend: Leitlinien; abrufbar unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Infos für Experten > Begutachtung > Leitlinien > Krankheiten des Atmungssystems; zuletzt abgerufen am 25. Mai 2018).

E. 8.3

In der Gruppe der COPD werden verschiedene Krankheiten unabhängig von Ätiologie und Pathogenese zusammengefasst, die sich in ihrer Symptomatik sowie in ihren Therapiestrategien ähneln und bei denen funktionale - obstruktive - Einschränkungen und Einschränkungen infolge der Emphysembildung der Lunge vorliegen. Der Begriff COPD (chronic obstructive pulmonary disease) umfasst eine Symptomatik und funktionale Beeinträchtigung der Lunge, die durch eine Kombination aus chronischem Husten, gesteigerter Sputumproduktion, Atemnot, Atemwegsobstruktion und eingeschränktem Gasaustausch charakterisiert ist. Die COPD lässt sich als eine Krankheit definieren, die durch eine progrediente, nach Gabe von Bronchodilatoren und/oder Glukokortikoiden nicht vollständig reversible Atemwegsobstruktion auf dem Boden einer chronischen Bronchitis und/oder eines Lungenemphysems gekennzeichnet ist. Die COPD ist eine Lungenerkrankung, die mit Auswirkungen auf andere Organsysteme (Herz und Kreislauf, Atem- und Skelettmuskulatur, Skelettsystem, Psyche) einhergeht (Leitlinien, S. 7). Gemäss

den Leitlinien ist zur Sachverhaltsabklärung bei einer COPD-Lungenerkrankung zunächst eine ausführliche und detaillierte Anamnese (bisheriger Krankheitsverlauf, Allergianamnese, Sozial- und Berufsanamnese, Beschreibung der beruflichen Belastbarkeit, ausserberufliche Aktivitäten) sowie eine körperliche Untersuchung erforderlich (vgl. Leitlinien, S. 14 f). Die körperliche Untersuchung sollte in möglichst klinisch stabilem und infektfreiem Zustand erfolgen unter Angabe der am Untersuchungstag eingenommenen Medikation. Sie umfasst insbesondere Gewicht, Größe, Hautkolorit, "Raucherfinger", Trommelschlegelfinger, Uhrglasnägel, Inspektion des Thorax (Deformierung, Narben), Perkussion und Auskultation von Lunge und Herz, Beurteilung der Nasenatmung, Blutdruck, Puls, Zeichen kardiopulmonaler Dekompensation. Vervollständigt wird die Untersuchung durch die Erhebung des psychischen Befunds (Leitlinien, S. 15). Die individuellen Auswirkungen von COPD auf die Belastbarkeit im beruflichen und sozialen Bereich müssen aus den medizinischen Unterlagen hervorgehen und die Interpretation der Lungenfunktionsbefunde ist immer im Kontext mit den anamnestischen Angaben, Vorbefunden und dem klinischen Status vorzunehmen (Leitlinien S. 27). Zur sozialmedizinischen Beurteilung bei COPD als führender Diagnose, sollte gemäss Leitlinien eine Bodyplethysmographie durchgeführt werden. Zur Beurteilung der Diagnostik bei COPD erlauben die Messwerte aus Spirometrie und Bodyplethysmographie eine Einteilung des Schweregrades der Erkrankung (Leitlinien S. 28). Die Schweregradeinteilung der COPD nach GOLD erfolgt nach nur wenigen Parametern (FEV1, FEV1/VC) und ist insofern nicht immer eine ausreichende Einteilung (Leitlinien, S. 29), zumal der Schweregrad einer obstruktiven Ventilationsstörung nicht mit dem klinischen Schweregrad der Erkrankungen wie COPD oder Asthma übereinstimmen muss (Leitlinien, S. 17).

E. 8.4

Zunächst ist festzuhalten, dass eine ausführliche und detaillierte Anamnese, wie sie gemäss den Leitlinien erforderlich ist, nicht aktenkundig ist bzw. im Rahmen der Aktenbeurteilung nicht erhoben wurde. Insbesondere wurden in keinem der medizinischen Berichte die Häufigkeit und Schwere der Symptome und deren Auswirkungen auf den Alltag des Beschwerdeführers festgehalten. Dr. med. E. _____ stützt sich bei seiner Beurteilung im Wesentlichen auf die Messungen der FEV 1-Werte sowie die Sauerstoffsättigung und schliesst daraus auf einen Schweregrad der COPD-Erkrankung im Stadium GOLD III. Wie vorstehend dargelegt, muss der spirometrische Schweregrad einer obstruktiven Ventilationsstörung nicht zwingend mit dem Schweregrad der COPD-Erkrankung übereinstimmen. Eine zusätzliche Bodyplethysmographie wurde nicht herangezogen bzw. sind entsprechende Messwerte nicht ausgewertet worden. Ebenso wenig wurden die Lungenfunktionsbefunde in Kontext zu anamnestischen Angaben und dem klinischen Status gestellt. Die individuellen Auswirkungen der COPD auf die Belastbarkeit des Beschwerdeführers, lassen sich allein aufgrund den Stellungnahmen von Dr. med. E. _____ vom 14. September 2016 und 29. Dezember 2016 nicht ableiten. Insbesondere entsprechen sie nicht den Anforderungen an eine ausführliche Abklärung gemäss den Leitlinien. Anzuführen ist, dass Dr. H. _____ in ihrem Bericht des Hospital F. _____ vom 16. November 2016 wie bereits in ihrem Bericht vom 14. Mai 2013 (act. 129-1) nach wie vor von einer sehr schweren COPD vom Emphysem-Phänotyp ohne häufige Verschlechterung ausgeht (GesEPOC A, BODEx 5, BODE 6). Es bestehe Atemnot bei mässiger Anstrengung (MRC II-III, zur MRC- Klassifikation vgl. <http://www.medicalforum.ch/docs/smf/2013/11/de/smf-01456.pdf>, zuletzt abgerufen am

30. Mai 2018). Weiter attestiert sie eine respiratorische Insuffizienz in der Nacht und beim Gehen und erwähnt Untersuchungstermine zwecks Lungentransplantation (BVGer act. 4). Diese Beurteilung beruht auf einer klinischen und apparativen Untersuchung des Beschwerdeführers und weicht erheblich von der Einschätzung von Dr. med. E. _____ ab. Eine substantiierte Auseinandersetzung mit diesem Bericht findet sich in der Stellungnahme von Dr. med. E. _____ vom 29. Dezember 2016 jedoch nicht.

E. 8.5

Es trifft zu, wie die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung vom 25. April 2017 ausführte (BVGer act. 8), dass das Bundesverwaltungsgericht die Sache im vorangegangenen Urteil C- 228/2014 vom 20. April 2015 zu ergänzenden Abklärungen durch einen Lungenspezialisten ins Verwaltungsverfahren zurückgewiesen hat (vgl. E. 5.11.4 des Urteils C-228/2014, act. 134-20). Dies muss jedoch nicht bedeuten, dass die beim Beschwerdeführer bestehenden weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen ohne jegliche Relevanz bleiben bzw. nicht in die Beurteilung miteinbezogen werden müssen. Vielmehr wirkt sich eine COPD-Erkrankung auch auf andere Organsysteme (Herz und Kreislauf, Atem- und Skelettmuskulatur, Skelettsystem, Psyche) aus (Leitlinien, S. 7). Dementsprechend führen die Leitlinien auch aus, dass bei Vorliegen weiterer relevanter Begleiterkrankungen anderer Organsysteme, diese fachärztlich zu begutachten und daraus resultierende Fähigkeitseinschränkungen in die Gesamtbeurteilung einzubeziehen sind (Leitlinien, S. 45). Insbesondere wird in den Leitlinien festgehalten, dass die Untersuchungen durch die Erhebung des psychischen Befunds zu vervollständigen sind (Leitlinien, S. 15).

E. 8.6

Beim Beschwerdeführer sind neben der COPD insbesondere folgende Diagnosen aktenkundig: leichte bis mittlere mentale Beeinträchtigung [Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten, Demenz], Persönlichkeitsveränderung (act. 32-6, 45-3, 48-3,49-5), einen chronischen Äthylismus [Alkoholkrankheit] in Abstinenz seit mehreren Jahren (act. 45-3), ein reaktionäres ängstlich-depressives Syndrom (act. 44-3, 51-5, 52-3, 98), eine schwere somatoforme Schmerzstörung (act. 51-5), eine chronische Pankreatitis [Entzündung der Bauchspeicheldrüse] mit Unterleibschmerzen (act. 18, 21-1, 48-3), mit jedoch gut erhaltenem Allgemein- und Ernährungszustand, einen Status nach Cholezystektomie [Entfernung Gallenblase] (act. 32-3), eine einfache Fettleber, einen Status nach Vagotomie [operative Behandlung eines Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwürs] ohne beschriebenes Dumpingsyndrom [Sturzentleerung des Magens in den Dünndarm] (act. 32-3), Hepatische Steatosis (act. 32-3). Bei dieser Sachlage erfordert eine sorgfältige Abklärung der COPD-Erkrankung gemäss Leitlinien eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung mit Einbezug der weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Insbesondere wäre die Erhebung eines (aktuellen) psychischen Befunds zwingend notwendig gewesen, war die leichte bis mittlere mentale Beeinträchtigung ausschlaggebend für die Rentenzusprache. Ebenfalls besteht ein reaktionäres ängstlich-depressives Syndrom. Für den medizinischen Laien ist daher nicht nachvollziehbar, dass die Auswirkungen der Lungenerkrankung auf die psychische Gesundheit des Beschwerdeführers nicht Thema der Abklärungen der Auswirkungen der COPD war, zumal das Auftreten von Angststörungen, Panikstörungen, Depressivität und gestörtem Selbstvertrauen häufige Folge von chronischen Lungenerkrankungen sind (Leitlinien, S. 42). Dennoch wurde vorliegend eine isolierte Aktenbeurteilung

vorgenommen, was nach den vorstehenden Erwägungen keine abschliessende Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zulässt. Ohnehin erscheint es mehr als fraglich, ob mit der Rückweisung zur ergänzenden Beurteilung durch einen Lungenspezialisten im vorangegangenen Beschwerdeverfahren, die erneute Vornahme einer Aktenbeurteilung gemeint gewesen war. Anzuführen ist, dass es Gutachtern freisteht, die von der IV-Stelle bzw. dem RAD (oder im Beschwerdefall durch ein Gericht) bezeichneten Disziplinen gegenüber der Auftraggeberin zur Diskussion zu stellen, wenn ihnen die Vorgaben nicht einsichtig sind. Insofern besteht keine absolute Bindungswirkung an die in einem Rückweisungsentscheid genannten medizinischen Fachdisziplinen (BGE 139 V 349 E. 3.3). Es kann davon ausgegangen werden, dass ein auf Lungenerkrankungen spezialisierter Gutachter die notwendige interdisziplinäre Gesamtbeurteilung gemäss Leitlinien erkannt und eine solche auch zur Diskussion gestellt hätte, wenn ihm die medizinischen Akten vorgelegt worden wären.

E. 8.7

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer wohl zum Teil aufgrund einer chronischen Alkoholerkrankung - wobei inzwischen seit Jahren eine Abstinenz besteht - an verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen leidet. Ausschlaggebend für die Rentenzusprache mit Verfügung vom 16. Februar 2010 waren leichte bis mittlere mentale Beeinträchtigungen. Im Rahmen des im Jahr 2012 eingeleiteten Revisionsverfahrens wurde neu eine COPD-Erkrankung diagnostiziert. Damit liegt eine Revisionstatbestand gemäss Art. 17 ATSG vor, nach welchem der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen überprüft werden kann (vgl. vorstehende E. 5.2). In vorangegangenem Urteil C-228/2014 vom 20. April 2015 kam das Bundesverwaltungsgericht zum Schluss, dass die Sache hinsichtlich der COPD-Lungenerkrankung zu ergänzenden Abklärungen an einen Lungenspezialisten zurückzuweisen sei. Die Vorinstanz hielt eine Begutachtung in der Schweiz für nicht notwendig, holte weitere Arztberichte aus Spanien ein und kam aufgrund ihrer Aktenbeurteilungen zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer in seiner letzten Tätigkeit als Betreiber einer Cafeteria nunmehr eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit vorliege. In angepassten Tätigkeiten bestehe jedoch unverändert eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. Gemäss vorstehenden Erwägungen erweist sich die Aktenbeurteilung, welche sich einzig auf spirometrische Messungen und Messungen der Blutgassättigung stützt, als keine genügende Grundlage zur Beurteilung des Rentenanspruchs. Vielmehr hat eine die Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers aufgrund einer interdisziplinären Gesamtbeurteilung zu erfolgen, welche sämtliche bestehenden Beeinträchtigungen berücksichtigt. Dabei sind insbesondere die Wechselwirkungen der COPD-Erkrankung zu den übrigen somatischen und den vorbestehenden psychisch/mentalenen Beeinträchtigungen in die Beurteilung miteinzubeziehen. Das Gericht erachtet dazu eine pluridisziplinäre allgemeinmedizinische, pneumologische und psychiatrische Begutachtung in der Schweiz für notwendig (allfällige weitere Fachrichtungen sind von den Gutachtern zu benennen). Dies erscheint auch aufgrund der Tatsache gerechtfertigt, dass der Rentenanspruch des Beschwerdeführers bisher allein aufgrund von Aktenbeurteilungen erfolgte und noch nie eine umfassende Begutachtung durchgeführt wurde, obwohl die umfassende pluridisziplinäre Begutachtung bei Bestehen von mehreren gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Regelfall bildet (vgl. vorstehende

E.7.2). Sie kann dem Beschwerdeführer, der bereits in fortgeschrittenem Alter ist, auch nicht aufgrund des noch relativ kurzen Zeitraums bis zur Überführung des IV-Rentenanspruchs in eine Rente der AHV verwehrt bleiben (vgl. dazu Urteil des BVGer C-4887/2017 vom 6. Dezember 2017 E. 3.5) Anzuführen ist, dass für die Erkrankungen aus dem somatoformen und depressiven Formenkreis der Rentenanspruch anhand eines strukturierten Beweisverfahrens gemäss der Indikatorenrechtsprechung zu beurteilen ist (BGE 141 V 208, BGE 143 V 409 und 143 V 418. Da im vorliegenden Fall eine Aktenbeurteilung durch den IV-ärztlichen Dienst (und nicht etwa ein Administrativgutachten) zu überprüfen war, bleibt eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz auch in Nachachtung von BGE 137 V 210 möglich (vgl. dazu Urteil des BVGer C-3362/2013 vom 16. Februar 2016 E. 10.2 f.). Der Beschwerdeführer hat bereits im vorangegangenen Beschwerdeverfahren eine pluridisziplinäre Begutachtung und im vorliegenden Beschwerdeverfahren eventualiter eine fachmedizinische Begutachtung der Lungenerkrankung beantragt. Es erübrigt sich daher, ihm die Möglichkeit eines Beschwerderückzugs für den Fall einer Verschlechterung der vorprozessualen Situation einzuräumen.

E. 8.8

Die Beschwerde vom 27. Februar 2017 ist daher insoweit gutzuheissen, als die angefochtenen Verfügungen vom 23. Januar 2017 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen der rechtserheblichen Tatsachen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge.

E. 9

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 9.1

Die Verfahrenskosten sind in der Regel von der unterliegenden Partei zu tragen. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt, sind dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Ebenso wenig sind bei der Vorinstanz Verfahrenskosten zu erheben (vgl. Art. 63 Abs. 1 und 2 VwVG; BGE 132 V 215 E. 6.1).

E. 9.2

Der obsiegende, anwaltlich vertretene 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 Vorinstanz. 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 ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu Urteil des BVGer C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) gerechtfertigt.