

# **BVGer C-1518/2021 vom 15. Mai 2024**

Bundesverwaltungsgericht, 2024-05-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-1518\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1518_2021)

FR: TAF C-1518/2021 du 15 mai 2024

IT: TAF C-1518/2021 del 15 maggio 2024

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]).

### **E. 1.2**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VVG]). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1; zu verfahrensrechtlichen Neuerungen vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.2, zu den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln vgl. BGE 130 V 1 E. 3.2) vorbehalten.

### **E. 1.3**

Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung 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]). Nachdem der Beschwerdeführer aufgrund der gewährten unentgeltlichen Prozessführung keinen Kostenvorschuss zu leisten hat (BVGer-act. 14) und die Beschwerdeschrift fristgerecht verbessert wurde, ist auf die insgesamt frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 ATSG).

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstands des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung der IVSTA vom 8. März 2021, mit welcher die Vorinstanz die seit

C-1518/2021 Seite 7 1. März 2013 ausgerichtete halbe Invalidenrente des Beschwerdeführers bestätigt und eine Rentenerhöhung abgelehnt hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Rentenrevision.

### **E. 3.1**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG). Es ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die

Be- gründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG).

### **E. 3.2**

Das Verwaltungs- sowie das erstinstanzliche sozialversicherungsrecht- liche Beschwerdeverfahren sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 Bst. c ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 138 V 218 E. 6; 137 V 210 E. 1.2.1; 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 193 E. 2, 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 141 V 405 E. 4.4; 138 V 218 E. 6).

### **E. 3.3**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit- sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 8. März 2021) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verän- dert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsver- fügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

### **E. 3.4**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze mass- gebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechts- folgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 144 V 210 E. 4.3.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 8. März 2021 in Kraft standen; weiter aber auch Vor- schriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

C-1518/2021 Seite 8

### **E. 3.5**

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Bosnien-Herzogo- wina mit dortigem Wohnsitz. Er hat während mehrerer Jahre in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausgeübt. Bei Erlass der angefochtenen Verfügung stand im Verhältnis zu Bosnien-Herzegowina noch das Abkommen vom

### **E. 3.6**

Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBl 2020 5535 ff.) so- wie die Änderungen der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV [SR 831.201]) vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer über- gangsrechtlicher Regelungen (vgl. E. 4.7.1 hiernach) – grundsätzlich die- jenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung ha- ben (BGE 146 V 364 E. 7.1 und BGE 144 V 210 E. 4.3.1) und die ange- fochtene Verfügung vom 8. März 2021 (IVSTA-act. 251) vor dem Inkrafttre- ten der Änderungen des IVG und des ATSG vom 19. Juni 2020 sowie der IVV vom 3. November 2021 datiert, beurteilen sich die Ansprüche des Be- schwerdeführers gegenüber der IV nach dem IVG und der IVV (jeweils

#### **E. 4.1**

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

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

#### **E. 4.3**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person bei einer Invalidität von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente sowie bei einer Invalidität von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente sowie bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Vorliegend wurde die halbe Invalidenrente des Beschwerdeführers revisionsweise bestätigt, weshalb die Frage einer abweichenden Regelung im Sozialversicherungsabkommen mit Bosnien und Herzegowina nicht zu prüfen ist.

#### **E. 4.4**

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

#### **E. 4.5**

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (BGE 135 V 465 E. 4.5; Urteil des BGer 8C\_56/2013 vom 16. Juli 2013 E. 2).

#### **E. 4.6.1**

Die Prüfung, ob eine psychische Erkrankung eine rentenbegründende Invalidität zu begründen vermag, hat grundsätzlich anhand eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (BGE 143 V 409 E. 4.5; 143 V 418 E. 6 ff.). Diese neue Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (vgl. Urteil des BGer 8C\_756/2017 vom 7. März 2018 E. 4 mit weiterem Hinweis) und somit auch im vorliegenden Fall massgebend.

#### **E. 4.6.2**

Ausgangspunkt dieser Prüfung und erste Voraussetzung für eine Anspruchsberechtigung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 und E. 2.2.1).

#### **E. 4.6.3**

Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz»

(Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

#### **E. 4.6.4**

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne beurteilt sich nach dem konkreten Beweisbedarf (BGE 145 V 215 E. 4.3; 143 V 418 E. 7.1).

#### **E. 4.7.1**

Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 3.6), ist am 1. Januar 2022 das Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (Weiterentwicklung der IV, BBl 2020 5535, Änderung vom 19. Juni 2020) in Kraft getreten. Für Rentenbezügerinnen und -bezüger, welche beim Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung das 55. Altersjahr vollendet haben, gilt weiterhin das bisherige Recht (Übergangsbestimmung IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020 Bst. c). Dies bedeutet einerseits, dass diese Personen bis zu ihrem Ausscheiden aus der Invalidenversicherung im alten Rentensystem mit den Viertelsrentenstufen verbleiben, und andererseits, dass auch die materiell-rechtlichen Bestimmungen anwendbar bleiben, die bis zum Inkrafttreten der Weiterentwicklung IV gültig waren. Dies betrifft insbesondere die Bestimmungen zur Invaliditätsbemessung und auch die Voraussetzungen für eine Revision der Leistung (Art. 17 Abs. 1 ATSG, in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung; erläuternder Bericht des BSV vom 3. November 2021, S. 72; vgl. für die seit 1. Januar 2022 geltende Fassung: AS 2021 705 Anhang III).

#### **E. 4.7.2**

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).

#### **E. 4.7.3**

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3; 130 V 343 E. 3.5).

#### **E. 4.7.4**

Bei der materiellen Prüfung der Rentenrevision sind zwei Schritte zu unterscheiden: Zunächst ist zu untersuchen, ob ein Revisionsgrund in Form einer für den Anspruch erheblichen Veränderung des Sachverhaltes vorliegt. Trifft dies nicht zu, so bleibt es beim bisherigen Rechtszustand, und eine neue Invaliditätsbemessung ist nicht notwendig. Ist

demgegenüber ein Revisionsgrund ausgewiesen, hat eine aktuelle Prüfung des Rentenanspruchs zu erfolgen, welche sich an den im Revisionszeitpunkt geltenden Regeln und Massstäben orientiert (vgl. dazu BGE 141 V 9 E. 2.3; Thomas Flückiger, in: Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, Art. 17 N. 18 f.). Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Veränderung muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sein (Urteil des BGER 9C\_698/2012 vom 3. Mai 2013 E. 2.3). Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ist dagegen eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteile des BGER 9C\_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1; 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.1).

#### **E. 4.7.5**

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; 130 V 343 E. 3.5.2).

#### **E. 4.8**

Nach Art. 88a Abs. 2 IVV ist eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, oder eine Zunahme der Hilflosigkeit oder Erhöhung des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat. In Art. 88a IVV wird konkretisiert, welche Dauer oder Intensität die Sachverhaltsänderung aufweisen muss, um revisionsrechtlich relevant zu werden. Dabei handelt es sich letztlich um Konkretisierungen des für den Rentenanspruch massgebenden Invaliditätsbegriffs (BGE 133 V 67 E. 4.3.3). Gemäss 88bis Abs. 1 Bst. b IVV erfolgt die Erhöhung bei einer Revision von Amtes wegen von dem für diesen vorgesehenen Monat an. Die Anwendung von Art. 88bis Abs. 1 IVV setzt einen laufenden Rentenbezug voraus; vgl. dazu Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 30 - 31 N. 110). Die Bestimmung von Art. 88a IVV geht Art. 88bis IVV vor. Eine laufende Rente kann nur dann vom Anmeldemonat respektive vom Zeitpunkt der vorgesehenen Revision an erhöht werden, wenn sie aller Wahrscheinlichkeit nach längere Zeit dauern wird oder ohne wesentliche Unterbrechung bereits drei Monate gedauert hat (Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 30 - 31 N. 109; Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Art. 31 N. 38 f.). Auf die dreimonatige Wartefrist kann indes verzichtet werden, wenn die Rentenerhöhung nicht wegen einer Veränderung des Gesundheitszustandes der versicherten Person erfolgt, sondern auf einen stabilisierten Kontext zurückzuführen ist (Kreisschreiben über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung, Stand 1. Januar 2021 [KSIH] Rz. 4008.1 1/5 mit Hinweis auf Urteil des EVG I 599/05 vom 6. Februar 2006 E. 5.2.3).

#### **E. 5.1**

Die Vorinstanz führt zur Begründung ihrer Verfügung vom 8. März 2021 im Wesentlichen aus, bei der Überprüfung des Invaliditätsgrades habe man keine Änderung festgestellt, die sich auf die Rente auswirke, weshalb weiterhin Anspruch auf die bisherige halbe Invalidenrente (Invaliditätsgrad: 53 %) bestehe (vgl. IVSTA-act. 251).

### **E. 5.2**

Dagegen bringt der Beschwerdeführer vor, er habe sich sämtliche Leiden («Herzschlag», zwei implantierte Stents, ein weiterer Verschluss von 60 %, eine zweifache koronare Gefässerkrankung, eine atherogene Dyslipidämie, zwei Bandscheibenvorfälle an der Wirbelsäule, Meniskus- und Knieprobleme, schlechte Beweglichkeit, psychische Probleme, eine dauerhafte Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.2) in der Schweiz zugezogen. Er nehme die häusliche Pflege einer Privatperson in Anspruch, da er weder selbst ein Mittagessen kochen noch die Wohnung instand halten könne. Sinngemäss führt er aus, dass die derzeit ausgerichtete Invalidenrente nicht für die Bestreitung seiner Lebenshaltung ausreichen würde, und bittet deshalb um Erhöhung seiner Invalidenrente auf Fr. 900.- (BVGer-act. 4 = 8 [deutsche Übersetzung]; vgl. auch BVGer-act. 1).

### **E. 5.3**

Die Vorinstanz hält dem vernehmlassungsweise entgegen, sie habe im Rahmen des Revisionsverfahrens aktuelle psychiatrische Berichte eingefordert. Aus somatischer Sicht liessen sich zunächst keine wesentlichen Veränderungen belegen. Die bisherige Berentung beruhe denn auch auf psychiatrischer Seite. Es seien seinerzeit die Diagnosen somatoforme Störung (ICD-10: F5.4), rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.2) und Persönlichkeitsänderungen nach Extrembelastung gestellt worden. Aus den für die Rentenrevision erstellten Berichten des N. \_\_\_\_\_ in (...) vom 18. September 2020 zeigten sich anlässlich der Untersuchung keine Anhaltspunkte, welche auf eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes deuteten. Es verbleibe in der Folge an der bisherigen Feststellung eines Anspruchs auf eine halbe Invalidenrente (BVGer-act. 16).

### **E. 6**

Vorab sind in einem ersten Schritt die beiden massgeblichen Vergleichszeitpunkte zu bestimmen:

#### **E. 6.1**

Wie bereits dargelegt (vgl. E. 4.7.5), dient als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, die letzte Beurteilung (rechtskräftige Verfügung), welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und - bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens - Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4). Eine Mitteilung nach Art. 74ter Bst. f und Art. 74quater Abs. 1 IVV, mit der eine Revision von Amtes wegen abgeschlossen wurde mit der Feststellung, es sei keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse eingetreten, ist einer rechtskräftigen Verfügung gleichgestellt (Urteile des BGer 9C\_474/2013 vom 20. Februar 2014 E. 4.1 und 9C\_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 3.2.1 m.H.). Die Heranziehung eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf denjenigen Abklärungen

beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen. Unter einer Sachverhaltsabklärung im Sinne von BGE 133 V 108 muss eine Abklärung verstanden werden, die - wenn sie inhaltlich zu einem anderen Ergebnis führt - geeignet ist, eine Rentenerhöhung, -herabsetzung oder -aufhebung zu begründen (Urteil des BGer 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 6.2 m.H., in: SVR 2013 IV Nr. 44 S. 134).

## **E. 6.2**

Die unangefochten gebliebene, rentenzusprechende Verfügung vom 12. Juni 2015 (IVSTA-act. 147), mit welcher eine unbefristete halbe Rente ab 1. August 2014 zugesprochen wurde, wurde letztmals mit Mitteilung vom 29. Dezember 2016 (IVSTA-act. 211) bestätigt. Die Vorinstanz stützte sich dabei insbesondere auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. L.\_\_\_\_\_, Fachärztin Innere Medizin FMH, vom 21. November 2016 (IVSTA-act. 209; vgl. E. 7.2.5 hiernach). Die RAD-Ärztin hielt hierbei fest, dass die weiter bestehende psychische Erkrankung am einschränkendsten sei, wobei aus dem neuropsychiatrischen Bericht vom 17. August 2016 (IVSTA-act. 198, S. 1 f. = 200 [deutsche Übersetzung] = 208, S. 1 f.; vgl. E. 7.2.2 hiernach) keine Verschlechterung abgeleitet werden könne. Nachdem die RAD-Ärztin als Fachärztin für Innere Medizin nicht über den erforderlichen Facharztstitel zur Beurteilung der (vorliegend zentralen) psychiatrischen Erkrankung verfügt (vgl. auch: E. 8.3.1 hiernach) und sie ihrerseits den entsprechenden Bericht vom 17. August 2016 als nicht umfassend bezeichnete, kann vorliegend mit Bezug auf die Mitteilung vom 29. Dezember 2016 (IVSTA-act. 211) nicht von der erforderlichen rechtskonformen medizinischen Sachverhaltsabklärung ausgegangen werden, womit diese in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt nicht einer rechtskräftigen Verfügung gleichgestellt werden kann. Davon scheint denn auch die Vorinstanz zu Recht auszugehen (vgl. BVGer-act. 16).

## **E. 6.3**

Nach dem vorstehend Dargelegten ist zusammenfassend festzuhalten, dass der Sachverhalt im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 12. Juni 2015 (IVSTA-act. 147) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 8. März 2021 (IVSTA-act. 251) zu vergleichen und zu prüfen ist, ob in den für den Leistungsanspruch relevanten Tatsachen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchrelevanter Weise zu beeinflussen.

## **E. 7.1**

Beim Erlass der Verfügungen vom 12. Juni 2015 (IVSTA-act. 147-151; Ausgangszeitpunkt) betreffend die Ausrichtung einer halben Invalidenrente ab 1. März 2013 stützte sich die Vorinstanz, nach den Abklärungen der IV-Stelle Zug (vgl. IVSTA-act. 108; 122), auf das polydisziplinäre H.\_\_\_\_\_-Gutachten vom 15. April 2014 (IVSTA-act. 89; ohne Berücksichtigung des psychiatrischen Teilgutachtens [vgl. hierzu E. 7.1.3 hiernach]), auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie, vom 10. Oktober 2014 (IVSTA-act. 112) und die Stellungnahmen der RAD-Ärzte I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. Dezember 2014 (IVSTA-act. 116) und vom 12. Januar 2015 (IVSTA-act. 119), sowie J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin (D), vom 22. Mai 2014 (IVSTA-act. 92) und vom 9. Januar 2015 (IVSTA-act. 118).

### **E. 7.1.1**

Die IV-Stelle gab ein polydisziplinäres Gutachten in den Gebieten Allgemeine/Innere Medizin, Orthopädie, Rheumatologie und Psychiatrie, beim Zentrum für Medizinische Begutachtung in Auftrag (vgl. IVSTA-act. 73), welches am 15. April 2014 erstattet wurde (IVSTA-act. 89):

#### **E. 7.1.1.1**

In seinem allgemeinmedizinisch/internistischen Teilgutachten stellte der fallführende Gutachter Dr. O.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, die Diagnose multipler Lipome im Bereich des Abdomens und der Unterarme. Aus rein internistischer Sicht bestünden keine invalidisierenden Probleme. Im Vordergrund stünden die Rückenschmerzen sowie die psychiatrische Problematik (IVSTA-act. 89, Gutachten S. 18-23).

#### **E. 7.1.1.2**

Dr. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, diagnostizierte in seinem orthopädischen Teilgutachten eine chronische Lumboischialgie rechts bei einer Diskushernie L4/L5 mit Kompression der Nervenwurzel L5 rechts, ein chronisches rechtsbetontes cervikobrachiales Syndrom bei Diskushernie C5/6 rechts mit Status nach Wurzelkompression C6 rechts sowie Status nach erfolgreicher foraminaler Infiltration C5/6, ein intermittierendes Schmerzsyndrom linkes Knie, eine vordere Kreuzbandläsion mit Status nach arthroskopischer medialer Teilmenishektomie, sowie einen Status nach Sulcus ulnaris-Syndrom beidseits, bei einem Status nach Nervus ulnaris-Dekompression im Sulcus ulnaris, mit leicht residuellen Parästhesien Digitus V rechts und links. Der Orthopäde kam zum Schluss, dass dem Versicherten vor allem in Anbetracht der symptomatischen Diskushernie im Lumbalbereich und der verschiedenen bildgebenden degenerativen Veränderungen im Halswirbelsäulen- und Lendenwirbelsäulen-Bereich keine schweren körperlichen Tätigkeiten mit Heben von Lasten, die mehr als 5 kg wiegen und die mit häufigem Bücken oder mit Überkopfarbeiten einhergehen, zuzumuten seien. Seine angestammte Tätigkeit als Elektromonteur könne er nicht mehr durchführen. Dagegen seien leichte, wechselweise teils sitzende, teils stehende Tätigkeiten weitgehend möglich (IVSTA-act. 89, Gutachten S. 24-32).

#### **E. 7.1.1.3**

In seinem neurologischen Teilgutachten stellte Dr. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, die Diagnosen eines chronischen lumbovertebralen Syndroms rechts mit sensibler radikulärer Symptomatik in L5 rechts, bei mediolateraler Diskushernie L4/5 rechts ohne motorisches Ausfallsyndrom, auf bisherige Infiltrationsbehandlungen nicht ansprechend, ein Cervikalsyndrom mit schmerzhaft eingeschränkter HWS-Beweglichkeit bei Diskushernie C5/6 lateral rechts ohne radikuläre Irritations- oder Ausfallsymptomatik, auf Infiltrationen ansprechend, bei Segmentdegeneration und ausgeprägter Osteochondrose C4/5, Status nach endoskopischer Dekompression des Nervus ulnaris beidseits 2012 mit noch residueller Hypästhesie im entsprechenden Versorgungsgebiet. Der Neurologe stellte fest, dass aufgrund der vorliegenden Befunde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht angemessen sei. Eine Verweistätigkeit sei dem Versicherten im Umfang von 50 % zumutbar. Die Arbeit als Elektriker und Elektroinstallateur sei hingegen ungünstig aufgrund häufiger Einnahme von speziellen Körperhaltungen (IVSTA-act. 89, Gutachten S. 32-37).

#### **E. 7.1.1.4**

In ihrer Konsensbeurteilung hielten die Gutachter fest, der Versicherte sei für seine angestammte Tätigkeit als Elektriker/Elektromonteur als vollständig arbeitsunfähig zu

beurteilen. Bezüglich Zeitpunkt sei gemäss Akten ab Mai 2011 diese Einschränkung anzugeben. Aus rein somatischer Sicht wäre noch eine adaptierte, körperlich leichte Tätigkeit möglich. Aus somatischer Sicht könne eine physikalische Therapie mit Rekonditionierung und Muskelaufbau im Sinne einer medizinischen Trainingstherapie empfohlen werden. Aufgrund der psychiatrischen Komorbidität sei eher von operativen Massnahmen abzusehen. Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IVSTA-act. 89, Gutachten S. 43-49; unter Ausklammerung der psychiatrischen Diagnosen, vgl. hierzu: IVSTA-act. 94): - Chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts mit sensibler radikulärer Symptomatik in L5 rechts - mediolaterale Diskushernie L4/5 rechts ohne motorisches Ausfallsyndrom (MRT LWS 5. März 2013) - Chronisches rechtsbetontes cervikobrachiales Syndrom bei - Diskushernie C5/6 rechts mit Status nach Wurzelkompression C6 rechts (MRT 13. Mai 2011) - Status nach erfolgreicher foraminaler Infiltration C5/6 (15. Juni 2011) - Segmentdegeneration mit ausgeprägter Osteochondrose C4/5 - residuelle Beschwerden, keine radikuläre Irritations- oder Ausfallsymptomatik - Intermittierendes Schmerzsyndrom Knie links - vordere Kreuzbandläsion Es werden nachfolgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt: - Störungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch - Status nach Sulcus ulnaris-Syndrom beidseits - Status nach Nervus ulnaris-Dekompression im Sulcus ulnaris (8. März 2012 und 24. Mai 2012) - residuelle Hypästhesie im Ulnarisgebiet beidseits

#### **E. 7.1.2**

Mit Stellungnahme vom 22. Mai 2014 hielt der RAD-Arzt J. \_\_\_\_\_ fest, dass die somatische Seite ausreichend abgedeckt worden sei und nicht weiter abgeklärt werden müsse. Insbesondere sei offen gehalten worden, ob eine Abklärung im Fach Orthopädie oder Rheumatologie erfolgen solle. Im Rahmen der Begutachtung sei nun eine orthopädische Untersuchung und zusätzlich eine neurologische Untersuchung erfolgt. Aus rein somatischer Sicht seien körperlich leichte Tätigkeiten im Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen unter der Vermeidung von Zwangshaltungen für den Rücken in einem vollen zeitlichen Pensum zumutbar (IVSTA-act. 92).

#### **E. 7.1.3**

Im für die Rentengewährung massgebenden psychiatrischen Gutachten vom 10. Oktober 2014 diagnostizierte Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Facharzt für Neurologie, nach persönlicher Untersuchung des Versicherten und unter Berücksichtigung der Vorakten eine neurotische Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10: F48.9) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Eine andere Diagnose sei nicht mit dem Grad der für ein Gutachten geforderten Sicherheit nachweisbar. Der Grad der Arbeitsfähigkeit sei seit August 2012 unterschiedlich gewesen. Der Gesundheitszustand habe geschwankt. Aus der jetzigen Untersuchung und aus früheren Expertisen lasse sich retrospektiv nicht eine eigene unabhängige Beurteilung des Verlaufes des Grades der Arbeitsfähigkeit ab August 2012 vornehmen. Wahrscheinlich sei der psychische Gesundheitszustand und die Darstellung von Beschwerden erheblich durch die Lebenssituation mit der drohenden Ausweisung aus der Schweiz beeinflusst. Die psychische Gesundheitsstörung wirke sich auf die bisherige Tätigkeit als Elektriker aus. Das Arbeitstempo sei vermindert und es seien etwas mehr Pausen notwendig. Der Explorand würde schneller ermüden und mehr Zeit zur Erholung benötigen. Medizinische Gründe, warum die bisherige Tätigkeit aufgrund der psychischen Erkrankung nicht mehr zumutbar sein sollte, seien nicht vorhanden. Ein zeitliches Ausmass von sechs Stunden pro Tag (eine um zwei Stunden reduzierte tägliche

Arbeitszeit) sei möglich. Zumindest seien keine medizinischen Gründe nachgewiesen, warum dem Versicherten ein solches Pensum nicht möglich sein sollte. Die tägliche Arbeitszeit sollte dabei von einer einstündigen Pause unterbrochen sein. Diese Arbeitszeit wäre an fünf Tagen pro Woche möglich. Die Leistungsfähigkeit sei dabei um 30 % vermindert. Dies gelte auch für eine angepasste Tätigkeit. Regelmässige Nachtarbeit sei nicht möglich. Ansonsten seien aus psychiatrischer Sicht keine Besonderheiten zu beachten. Ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung einschliesslich pharmakologischer Behandlung könnten die Arbeitsfähigkeit verbessern. Dazu würde auch eine Kontrolle auf Alkoholabstinenz gehören. Der Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit könnten sich relativ ändern, auch spontan ohne Behandlung. Eine Veränderung der Lebensumstände bzw. eine Eingewöhnung in neue Lebensumstände könnte einen wesentlichen positiven Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand haben. Dieser sei also nicht stabil. Eine solche wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit sei in ungefähr sechs Monaten möglich. Weil nur ein relativ unspezifisches psychisches Störungsbild nachweisbar sei, könnten insgesamt aber nur zurückhaltende Aussagen zur Prognose gemacht werden (IVSTA-act. 112, S. 1-25).

#### **E. 7.1.4**

Am 16. Dezember 2014 nahm RAD-Arzt I. \_\_\_\_\_ zum psychiatrischen Gutachten von Dr. K. \_\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2014 (IVSTA-act. 112) Stellung. Dr. K. \_\_\_\_\_ komme in schlüssiger Weise zu dem Ergebnis, dass weder eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) noch eine (posttraumatische) Persönlichkeitsänderung mit ausreichender Sicherheit vorliege und dass ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen der angegebenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der drohenden Ausweisung bestehe. Daraus resultiere seine Verwendung der psychiatrischen Restkategorie einer neurotischen Störung, nicht näher bezeichnet, die zwar in Gutachten relativ wenig Verwendung finde, jedoch seines Erachtens auf das psychische Zustandsbild recht zutreffend sei. Nachvollziehbar sei auch die Aussage des Gutachters, dass es sich um keinen stabilen, also dauerhaften Zustand handle, sondern dass dieser bei entsprechender Behandlung inkl. beruflicher Rehabilitation auch besserungsfähig sei in einem Zeitraum von ca. sechs Monaten (IVSTA-act. 116).

#### **E. 7.1.5**

Der RAD-Arzt I. \_\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 12. Januar 2015 ergänzend fest, der vom psychiatrischen Gutachter beschriebene Gesundheitsschaden (neurotische Störung) habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits seit 2011 (Suizidversuch im Juli 2011 nach Diskushernie mit nachfolgender Arbeitsunfähigkeit) bestanden, eine ambulante psychiatrische Behandlung sei dann erst ab August 2012 erfolgt und die erste stationäre Behandlung ab Dezember 2012. Kennzeichnend für die Auslösung dieser psychischen Dekompensationen seien die äusseren sozialen Belastungsfaktoren (Arbeitsplatzverlust, Tod des Vaters, drohende Ausweisung, Trennung von der Ehefrau), ohne die die psychischen Dekompensationen mit Verlust bzw. Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wohl nicht aufgetreten wären. Aus den Unterlagen lasse sich der Beginn einer länger anhaltenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seines Erachtens frühestens mit der Aufnahme der psychiatrischen Behandlung im August 2012 belegen, wie dies auch Dr. K. \_\_\_\_\_ beschrieben habe. Für den Zeitraum vom Juli 2011 (Suizidversuch) bis August 2012 besitze man keine medizinischen Berichte, die eine Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen sicher belegen könnten. Dass der Versicherte jedoch im Juli 2011 im Zusammenhang mit einer Diskushernie und einer Arbeitsunfähigkeit einen Suizidversuch unternommen habe, könne als Hinweis angesehen werden, dass der Versicherte bereits damals grosse Schwierigkeiten mit der Bewältigung seiner gesundheitlichen und sozialen Situation gehabt habe (IVSTA-act. 119).

## **E. 7.2**

Die relevante medizinische Aktenlage seit der ursprünglichen Rentenzusprache präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

### **E. 7.2.1**

Nach durchgeführter Echokardiografie (IVSTA-act. 198, S. 5 = 203 [deutsche Übersetzung] = 208, S. 5) diagnostiziert Dr. R. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, S. \_\_\_\_\_, in seinem Bericht vom 8. August 2016 einen Status nach Myokardinfarkt parietis inferioris inferoposterioris pasalis a.a. II, Status nach perkutaner Koronarintervention (PCI) mit Stents in der rechten Herzkranzarterie (RCA), eine koronare Dreifässerkrankung sowie eine stabilisierte Angina pectoris CCS II. Der Belastungstest sei negativ ausgefallen. Es wird eine medikamentöse Therapie mit Aspirin 100 mg, 1 x täglich (Anmerkung: gemeint ist wohl Aspirin Cardio 100 mg, ein Thrombozytenaggregationshemmer, indiziert unter anderem zur Prophylaxe eines Schlaganfalls, Herzinfarktprophylaxe bei sehr hohem kardiovaskulärem Risiko, Reinfarktprophylaxe nach koronarem Bypass, PTCA oder arteriovenösem Shunt bei Dialysepatienten, instabiler Angina pectoris, akutem Myokardinfarkt oder als Prävention von Gefässverschlüssen bei arterieller Verschlusskrankheit, vgl.

<[www.compendium.ch/product/32511-aspirin-cardio-filmtabl-100-mg/mpro](http://www.compendium.ch/product/32511-aspirin-cardio-filmtabl-100-mg/mpro)>, abgerufen am 11. März 2024), Concor 2,5 mg, 1 x täglich (Betablocker, indiziert bei essentieller Hypertonie, Angina pectoris bei koronarer Herzkrankheit, hyperkinetischem Herzsyndrom und bei stabiler chronischer Herzinsuffizienz; vgl. <[www.compendium.ch/product/123950-concor-filmtabl-2-5-mg/mpro](http://www.compendium.ch/product/123950-concor-filmtabl-2-5-mg/mpro)>, abgerufen am 11. März 2024), Lisinopril 5 ½, 1x täglich (ACE-Hemmer, indiziert bei essentieller und renovaskulärer Hypertonie, Stauungsherzinsuffizienz, akutem Herzinfarkt sowie bei normotonen insulinabhängigen und hypertonen insulinunabhängigen Diabetes-mellitus-Patienten mit Mikroalbuminurie; vgl. <[www.compendium.ch/product/1102382-lisinopril-axa-pharm-tabl-5-mg/mpro](http://www.compendium.ch/product/1102382-lisinopril-axa-pharm-tabl-5-mg/mpro)>, abgerufen am 11. März 2024), Atorvastatin 40 mg, 1 x täglich (Lipidsenker, HMG-CoA Reduktasehemmer, indiziert bei primärer oder familiärer Hypercholesterinämie, gemischter Hyperlipidämie sowie zur Primärprävention kardiovaskulärer Ereignisse bei hohem Risiko; vgl.

<[www.compendium.ch/product/1192896-atorvastatin-axapharm-filmtabl-40-mg/product](http://www.compendium.ch/product/1192896-atorvastatin-axapharm-filmtabl-40-mg/product)>, abgerufen am 11. März 2024) sowie einem NTG Spray (Anmerkung: gemeint ist wohl ein Nitroglycerin-Spray) bei Bedarf beschrieben (IVSTA-act. 198, S. 4 = 202 [deutsche Übersetzung] = 208, S. 3).

### **E. 7.2.2**

Im Befund und Gutachten des Gesundheitszentrums N. \_\_\_\_\_, Neuropsychiatrisches Ambulatorium, vom 17. August 2016 stellt Dr. T. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neuropsychiatrie, die Diagnosen einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extremlastung (ICD-10: F62.0), einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.2) und einer anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Der Versicherte sei leicht desorientiert in

Zeit, Raum sowie gegenüber Personen und selbstorientiert. Der Gedankenduktus sei verlangsamt, der Grundaffekt depressiv. Im Bereich der Willens- und Antriebssphäre sei ein offensichtlicher Rückgang der Initiative erkennbar. Die Aufmerksamkeit sei reduziert, was auch auf die mnestischen Funktionen zutrefte. Manchmal habe er das Gefühl, als ob in ihm zwei Personen bestehen würden. Er berichte über das Vorhandensein intrusiver Gedanken und Träume, über eine versteckte Erweckung der Willens- und Antriebssphäre sowie über das Ausweichen jeglicher Ähnlichkeiten mit den traumatischen Erfahrungen aus dem eigenen Leben. Des Weiteren werde beim Versicherten ein permanent chronisches Schmerzsyndrom festgestellt, was eine Folge der Somatisierung sei, derer sich der Versicherte bediene, um die Anpassung und die Verwirrung in der psychischen Sphäre wenigstens ein wenig abzubauen. Aufgrund der Art der psychischen Störung und des ungünstigen klinischen Verlaufs sowie aufgrund der äusserst starken Resistenz gegenüber der medikamentösen Therapie sei er der Ansicht, dass beim Versicherten eine Progression des Verlusts der arbeitsbezogenen und sozialen Fähigkeiten bestehe. Es wird eine Medikation mit Venlafaxin 150 mg, 1 x täglich morgens (Antidepressivum, Serotonin- und Noradrenalin-Reuptake-Hemmer (SNRI), indiziert zur Therapie und Rezidivprophylaxe von Episoden einer Major Depression, generalisierten Angststörung, Panikstörung oder sozialer Phobie, vgl.

<[www.compendium.ch/product/1473102-venlafaxin-spirig-hc-ret-kaps-150-mg](http://www.compendium.ch/product/1473102-venlafaxin-spirig-hc-ret-kaps-150-mg)>, abgerufen am 11. März 2024), Xanax 0,5 mg, 2 x täglich (Anxiolytikum, Benzodiazepin, indiziert zur Behandlung von Angstzuständen, Angstneurosen sowie schweren chronischen Panikstörungen oder der Verminderung von Panikattacken, vgl.

<[www.compendium.ch/product/22004-xanax-tabl-0-5-mg/mpro](http://www.compendium.ch/product/22004-xanax-tabl-0-5-mg/mpro)>, abgerufen am 11. März 2024), Mirtazapin 45 mg, 1 x täglich abends (tetrazyklisches Antidepressivum, indiziert zur Akutbehandlung einer unipolaren depressiven Episode sowie zur Erhaltungstherapie im Falle einer Remission während der Akuttherapie, vgl. <[www.compendium.ch/product/1177652-mirtazapin-streuli-filmtabl-45-mg/mpro](http://www.compendium.ch/product/1177652-mirtazapin-streuli-filmtabl-45-mg/mpro)>, abgerufen am 11. März 2024), und Etol fort 2 x täglich, (Analgetikum, welches den Wirkstoff Etodolac enthält und zur Behandlung schmerzhafter und entzündlicher Erkrankungen, z.B. Arthrose und Arthritis, eingesetzt wird, vgl. <[www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=Etodolac](http://www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=Etodolac)>, abgerufen am 11. März 2024) beschrieben. Es wäre wünschenswert, den Versicherten in eine Selbsthilfegruppe aufzunehmen (IVSTA-act. 198, S. 1 f. = 200 [deutsche Übersetzung] = 208, S. 1 f.)

### **E. 7.2.3**

Im Bericht mit Befund und Gutachten des Arztes der primären Gesundheitsversorgung vom 19. August 2016, Arztstempel unlesbar, werden nachfolgende Diagnosen genannt (IVSTA-act. 198, S. 6 f. = 204 [deutsche Übersetzung]): - Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) - Rezidivierende depressive Störung (F33.2) - Anhaltende Schmerzstörung (F45.4) - Status nach infarctum myocardii paritis inferioris inferoposterioris pasalis a.a. II - Status nach PCI cum stenti in RCA - Koronare Dreifässerkrankung - Angina pectoris stabilis CCS II Der Versicherte sei bei Bewusstsein, bewegungsfähig, kommunikativ, mit gutem osteomuskulärem Bau und Ernährungszustand, einem psychisch bedingt vernachlässigten Erscheinungsbild, verlangsamttem Gedankenlauf und depressivem Aussehen. Es bestehe eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der Versicherte sei unfähig, sowohl geschäftliche als auch nichtgeschäftliche Tätigkeiten auszuüben.

#### **E. 7.2.4**

In ihrem Bericht vom 25. August 2016 führte Dr. U.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Familienmedizin, N.\_\_\_\_\_, aus, der Versicherte beschwerte sich seit längerer Zeit über Schmerzen in den Knien sowie im Bereich der Lendenwirbelsäule. Des Weiteren trete gelegentlich ein Schmerz im Brustkorb und im Epigastrium auf. Er habe zudem Schwindelanfälle. Diagnostiziert werden ein Status nach Myokardinfarkt, eine stabilisierte Angina pectoris, ein LWS-Syndrom, ein cervikobrachiales Syndrom sowie ein Cubital-Syndrom linksseitig. Im Weiteren werden die Folgenden durch den Psychiater gestellten Diagnosen erwähnt: andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62), depressive Episode (ICD-10: F32), somatoforme Störung (ICD-10: F45) (IVSTA-act. 198, S. 3 = 201 [deutsche Übersetzung] = 208, S. 4).

#### **E. 7.2.5**

In ihrem Schlussbericht vom 21. November 2016 führte die RAD-Ärztin Dr. L.\_\_\_\_\_, Fachärztin Innere Medizin FMH, aus, aus den vorgelegten Berichten gehe ein Status nach Herzinfarkt 2014 mit echokardiografisch nachgewiesener Narbe und Herzwandstörung hervor. Die Belastung sei negativ, subjektiv sei der Versicherte praktisch beschwerdefrei. Rein aus kardialer Sicht könne bei fehlendem Hinweis auf Angina pectoris oder Herzrhythmusstörung eine leichte, stressarme Arbeit in ausgeglichenem Raumklima als möglich erachtet werden. Weiter bestünden Schmerzen im Bereich Rücken, für welche ein gewisses somatisches Korrelat bestehe, und Knie. Bereits 2014 sei aus orthopädischer Sicht eine leichte Arbeit als möglich gesehen worden. Am einschränkendsten sei die weiter bestehende psychische Erkrankung. Der Versicherte zeige ein depressives Zustandsbild, welches trotz Medikation zu einer sozialen Isolation und Vernachlässigung geführt habe. Die Belastung durch die Kriegsgeschehnisse sei nach wie vor vorhanden. Geschildert würden eine bleibende und auch umgesetzte Suizidalität, Schuldgefühle, Apathie, Antriebslosigkeit und verlangsamtes Denken. Der Bericht (Anmerkung: gemeint ist wohl IVSTA-act. 198, S. 1 f. = 200 [deutsche Übersetzung] = 208, S. 1 f.; E. 7.2.2 hiervor) sei nicht umfassend, Angaben zum Tagesablauf und Beschrieb von innerfamiliären oder anderen sozialen Interaktionen fehlten. Im psychiatrischen Gutachten vom 15. Juli 2014 habe der Gutachter eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % gefunden, diagnostisch habe er eine neurotische Störung (ICD-10: F48.9) gesehen. Nach Lektüre der früheren Berichte seien die misstrauische Haltung, der verminderte Antrieb, Schlafstörungen, Stimmenhören und sozialer Rückzug bereits vorhanden gewesen. Eine Verschlechterung könne aus dem vorgelegten neuropsychiatrischen Bericht nicht abgeleitet werden (IVSTA-act. 209).

#### **E. 7.2.6**

Dem Entlassungsbericht des Kantonsspitals V.\_\_\_\_\_, (...), vom 31. März 2017, unterzeichnet durch Dres. W.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neuropsychiatrie, und X.\_\_\_\_\_, Facharzttitel unlesbar, betreffend den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 28. bis 31. März 2017 ist die Diagnose einer psychischen und Verhaltensstörung durch Sedativa oder Hypnotika (ICD-10: F13) zu entnehmen. Der Versicherte sei nach seiner Detoxikation aus dem Notfallzentrum eingeliefert worden. Er habe im Laufe des Abends eine grosse Menge Tabletten geschluckt, und zwar 100 Tabletten Tramal und Paracetamol. Im N.\_\_\_\_\_ habe er eine Magenspülung erhalten, ebenso in (...), woraufhin er ins Kantonsspital Y.\_\_\_\_\_ überwiesen worden sei. Der Beschwerdeführer führe an, er sei vor mehreren Jahren in der Schweiz «an den Nerven» behandelt worden, seit längerer Zeit

nehme er keine Medikamente mehr ein und er habe auch nicht das Bedürfnis gehabt, sich von einem Psychiater behandeln zu lassen. Jetzt durchlebe er eine Krise und wolle sich umbringen, weil er alleine lebe, aber nach all dem «werde er das niemals wieder machen». Er sei bei Bewusstsein, orientiert und kontaktbereit. Seine Gedankengänge seien normal, er zeige keine psychotischen Symptome, negiere Wahnvorstellungen, schlechte Gemütsstimmung und verneine derzeitige Suizidendenzen. Er leide an einer depressiven Störung. Der Versicherte sei in Eigenverantwortung und freiwillig in die häusliche Pflege entlassen worden (IVSTA-act. 227 = 230 [deutsche Übersetzung]).

#### **E. 7.2.7**

Die RAD-Ärztin Dr. L. \_\_\_\_\_ hielt mit Stellungnahme vom 20. Juli 2020 fest, dass aus somatischen Gründen zumindest 2017 keine Veränderung berichtet worden sei anlässlich des Suizidversuchs. Die psychische Situation sei mit guter Wahrscheinlichkeit unverändert, es solle aber mindestens ein aktuellerer psychiatrischer Bericht eingeholt werden (IVSTA-act. 233).

#### **E. 7.2.8**

Im Befund und Gutachten N. \_\_\_\_\_, Neuropsychiatrisches Ambulatorium, unterzeichnet durch Dr. T. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neuropsychiatrie, vom 18. September 2020 werden die Diagnosen einer andauernden Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0), einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.40) sowie einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.2) genannt. Der Beschwerdeführer habe sich bei der Untersuchung leicht konfus, zwar zeitlich schlecht, aber räumlich und gegenüber Personen normal orientiert, gezeigt. Offensichtlich sei ein Abfall der Initiative im Bereich Antriebswille, er scheine ausgesprochen apathisch, anhedonisch, in Konzentration und Erinnerungsvermögen abgeschwächt. Zeitweise zeigten sich intrusive Symptome, Fluchtreaktionen, ein verstärkter Antrieb und eine negative kognitive Interpretation. Elemente eines präsuizidalen Syndroms seien vorhanden. Er zeige keinerlei Initiative, irgendwelche Handlungen zu unternehmen. Hinsichtlich seiner Mentalstruktur sei es bei ihm zu einem völligen Zusammenbruch der Wertematrix der Sinnhaftigkeit des Lebens gekommen. Es wird eine medikamentöse Behandlung mit Zoloft 100 mg, 1x täglich (Antidepressivum, selektiver Serotonin-Reuptake-Hemmer [SSRI], indiziert zur Behandlung von leichten bis mittelschweren Depressionen, Zwangsstörungen, Panikstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen sowie sozialer Phobie, vgl. <<https://compendium.ch/product/1033516-zoloft-filmtabl-50-mg/mpro>>, abgerufen am 11. März 2024), Eglonyl 50 mg, 2 x täglich (Neuroleptikum mit dem Wirkstoff Sulpirid, der zur Behandlung der Schizophrenie, schweren Verhaltensstörungen bei Alkoholkonsum und Geistesschwäche, neurotischen Zuständen, wie auch in gewissen Ländern zur Behandlung von Schwindel und bei depressiven Störungen eingesetzt wird; vgl. <[www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=sulpirid](http://www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=sulpirid)>; <[www.mediatelly.co/hr/drugs/RRpOSZxoAUlq2SICQriWwJdpcYU/eglo-nyl-50-mg-tvrde-kapsule](http://www.mediatelly.co/hr/drugs/RRpOSZxoAUlq2SICQriWwJdpcYU/eglo-nyl-50-mg-tvrde-kapsule)>, beide abgerufen am 11. März 2024), Xanax 0.5 mg, 1 x täglich abends, Nalgesin forte, 2 x täglich (Analgetikum, welches den Wirkstoff Naproxen Sodium enthält vgl. <[https://www.krka.ba/media/products/ba/rx/gen\\_pdf/2022/Nalgesin\\_forte\\_PIL.pdf](https://www.krka.ba/media/products/ba/rx/gen_pdf/2022/Nalgesin_forte_PIL.pdf)>; <[www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=Naproxen](http://www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=Naproxen)>, beide abgerufen am 11. März 2024), und Quetiapin 25 mg, 2 x täglich (Atypisches Neuroleptikum, indiziert zur Behandlung von Schizophrenie sowie manischen und depressiven Episoden bei bipolaren Störungen inklusive Rezidivprophylaxe, vgl.

<[www.compendium.ch/product/1236393-quetiapin-spirig-hc-filmtabl-25-mg/mpro](http://www.compendium.ch/product/1236393-quetiapin-spirig-hc-filmtabl-25-mg/mpro)>, abgerufen am 11. März 2024) beschrieben (IVSTA-act. 239 = 241 [deutsche Übersetzung] = 242).

### **E. 7.2.9**

In ihrer Stellungnahme vom 1. Dezember 2020 führte die RAD-Ärztin Dr. L. \_\_\_\_\_ aus, aus dem vorgelegten Bericht N. \_\_\_\_\_ vom 18. September 2020 (IVSTA-act. 239 = 241 [deutsche Übersetzung] = 242) komme ein weiterhin in psychiatrischer Behandlung stehender Versicherter mit nach wie vor erheblichen Symptomen zur Darstellung. Eine Verbesserung sei nicht eingetreten und werde mit grosser Wahrscheinlichkeit auch nicht eintreten, weder somatisch noch psychisch (IVSTA-act. 244).

### **E. 7.2.10**

Die RAD-Ärztin Dr. M. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zertifizierte medizinische Gutachterin SIM, Fähigkeitsausweis Vertrauensärztin, nahm am 11. Dezember 2020 zum Bericht N. \_\_\_\_\_ vom 18. September 2020 (IVSTA-act. 239 = 241 [deutsche Übersetzung] = 242) Stellung. Dieser Bericht stelle wiederum die Diagnosen einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0), einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.2). Die RAD-Ärztin kam zum Schluss, dass die Klagen des Versicherten unspezifisch seien und sich bei der Untersuchung Somatisierungen zeigten. Eine Verschlechterung sei aus dem Bericht nicht zu erkennen (IVSTA-act. 246).

## **E. 8**

Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1, AS 1964 161, nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) in Kraft und kommt hier zur Anwendung (vgl. Urteil des BGer 9C\_385/2011 vom 8. August 2011 E. 2; Urteil des BVGer C-1645/2020 vom 29. Dezember 2021 E. 3.2). Nach Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört (Bst. a ii), einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Sozialversicherungsabkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Demnach beantwortet sich die Frage, ob die Vorinstanz den Anspruch auf eine Erhöhung der bisher ausgerichteten halben Invalidenrente zu Recht verneint hat, – gleich wie auch im Anwendungsbereich des am 1. September 2021 in Kraft getretenen Abkommens vom 1. Oktober 2018 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und Bosnien und Herzegowina über Soziale Sicherheit (SR 0.831.109.191.1) – allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 4).

### **E. 8.1**

Die Vorinstanz leitete das Rentenrevisionsverfahren im Jahr 2020 von Amtes wegen ein (IVSTA-act. 218). In medizinischer Hinsicht stützte sich die im Rahmen dieses Revisionsverfahrens ergangene Verfügung vom 8. März 2021 im Wesentlichen auf die Aktenbeurteilungen der RAD-Ärztinnen Dres. L. \_\_\_\_\_ vom 20. Juli 2020 (IVSTA-act.

223) sowie vom 1. Dezember 2020 (IVSTA-act. 244) und M.\_\_\_\_\_, vom 11. Dezember 2020 (IVSTA-act. 246). Weder sei eine Verbesserung noch eine Verschlechterung zu erkennen. Dr. M.\_\_\_\_\_ ging insbesondere davon aus, dass die Klagen des Versicherten unspezifisch seien und sich bei der Untersuchung Somatisierungen zeigten.

### **E. 8.2.1**

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD Urteile des BGer 9C\_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C\_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

### **E. 8.2.2**

Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit

C-1518/2021 Seite 28 Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C\_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

### **E. 8.3**

Zu prüfen ist somit, ob die vorliegenden medizinischen Akten dem RAD erlaubten, sich ein Bild über eine allfällige invaliditätsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zu machen, und ob seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind.

#### **E. 8.3.1**

Zunächst ist in Bezug auf die Stellungnahmen von Dr. L. \_\_\_\_\_ vom 20. Juli 2020 (IVSTA-act. 223) sowie vom 1. Dezember 2020 (IVSTA-act. 244) festzuhalten, dass die RAD-Ärztin als Fachärztin für Innere Medizin nicht über den für die Beurteilung der psychiatrischen Beschwerden des Beschwerdeführers erforderlichen Facharztstitel verfügt. Auf die entsprechenden Einschätzungen von Dr. L. \_\_\_\_\_ kann deshalb nicht abgestellt werden (vgl. hierzu Urteile des BGer 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1; 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

### **E. 8.3.2**

In rein psychisch-psychiatrischer Hinsicht erfolgt die durch Dr. M. \_\_\_\_\_ vorgenommene Feststellung eines unveränderten gesundheitlichen Zustands zwar durch eine Gegenüberstellung des vergangenen und des aktuellen Zustands. Allerdings setzt sich die RAD-Ärztin in ihrer äusserst knappen Stellungnahme nicht vertieft mit den gestellten Diagnosen auseinander, sondern begnügt sich mit der pauschalen Feststellung eines unveränderten Zustands. So zeigt sich, dass zwar die Diagnosen einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10:

C-1518/2021 Seite 29 F62.0), einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) sowie einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.2) bereits in diversen Arztberichten vor der ursprünglichen Rentenzusprache genannt wurden, diese Berichte dem psychiatrischen Gutachter Dr. K. \_\_\_\_\_ vorlagen und die Diagnosen zum damaligen Zeitpunkt gemäss letzterem nicht objektiviert werden konnten (IVSTA-act. 112; vgl. auch die RAD-Stellungnahme vom 16. Dezember 2014 [IVSTA-116]). Vielmehr erfolgte die Zusprache der Rente ausschliesslich aufgrund der Diagnose einer nicht näher bezeichneten, neurotischen Störung (ICD-10: F48.9; [vgl. IVSTA-act. 112]). Mit Blick auf den langen Zeitablauf, die in den Akten genannte Medikation (Zoloft 100 mg, 1x täglich, Eglonyl 50 mg, 2 x täglich, Xanax 0.5 mg, 1 x täglich abends, Nalgesin forte, 2 x täglich, und Quetiapin 25 mg, 2 x täglich; [vgl. IVSTA-act. 239 = 241 = 242]) sowie den erneuten Suizidversuch am 28. März 2017 (IVSTA-act. 227 = 230 [deutsche Übersetzung]) wäre im Revisionsverfahren zweifellos eine psychiatrische Begutachtung erforderlich gewesen. Die (kurze) Stellungnahme der RAD-Ärztin beruht weder auf einer vertieften Auseinandersetzung mit den Akten noch einer für das Gericht nachvollziehbaren Schlussfolgerung. Insbesondere vor den Ausführungen des Gutachters Dr. K. \_\_\_\_\_ sowie des RAD-Arztes I. \_\_\_\_\_, wonach kennzeichnend für eine Auslösung der psychiatrischen Dekompensationen die äusseren sozialen Belastungsfaktoren (Arbeitsplatzverlust, Tod des Vaters, drohende Ausweisung, Trennung von der Ehefrau) gewesen seien, ohne die die psychischen Dekompensationen mit Verlust bzw. Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wohl nicht aufgetreten wären (vgl. IVSTA-act. 119), kann die nunmehr (erneute) Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nicht ohne Weiteres als unveränderter Zustand betrachtet werden, haben sich doch die damals als massgebend bezeichneten Lebensumstände des Beschwerdeführers zwischenzeitlich verändert. Wohl führt eine abweichende medizinische Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen nicht zu einer materiellen Revision (vgl. E. 4.7.3 hiavor). Indessen kann es – insbesondere bei psychischen Erkrankungen – nicht bei einem pauschalen Verweis auf die frühere Diagnosestellung sein Bewenden haben. Wenn im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache keine rezidivierende depressive Störung und/oder eine anhaltende Schmerzstörung objektiviert werden konnten, ist eine entsprechende erneute Diagnosestellung in einem späteren Zeitpunkt als Veränderung des Gesundheitszustandes

zu sehen, was eine umfassende Abklärung zur Folge haben muss (vgl. E. 4.7.4 hier- vor). Wird hiervon abgesehen, ist dies in für das Gericht nachvollziehbarer und schlüssiger Weise unter Darlegung der unveränderten Verhältnisse zu begründen.

C-1518/2021 Seite 30

### **E. 8.3.3**

Sodann erlauben auch die Arztberichte von Dr. T.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neuropsychiatrie, N.\_\_\_\_\_, vom 17. August 2016 (vgl. E. 7.2.2) so- wie vom 18. September 2020 (vgl. E. 7.2.8) oder der Entlassungsbericht des Kantonsspitals V.\_\_\_\_\_, (...), vom 31. März 2017 (vgl. E. 7.2.6), keine abschliessende Beurteilung, da diese den Anforderungen an beweiswertige medizinische Entscheidungsgrundlagen nicht genügen. Insbesondere enthalten diese keine Ausführungen, ob und wie sich die psychischen Er- krankungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken, und der Verlauf des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht seit Juni 2015 bleiben mangels fachärztlicher Be- richte mit Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit unklar. Überdies kann nicht ausser Acht gelassen werden, dass behandelnde Ärzte im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. Urteil des BGer 8C\_653/2019 vom 8. Januar 2019 E. 4.2 mit Hinweisen).

### **E. 8.3.4**

Weiter ist festzuhalten, dass Dr. M.\_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer nicht persönlich untersuchte. Zwar steht dieser Umstand der Beweiskraft der RAD-Stellungnahme grundsätzlich nicht entgegen. Da jedoch kein ak- tueller, lückenloser und fachärztlicher Untersuchungsbefund resp. ein voll- ständiges Bild über den Verlauf und den gegenwärtigen Status in psychi- atrischer Hinsicht vorliegt und es nicht bloss um die fachärztliche Beurtei- lung eines (aktuellen) beweiskräftigen medizinischen Dokuments zu einem an sich feststehenden medizinischen Sachverhalt geht, kann darauf nicht abgestellt werden.

### **E. 8.3.5**

In somatischer Hinsicht geht aus den vorinstanzlichen Akten hervor, dass im Bericht vom Dr. R.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, S.\_\_\_\_\_, vom 8. August 2016, eine stabilisierte Angina pectoris CCS II diagnostiziert wird (IVSTA-act. 198, S. 4 = 202 [deutsche Übersetzung] = 208, S. 3). Dies gilt ebenso im Bericht mit Befund und Gutachten des Arz- tes der primären Gesundheitsversorgung vom 19. August 2016 (IVSTA- act. 198, S. 6 f. = 204 [deutsche Übersetzung]) sowie von Dr. U.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Familienmedizin, N.\_\_\_\_\_, vom 25. August 2016 (IVSTA- act. 198, S. 3 = 201 [deutsche Übersetzung] = 208, S. 4). Diese Diagnose ist insbesondere mit Blick auf den Austrittsbericht des Stadtpitals Z.\_\_\_\_\_ vom 18. Juli 2014 neu. Während im vorgenannten Bericht eine koronare Dreigefässerkrankung diagnostiziert wurde, wurde eine Angina pectoris explizit verneint (vgl. IVSTA-act. 112, S. 28 f.). Die RAD-Ärztin Dr. L.\_\_\_\_\_ hielt hierzu in ihrer mit Blick auf den Zeitablauf zwischenzeitlich veralteten Stellungnahme vom 21. November 2016 fest, dass rein aus kar-

C-1518/2021 Seite 31 dialer Sicht bei fehlendem Hinweis auf eine Angina pectoris oder auf Herz- rhythmusstörungen eine leichte, stressarme Arbeit in ausgeglichenem Raumklima als möglich erachtet werden könne (IVSTA-act. 209). Diese Einschätzung ist mit Blick auf die genannten Akten und die dortig ausdrück- lich genannte Diagnose einer stabilisierten

Angina pectoris nicht nachvoll- ziehbar.

### **E. 8.3.6**

Schliesslich ist mit Blick auf die im H. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 15. April 2014 genannte Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eines intermittierenden Schmerzsyndroms festzustellen, dass es, obwohl die ursprüngliche Rentenzusprache insbesondere auf den psychischen Beeinträchtigungen basierte (vgl. E. 7.1 hiervor), nicht gerechtfertigt er- scheint, im Rahmen des vorliegend zu beurteilenden Revisionsverfahrens die psychischen Befunde und deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Er- werbsfähigkeit isoliert abzuklären. Dies gilt insbesondere auch vor dem Hintergrund der (erneuten) psychiatrischen Diagnosestellung einer anhal- tenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.40 [vgl. E. 7.2.8 hier- vor]). Fehlt es wie vorliegend an ausreichenden somatischen Abklärungen, erscheint dies insofern problematisch, als es vor Stellung einer Diagnose aus dem Formenkreis der somatoformen Störungen (ICD-10: F45) sachlo- gisch notwendig erscheint, hinreichende organmedizinische Ursachen für die geklagten Beschwerden auszuschliessen, was auch der Praxis ent- spricht. HENNINGSEN etwa postuliert diesbezüglich ein «Zwei-Stufen-Mo- dell» der psychosomatischen Begutachtung, wobei es auf der ersten Stufe immer um die Prüfung einer möglichen organischen Erklärbarkeit der Be- schwerden gehe. Diese Aufgabe übernehme der somatische Fachgutach- ter oder Vorbehandler. Stellten sich organmedizinisch nicht erklärbare In- konsistenzen von subjektiv erlebten Beschwerden und somatischen Befun- den ein und / oder ergäben sich positive Hinweise auf ein psychisches/psy- chosomatisches Geschehen, müssten diese Inkonsistenzen im weiteren Verlauf diagnostisch durch den psychosomatischen Facharzt abgeklärt werden. Dieser müsse zunächst einen Überblick über die bereits gelaufene somatische Diagnostik gewinnen. Sei hier kompetent geklärt worden, dass die Beschwerden nicht ausreichend organisch erklärbar seien, werde diese Feststellung für das psychosomatische Gutachten übernommen (HEN- NINGSEN/SCHICKEL, in: Begutachtung bei psychischen und psychosomati- schen Erkrankungen, Schneider et al [Hrsg.], 2. Aufl. 2016, S. 310 Rz. 15.1; vgl. auch die Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie [SGPP] vom 16. Juni 2016 S. 14).

C-1518/2021 Seite 32

### **E. 8.3.7**

Im Weiteren ist wiederholend darauf hinzuweisen, dass die bei sämt- lichen psychiatrischen Diagnosen anzuwendende Indikatorenrechtspre- chung eine Gesamtbetrachtung erfordert, wobei sich die Arbeitsunfähigkeit aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen ableitet (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1; vgl. auch BGE 143 V 418 E. 5.2 ff.). Unter dem Indikator Komorbidität hat eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der diagnostizierten anhaltenden Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen zu erfolgen. In Präzisierung von BGE 141 V 281 fallen alle Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbiditäten in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (Urteil des BGer 9C\_21/2017 vom 22. Februar 2018 E. 5.2.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Im Sinne der geforder- ten Gesamtbetrachtung hätten die somatischen Störungen des Beschwer- deführers, was eine entsprechende Abklärung voraussetzt, in die Ressour- cenbeurteilung miteinbezogen

werden müssen, was jedoch nicht gemacht wurde bzw. mangels ausreichender Abklärungen auch nicht gemacht werden konnte. Die RAD-Ärztinnen beschränkten sich damit, die (erneut) gestellte Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD- 10: F45.40) mit Blick auf die bereits bekannten Arztberichte als unveränderten Zustand zu bezeichnen, ohne dass ihnen die hierfür nötigen, aktuellen somatischen Abklärungen vorlagen.

#### **E. 8.4**

Aufgrund der Berichte der behandelnden (Fach-)Ärzte liegen Hinweise dafür vor, dass sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers seit Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 12. Juni 2015 verschlechtert hat. Da sich in den medizinischen Akten aber keine aktuellen, lückenlosen psychiatrischen, rheumatologischen, orthopädischen und kardiologischen Untersuchungsbefunde finden, war es den versicherungssicherten Ärztinnen nicht möglich, ein vollständiges Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zu erlangen. Vielmehr wäre angesichts der Aktenlage und der Möglichkeit des Zusammenwirkens von somatischen und psychischen Beeinträchtigungen zumindest eine polydisziplinäre Verlaufsbeurteilung in der Schweiz in den medizinischen Fachdisziplinen Psychiatrie und Psychotherapie, Rheumatologie/Orthopädie, und Kardiologie durchzuführen gewesen, um den aktuellen, gesamtmedizinischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit sowie allfällige medizinische Veränderungen gegenüber dem Zeitpunkt der Rentenzusprache unter Berücksichtigung sämtlicher bisher verfassten ärztlichen Berichte rechtsgenügend abzuklären (vgl. hierzu Urteil des BVerfG C-2875/2014 vom

C-1518/2021 Seite 33 8. September 2016 E. 3.3.5 mit Hinweis auf die Urteile des BVerfG 8C\_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2 und 8C\_189/2008 vom 4. Juli 2008 E.5 mit Hinweisen). Gemäss BGE 141 V 281 soll dabei nicht die Diagnose, sondern der Nachweis der Beeinträchtigung mit Hilfe von Indikatoren im Fokus der Beurteilung stehen. Im Übrigen dient eine rechtsgenügende und umfassende, nicht bloss monodisziplinäre Beurteilung auch zukünftigen Rentenrevisionen als äusserst taugliche und verwertbare Vergleichsbasis. 9. Nach dem Dargelegten ist zusammenfassend festzustellen, dass der rechtserhebliche Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt worden ist (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG). Die vorliegenden medizinischen Berichte und Stellungnahmen im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG der Dres. L. \_\_\_\_\_ und M. \_\_\_\_\_ vermögen mit Blick auf die gesamtmedizinische Situation mangels voller Beweiskraft keine abschliessende Beurteilungsgrundlage zu bilden, sondern geben Anlass zu weitergehenden medizinischen Abklärungen. 9.1 Die angefochtene Verfügung ist deshalb aufzuheben. Nachdem die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), wenn die Vorinstanz im Revisionsverfahren – wie vorliegend – noch kein versicherungsexternes Gutachten eingeholt hat (vgl. Urteil des BVerfG 9C\_450/2015 vom 29. März 2016 E. 4.2.2; Urteile des BVerfG C-4329/2014 vom 11. Januar 2017 E. 10.2, C-5000/2014 vom 21. Oktober 2016 E. 7 und C-4265/2014 vom 21. Januar 2016 E. 7). 9.2 Nach einer

Aktualisierung der medizinischen Akten ist eine Begutachtung in den Fachdisziplinen Psychiatrie und Psychotherapie, Rheumatologie/Orthopädie und Kardiologie angezeigt. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemessen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des

C-1518/2021 Seite 34 BGer 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1; Urteil des BVGer C-2820/2019 vom 18. Januar 2021 E. 9.4). 9.3 9.3.1 Mit der polydisziplinären Begutachtung kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1; Urteil des BVGer C-2713/2015 vom 13. Oktober 2016 E. 5.1). Die gutachterliche Beurteilung der psychischen Leiden des Beschwerdeführers und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat dabei in Anwendung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu erfolgen, wobei unter dem Indikator Komorbidität im Sinne einer Gesamtbetrachtung auch allfällige im konkreten Fall ressourcenhemmende Wechselwirkungen der verschiedenen Störungen zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 418 E. 6 ff.; 141 V 281 E. 3.6 ff.; Urteil des BGer 9C\_21/2017 E. 5.2.1). Weiter hat das polydisziplinäre Gutachten die Anforderungen an ein Revisionsgutachten zu erfüllen und insbesondere einen Zustandsvergleich zu enthalten. 9.3.2 Betreffend den zu beurteilenden Zeitraum haben die Gutachter sinnvollerweise die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bis zum Zeitpunkt der Begutachtung miteinzubeziehen. Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.2 f.). 9.3.3 Um eine vollständige und umfassende Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu ermöglichen, ist die Durchführung der polydisziplinären medizinischen Begutachtung in der Schweiz unumgänglich, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (Urteil des BGer 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil C-2820/2019 E. 9.5 m.H.). Gründe, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen, sind vorliegend keine ersichtlich. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (BGE 139 V 349 E. 5.2.1), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt. Dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

C-1518/2021 Seite 35 10. Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerde insoweit gutzuheissen ist, als die angefochtene Verfügung vom 8. März 2021 aufgehoben und die Streitsache zur Durchführung ergänzender Abklärungen und zur Neubeurteilung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird. 11. Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

## **E. 9**

Nach dem Dargelegten ist zusammenfassend festzustellen, dass der rechtserhebliche Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt worden ist (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG). Die vorliegenden medizinischen Berichte und Stellungnahmen im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG der Dres. L. \_\_\_\_\_ und M. \_\_\_\_\_ vermögen mit Blick

auf die gesamtmedizinische Situation mangels voller Beweiskraft keine abschliessende Beurteilungsgrundlage zu bilden, sondern geben Anlass zu weitergehenden medizinischen Abklärungen.

### **E. 9.1**

Die angefochtene Verfügung ist deshalb aufzuheben. Nachdem die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), wenn die Vorinstanz im Revisionsverfahren - wie vorliegend - noch kein versicherungsexternes Gutachten eingeholt hat (vgl. Urteil des BGer 9C\_450/2015 vom 29. März 2016 E. 4.2.2; Urteile des BVGer C-4329/2014 vom 11. Januar 2017 E. 10.2, C-5000/2014 vom 21. Oktober 2016 E. 7 und C-4265/2014 vom 21. Januar 2016 E. 7).

### **E. 9.2**

Nach einer Aktualisierung der medizinischen Akten ist eine Begutachtung in den Fachdisziplinen Psychiatrie und Psychotherapie, Rheumatologie/Orthopädie und Kardiologie angezeigt. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1; Urteil des BVGer C-2820/2019 vom 18. Januar 2021 E. 9.4).

### **E. 9.3.1**

Mit der polydisziplinären Begutachtung kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1; Urteil des BVGer C-2713/2015 vom 13. Oktober 2016 E. 5.1). Die gutachterliche Beurteilung der psychischen Leiden des Beschwerdeführers und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat dabei in Anwendung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu erfolgen, wobei unter dem Indikator Komorbidität im Sinne einer Gesamtbetrachtung auch allfällige im konkreten Fall ressourcenhemmende Wechselwirkungen der verschiedenen Störungen zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 418 E. 6 ff.; 141 V 281 E. 3.6 ff.; Urteil des BGer 9C\_21/2017 E. 5.2.1). Weiter hat das polydisziplinäre Gutachten die Anforderungen an ein Revisionsgutachten zu erfüllen und insbesondere einen Zustandsvergleich zu enthalten.

### **E. 9.3.2**

Betreffend den zu beurteilenden Zeitraum haben die Gutachter sinnvollerweise die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bis zum Zeitpunkt der Begutachtung miteinzubeziehen. Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.2 f.).

### **E. 9.3.3**

Um eine vollständige und umfassende Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu ermöglichen, ist die Durchführung der polydisziplinären medizinischen Begutachtung in der Schweiz unumgänglich, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (Urteil des BGer 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil C-2820/2019 E. 9.5 m.H.). Gründe, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen, sind vorliegend keine ersichtlich. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (BGE 139 V 349 E. 5.2.1), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt. Dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

### **E. 10**

Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerde insoweit gutzuheissen ist, als die angefochtene Verfügung vom 8. März 2021 aufgehoben und die Streitsache zur Durchführung ergänzender Abklärungen und zur Neubeurteilung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

### **E. 11**

September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV [SR 830.11]; jeweils Stand am 1. Januar 2021). Sie werden im Folgenden denn auch in dieser Fassung zitiert. 4. 4.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 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). 4.2 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). 4.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person bei einer Invalidität von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente sowie bei einer Invalidität von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente sowie bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13

ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen.

C-1518/2021 Seite 10 Vorliegend wurde die halbe Invalidenrente des Beschwerdeführers revidiert, weshalb die Frage einer abweichenden Regelung im Sozialversicherungsabkommen mit Bosnien und Herzegowina nicht zu prüfen ist. 4.4 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGER 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen). 4.5 Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (BGE 135 V 465 E. 4.5; Urteil des BGER 8C\_56/2013 vom

### **E. 11.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6), so dass dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Damit bleibt die mit Zwischenverfügung vom 27. September 2021 gewährte unentgeltliche Rechtspflege ohne Rechtswirkung. Der Vorinstanz sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 11.2**

Dem nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind keine verhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG).

C-1518/2021 Seite 36

### **E. 16**

Juli 2013 E. 2). 4.6 4.6.1 Die Prüfung, ob eine psychische Erkrankung eine rentenbegründende Invalidität zu begründen vermag, hat grundsätzlich anhand eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (BGE 143 V 409 E. 4.5; 143 V 418 E.

6 ff.). Diese neue Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle an- zuwenden (vgl. Urteil des BGer 8C\_756/2017 vom 7. März 2018 E. 4 mit weiterem Hinweis) und somit auch im vorliegenden Fall massgebend.

C-1518/2021 Seite 11 4.6.2 Ausgangspunkt dieser Prüfung und erste Voraussetzung für eine An- spruchsberechtigung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diag- nose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebli- che Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rah- men einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regel- mässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leis- tungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung be- ruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 und E. 2.2.1). 4.6.3 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine ver- sicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt auf der zweiten Ebene an- hand eines normativen Prüfungsrahmens mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichti- gung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreich- baren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schwe- regrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprä- gung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persön- lichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychi- sche Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kate- gorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Fak- toren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen ver- gleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliede- rungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). 4.6.4 Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne beurteilt sich nach dem konkreten Beweisbedarf (BGE 145 V 215 E. 4.3; 143 V 418 E. 7.1). 4.7 4.7.1 Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 3.6), ist am 1. Januar 2022 das Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (Weiterentwicklung der IV, BBl 2020 5535, Änderung vom 19. Juni 2020) in Kraft getreten. Für Ren-

C-1518/2021 Seite 12 tenbezügerinnen und -bezüger, welche beim Inkrafttreten des Bundesge- setzes über die Invalidenversicherung das 55. Altersjahr vollendet haben, gilt weiterhin das bisherige Recht (Übergangsbestimmung IVG zur Ände- rung vom 19. Juni 2020 Bst. c). Dies bedeutet einerseits, dass diese Per- sonen bis zu ihrem Ausscheiden aus der Invalidenversicherung im alten Rentensystem mit den Viertelsrentenstufen verbleiben, und andererseits, dass auch die materiell-rechtlichen Bestimmungen anwendbar bleiben, die bis zum Inkrafttreten der Weiterentwicklung IV gültig waren. Dies betrifft insbesondere die Bestimmungen zur Invaliditätsbemessung und auch die Voraussetzungen für eine Revision der Leistung (Art. 17 Abs. 1 ATSG, in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung; erläuternder Bericht des BSV vom 3. November 2021, S. 72; vgl. für die seit 1. Januar 2022 geltende Fassung: AS 2021 705 Anhang III). 4.7.2 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft ent- sprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). 4.7.3

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3; 130 V 343 E. 3.5).

4.7.4 Bei der materiellen Prüfung der Rentenrevision sind zwei Schritte zu unterscheiden: Zunächst ist zu untersuchen, ob ein Revisionsgrund in Form einer für den Anspruch erheblichen Veränderung des Sachverhaltes vorliegt. Trifft dies nicht zu, so bleibt es beim bisherigen Rechtszustand, und eine neue Invaliditätsbemessung ist nicht notwendig. Ist demgegenüber ein Revisionsgrund ausgewiesen, hat eine aktuelle Prüfung des Rentenanspruchs zu erfolgen, welche sich an den im Revisionszeitpunkt geltenden Regeln und Massstäben orientiert (vgl. dazu BGE 141 V 9 E. 2.3;

C-1518/2021 Seite 13 THOMAS FLÜCKIGER, in: Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, Art. 17 N. 18 f.). Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Veränderung muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sein (Urteil des BGE 9C\_698/2012 vom 3. Mai 2013 E. 2.3). Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ist dagegen eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteile des BGE 9C\_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1; 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.1).

4.7.5 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; 130 V 343 E. 3.5.2).

4.8 Nach Art. 88a Abs. 2 IVV ist eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, oder eine Zunahme der Hilflosigkeit oder Erhöhung des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat. In Art. 88a IVV wird konkretisiert, welche Dauer oder Intensität die Sachverhaltsänderung aufweisen muss, um revisionsrechtlich relevant zu werden. Dabei handelt es sich letztlich um Konkretisierungen des für den Rentenanspruch massgebenden Invaliditätsbegriffs (BGE 133 V 67 E. 4.3.3). Gemäss 88bis Abs. 1 Bst. b IVV erfolgt die Erhöhung bei einer Revision von Amtes wegen von dem für diesen vorgesehenen Monat an. Die Anwendung von Art. 88bis Abs. 1 IVV setzt einen laufenden Rentenbezug voraus; vgl. dazu ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 30 - 31 N. 110). Die Bestimmung von Art. 88a IVV geht Art. 88bis IVV vor. Eine laufende Rente kann nur dann vom Anmeldemonat respektive vom Zeitpunkt der

vorgesehenen Revision an erhöht werden, wenn sie aller Wahrscheinlichkeit nach längere Zeit dau-

C-1518/2021 Seite 14 ern wird oder ohne wesentliche Unterbrechung bereits drei Monate gedau- ert hat (MEYER/REICHMUTH, a.a.O., Art. 30 - 31 N. 109; MICHEL VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Art. 31 N. 38 f.). Auf die dreimonatige Wartefrist kann indes verzichtet werden, wenn die Rentenerhöhung nicht wegen einer Veränderung des Gesundheitszustan- des der versicherten Person erfolgt, sondern auf einen stabilisierten Kon- text zurückzuführen ist (Kreisschreiben über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung, Stand 1. Januar 2021 [KSIH] Rz. 4008.1 1/5 mit Hinweis auf Urteil des EVG I 599/05 vom 6. Februar 2006 E. 5.2.3). 5. 5.1 Die Vorinstanz führt zur Begründung ihrer Verfügung vom 8. März 2021 im Wesentlichen aus, bei der Überprüfung des Invaliditätsgrades habe man keine Änderung festgestellt, die sich auf die Rente auswirke, weshalb wei- terhin Anspruch auf die bisherige halbe Invalidenrente (Invaliditätsgrad: 53 %) bestehe (vgl. IVSTA-act. 251). 5.2 Dagegen bringt der Beschwerdeführer vor, er habe sich sämtliche Lei- den («Herzschlag», zwei implantierte Stents, ein weiterer Verschluss von 60 %, eine zweifache koronare Gefässerkrankung, eine atherogene Dysli- pidämie, zwei Bandscheibenvorfälle an der Wirbelsäule, Meniskus- und Knieprobleme, schlechte Beweglichkeit, psychische Probleme, eine dauer- hafte Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.2) in der Schweiz zugezo- gen. Er nehme die häusliche Pflege einer Privatperson in Anspruch, da er weder selbst ein Mittagessen kochen noch die Wohnung instand halten könne. Sinngemäss führt er aus, dass die derzeit ausgerichtete Invaliden- rente nicht für die Bestreitung seiner Lebenshaltung ausreichen würde, und bittet deshalb um Erhöhung seiner Invalidenrente auf Fr. 900.– (BVGer- act. 4 = 8 [deutsche Übersetzung]; vgl. auch BVGer-act. 1). 5.3 Die Vorinstanz hält dem vernehmlassungsweise entgegen, sie habe im Rahmen des Revisionsverfahrens aktuelle psychiatrische Berichte einge- fordert. Aus somatischer Sicht liessen sich zunächst keine wesentlichen Veränderungen belegen. Die bisherige Berentung beruhe denn auch auf psychiatrischer Seite. Es seien seinerzeit die Diagnosen somatoforme Stö- rung (ICD-10: F5.4), rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.2) und Persönlichkeitsänderungen nach Extrembelastung gestellt worden. Aus den für die Rentenrevision erstellten Berichten des N.\_\_\_\_\_ in (...) vom 18. September 2020 zeigten sich anlässlich der Untersuchung keine

C-1518/2021 Seite 15 Anhaltspunkte, welche auf eine wesentliche Veränderung des Gesund- heitszustandes deuteten. Es verbleibe in der Folge an der bisherigen Fest- stellung eines Anspruchs auf eine halbe Invalidenrente (BVGer-act. 16). 6. Vorab sind in einem ersten Schritt die beiden massgeblichen Vergleichs- zeitpunkte zu bestimmen: 6.1 Wie bereits dargelegt (vgl. E. 4.7.5), dient als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisi- onsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, die letzte Beurteilung (rechtskräftige Verfügung), welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und – bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsscha- dens – Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4). Eine Mitteilung nach Art. 74ter Bst. f und Art. 74quater Abs. 1 IVV, mit der eine Revision von Amtes wegen abgeschlossen wurde mit der Fest- stellung, es sei keine

leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse eingetreten, ist einer rechtskräftigen Verfügung gleichgestellt (Urteile des BGer 9C\_474/2013 vom 20. Februar 2014 E. 4.1 und 9C\_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 3.2.1 m.H.). Die Heranziehung eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf denjenigen Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen. Unter einer Sachverhaltsabklärung im Sinne von BGE 133 V 108 muss eine Abklärung verstanden werden, die – wenn sie inhaltlich zu einem anderen Ergebnis führt – geeignet ist, eine Rentenerhöhung, -herabsetzung oder -aufhebung zu begründen (Urteil des BGer 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 6.2 m.H., in: SVR 2013 IV Nr. 44 S. 134). 6.2 Die unangefochten gebliebene, rentenzusprechende Verfügung vom 12. Juni 2015 (IVSTA-act. 147), mit welcher eine unbefristete halbe Rente ab 1. August 2014 zugesprochen wurde, wurde letztmals mit Mitteilung vom 29. Dezember 2016 (IVSTA-act. 211) bestätigt. Die Vorinstanz stützte sich dabei insbesondere auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. L. \_\_\_\_\_, Fachärztin Innere Medizin FMH, vom 21. November 2016 (IVSTA-act. 209; vgl. E. 7.2.5 hiernach). Die RAD-Ärztin hielt hierbei fest, dass die weiter bestehende psychische Erkrankung am einschränkendsten sei, wobei aus dem neuropsychiatrischen Bericht vom 17. August 2016 (IVSTA-act. 198, S. 1 f. = 200 [deutsche Übersetzung] = 208, S. 1 f.; vgl. E. 7.2.2

C-1518/2021 Seite 16 hiernach) keine Verschlechterung abgeleitet werden könne. Nachdem die RAD-Ärztin als Fachärztin für Innere Medizin nicht über den erforderlichen Facharztstitel zur Beurteilung der (vorliegend zentralen) psychiatrischen Erkrankung verfügt (vgl. auch: E. 8.3.1 hiernach) und sie ihrerseits den entsprechenden Bericht vom 17. August 2016 als nicht umfassend bezeichnete, kann vorliegend mit Bezug auf die Mitteilung vom 29. Dezember 2016 (IVSTA-act. 211) nicht von der erforderlichen rechtskonformen medizinischen Sachverhaltsabklärung ausgegangen werden, womit diese in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt nicht einer rechtskräftigen Verfügung gleichgestellt werden kann. Davon scheint denn auch die Vorinstanz zu Recht auszugehen (vgl. BVGer-act. 16). 6.3 Nach dem vorstehend Dargelegten ist zusammenfassend festzuhalten, dass der Sachverhalt im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 12. Juni 2015 (IVSTA-act. 147) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 8. März 2021 (IVSTA-act. 251) zu vergleichen und zu prüfen ist, ob in den für den Leistungsanspruch relevanten Tatsachen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchrelevanter Weise zu beeinflussen. 7. 7.1 Beim Erlass der Verfügungen vom 12. Juni 2015 (IVSTA-act. 147-151; Ausgangszeitpunkt) betreffend die Ausrichtung einer halben Invalidenrente ab 1. März 2013 stützte sich die Vorinstanz, nach den Abklärungen der IV-Stelle Zug (vgl. IVSTA-act. 108; 122), auf das polydisziplinäre H. \_\_\_\_\_ - Gutachten vom 15. April 2014 (IVSTA-act. 89; ohne Berücksichtigung des psychiatrischen Teilgutachtens [vgl. hierzu E. 7.1.3 hiernach]), auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie, vom 10. Oktober 2014 (IVSTA-act. 112) und die Stellungnahmen der RAD-Ärzte I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. Dezember 2014 (IVSTA-act. 116) und vom 12. Januar 2015 (IVSTA-act. 119), sowie J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin (D), vom 22. Mai 2014 (IVSTA-act. 92) und vom 9. Januar 2015 (IVSTA-act. 118). 7.1.1 Die IV-Stelle gab ein polydisziplinäres Gutachten in den Gebieten Allgemeinnere/Innere Medizin, Orthopädie, Rheumatologie und Psychiatrie, beim Zentrum für Medizinische Begutachtung in Auftrag (vgl. IVSTA-act. 73), welches am 15. April 2014 erstattet wurde (IVSTA-act. 89):

C-1518/2021 Seite 17 7.1.1.1 In seinem allgemeinmedizinisch/internistischen Teilgutachten stellte der fallführende Gutachter Dr. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, die Diagnose multipler Lipome im Bereich des Abdomens und der Unterarme. Aus rein internistischer Sicht bestünden keine invalidisierenden Probleme. Im Vordergrund stünden die Rückenschmerzen sowie die psychiatrische Problematik (IVSTA-act. 89, Gutachten S. 18-23). 7.1.1.2 Dr. P. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, diagnostizierte in seinem orthopädischen Teilgutachten eine chronische Lumboischialgie rechts bei einer Diskushernie L4/L5 mit Kompression der Nervenwurzel L5 rechts, ein chronisches rechtsbetontes cervikobrachiales Syndrom bei Diskushernie C5/6 rechts mit Status nach Wurzelkompression C6 rechts sowie Status nach erfolgreicher foraminaler Infiltration C5/6, ein intermittierendes Schmerzsyndrom linkes Knie, eine vordere Kreuzbandläsion mit Status nach arthroskopischer medialer Teilmeniskektomie, sowie einen Status nach Sulcus ulnaris-Syndrom beidseits, bei einem Status nach Nervus ulnaris-Dekompression im Sulcus ulnaris, mit leicht residuellen Parästhesien Digitus V rechts und links. Der Orthopäde kam zum Schluss, dass dem Versicherten vor allem in Anbetracht der symptomatischen Diskushernie im Lumbalbereich und der verschiedenen bildgebenden degenerativen Veränderungen im Halswirbelsäulen- und Lendenwirbelsäulen-Bereich keine schweren körperlichen Tätigkeiten mit Heben von Lasten, die mehr als 5 kg wiegen und die mit häufigem Bücken oder mit Überkopfarbeiten einhergehen, zuzumuten seien. Seine angestammte Tätigkeit als Elektromonteur könne er nicht mehr durchführen. Dagegen seien leichte, wechselweise teils sitzende, teils stehende Tätigkeiten weitgehend möglich (IVSTA-act. 89, Gutachten S. 24-32). 7.1.1.3 In seinem neurologischen Teilgutachten stellte Dr. Q. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, die Diagnosen eines chronischen lumbovertebralen Syndroms rechts mit sensibler radikulärer Symptomatik in L5 rechts, bei mediolateraler Diskushernie L4/5 rechts ohne motorisches Ausfallsyndrom, auf bisherige Infiltrationsbehandlungen nicht ansprechend, ein Cervikalsyndrom mit schmerzhaft eingeschränkter HWS-Beweglichkeit bei Diskushernie C5/6 lateral rechts ohne radikuläre Irritations- oder Ausfallsymptomatik, auf Infiltrationen ansprechend, bei Segmentdegeneration und ausgeprägter Osteochondrose C4/5, Status nach endoskopischer Dekompression des Nervus ulnaris beidseits 2012 mit noch residueller Hypästhesie im entsprechenden Versorgungsgebiet. Der Neurologe stellte fest, dass aufgrund der vorliegenden Befunde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht angemessen sei. Eine Verweistätigkeit sei dem Versicherten im

C-1518/2021 Seite 18 Umfang von 50 % zumutbar. Die Arbeit als Elektriker und Elektroinstallateur sei hingegen ungünstig aufgrund häufiger Einnahme von speziellen Körperhaltungen (IVSTA-act. 89, Gutachten S. 32-37). 7.1.1.4 In ihrer Konsensbeurteilung hielten die Gutachter fest, der Versicherte sei für seine angestammte Tätigkeit als Elektriker/Elektromonteur als vollständig arbeitsunfähig zu beurteilen. Bezüglich Zeitpunkt sei gemäss Akten ab Mai 2011 diese Einschränkung anzugeben. Aus rein somatischer Sicht wäre noch eine adaptierte, körperlich leichte Tätigkeit möglich. Aus somatischer Sicht könne eine physikalische Therapie mit Rekonditionierung und Muskelaufbau im Sinne einer medizinischen Trainingstherapie empfohlen werden. Aufgrund der psychiatrischen Komorbidität sei eher von operativen Massnahmen abzusehen. Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IVSTA-act. 89, Gutachten S. 43-49; unter Ausklammerung der psychiatrischen Diagnosen, vgl. hierzu: IVSTA-act. 94): – Chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts mit sensibler radikulärer Symptomatik in L5 rechts – mediolaterale Diskushernie L4/5 rechts ohne motorisches

Ausfallsyndrom (MRT LWS 5. März 2013) – Chronisches rechtsbetontes cervikobrachiales Syndrom bei – Diskushernie C5/6 rechts mit Status nach Wurzelkompression C6 rechts (MRT 13. Mai 2011) – Status nach erfolgreicher foraminaler Infiltration C5/6 (15. Juni 2011) – Segmentdegeneration mit ausgeprägter Osteochondrose C4/5 – residuelle Beschwerden, keine radikuläre Irritations- oder Ausfallsymptomatik – Intermittierendes Schmerzsyndrom Knie links – vordere Kreuzbandläsion Es werden nachfolgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt: – Störungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch – Status nach Sulcus ulnaris-Syndrom beidseits – Staus nach Nervus ulnaris-Dekompression im Sulcus ulnaris (8. März 2012 und 24. Mai 2012) – residuelle Hypästhesie im Ulnarisgebiet beidseits

C-1518/2021 Seite 19 7.1.2 Mit Stellungnahme vom 22. Mai 2014 hielt der RAD-Arzt J.\_\_\_\_\_ fest, dass die somatische Seite ausreichend abgedeckt worden sei und nicht weiter abgeklärt werden müsse. Insbesondere sei offen gehalten worden, ob eine Abklärung im Fach Orthopädie oder Rheumatologie erfolgen solle. Im Rahmen der Begutachtung sei nun eine orthopädische Untersuchung und zusätzlich eine neurologische Untersuchung erfolgt. Aus rein somatischer Sicht seien körperlich leichte Tätigkeiten im Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen unter der Vermeidung von Zwangshaltungen für den Rücken in einem vollen zeitlichen Pensum zumutbar (IVSTA-act. 92). 7.1.3 Im für die Rentengewährung massgebenden psychiatrischen Gutachten vom 10. Oktober 2014 diagnostizierte Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Facharzt für Neurologie, nach persönlicher Untersuchung des Versicherten und unter Berücksichtigung der Vorakten eine neurotische Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10: F48.9) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Eine andere Diagnose sei nicht mit dem Grad der für ein Gutachten geforderten Sicherheit nachweisbar. Der Grad der Arbeitsfähigkeit sei seit August 2012 unterschiedlich gewesen. Der Gesundheitszustand habe geschwankt. Aus der jetzigen Untersuchung und aus früheren Expertisen lasse sich retrospektiv nicht eine eigene unabhängige Beurteilung des Verlaufes des Grades der Arbeitsfähigkeit ab August 2012 vornehmen. Wahrscheinlich sei der psychische Gesundheitszustand und die Darstellung von Beschwerden erheblich durch die Lebenssituation mit der drohenden Ausweisung aus der Schweiz beeinflusst. Die psychische Gesundheitsstörung wirke sich auf die bisherige Tätigkeit als Elektriker aus. Das Arbeitstempo sei vermindert und es seien etwas mehr Pausen notwendig. Der Explorand würde schneller ermüden und mehr Zeit zur Erholung benötigen. Medizinische Gründe, warum die bisherige Tätigkeit aufgrund der psychischen Erkrankung nicht mehr zumutbar sein sollte, seien nicht vorhanden. Ein zeitliches Ausmass von sechs Stunden pro Tag (eine um zwei Stunden reduzierte tägliche Arbeitszeit) sei möglich. Zumindest seien keine medizinischen Gründe nachgewiesen, warum dem Versicherten ein solches Pensum nicht möglich sein sollte. Die tägliche Arbeitszeit sollte dabei von einer einstündigen Pause unterbrochen sein. Diese Arbeitszeit wäre an fünf Tagen pro Woche möglich. Die Leistungsfähigkeit sei dabei um 30 % vermindert. Dies gelte auch für eine angepasste Tätigkeit. Regelmässige Nacharbeit sei nicht möglich. Ansonsten seien aus psychiatrischer Sicht keine Besonderheiten zu beachten. Ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung einschliesslich pharmakologischer Behandlung könnten die Arbeitsfähigkeit

C-1518/2021 Seite 20 verbessern. Dazu würde auch eine Kontrolle auf Alkoholabstinenz gehören. Der Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit könnten sich relativ ändern, auch spontan ohne Behandlung. Eine Veränderung der Lebensumstände bzw. eine

Eingewöhnung in neue Lebensumstände könnte einen wesentlichen positiven Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand haben. Dieser sei also nicht stabil. Eine solche wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit sei in ungefähr sechs Monaten möglich. Weil nur ein relativ unspezifisches psychisches Störungsbild nachweisbar sei, könnten insgesamt aber nur zurückhaltende Aussagen zur Prognose gemacht werden (IVSTA-act. 112, S. 1-25). 7.1.4 Am 16. Dezember 2014 nahm RAD-Arzt I. \_\_\_\_\_ zum psychiatrischen Gutachten von Dr. K. \_\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2014 (IVSTA-act. 112) Stellung. Dr. K. \_\_\_\_\_ komme in schlüssiger Weise zu dem Ergebnis, dass weder eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) noch eine (posttraumatische) Persönlichkeitsänderung mit ausreichender Sicherheit vorliege und dass ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen der angegebenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der drohenden Ausweisung bestehe. Daraus resultiere seine Verwendung der psychiatrischen Restkategorie einer neurotischen Störung, nicht näher bezeichnet, die zwar in Gutachten relativ wenig Verwendung finde, jedoch seines Erachtens auf das psychische Zustandsbild recht zutreffend sei. Nachvollziehbar sei auch die Aussage des Gutachters, dass es sich um keinen stabilen, also dauerhaften Zustand handle, sondern dass dieser bei entsprechender Behandlung inkl. beruflicher Rehabilitation auch besserungsfähig sei in einem Zeitraum von ca. sechs Monaten (IVSTA-act. 116). 7.1.5 Der RAD-Arzt I. \_\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 12. Januar 2015 ergänzend fest, der vom psychiatrischen Gutachter beschriebene Gesundheitsschaden (neurotische Störung) habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits seit 2011 (Suizidversuch im Juli 2011 nach Diskushernie mit nachfolgender Arbeitsunfähigkeit) bestanden, eine ambulante psychiatrische Behandlung sei dann erst ab August 2012 erfolgt und die erste stationäre Behandlung ab Dezember 2012. Kennzeichnend für die Auslösung dieser psychischen Dekompensationen seien die äusseren sozialen Belastungsfaktoren (Arbeitsplatzverlust, Tod des Vaters, drohende Ausweisung, Trennung von der Ehefrau), ohne die die psychischen Dekompensationen mit Verlust bzw. Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wohl nicht aufgetreten wären. Aus den Unterlagen lasse sich der Beginn einer länger anhaltenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seines Erach-

C-1518/2021 Seite 21 tens frühestens mit der Aufnahme der psychiatrischen Behandlung im August 2012 belegen, wie dies auch Dr. K. \_\_\_\_\_ beschrieben habe. Für den Zeitraum vom Juli 2011 (Suizidversuch) bis August 2012 besitze man keine medizinischen Berichte, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen sicher belegen könnten. Dass der Versicherte jedoch im Juli 2011 im Zusammenhang mit einer Diskushernie und einer Arbeitsunfähigkeit einen Suizidversuch unternommen habe, könne als Hinweis angesehen werden, dass der Versicherte bereits damals grosse Schwierigkeiten mit der Bewältigung seiner gesundheitlichen und sozialen Situation gehabt habe (IVSTA-act. 119). 7.2 Die relevante medizinische Aktenlage seit der ursprünglichen Rentenzusprache präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt: 7.2.1 Nach durchgeführter Echokardiografie (IVSTA-act. 198, S. 5 = 203 [deutsche Übersetzung] = 208, S. 5) diagnostiziert Dr. R. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, S. \_\_\_\_\_, in seinem Bericht vom 8. August 2016 einen Status nach Myokardinfarkt parietis inferioris inferoposterioris pasalis a.a. II, Status nach perkutaner Koronarintervention (PCI) mit Stents in der rechten Herzkranzarterie (RCA), eine koronare Dreifässerkrankung sowie eine stabilisierte Angina pectoris CCS II. Der Belastungstest sei negativ ausgefallen. Es wird eine medikamentöse Therapie mit Aspirin 100 mg, 1 x täglich (Anmerkung: gemeint ist wohl Aspirin Cardio 100 mg, ein Thrombozytenaggregationshemmer, indiziert unter anderem

zur Prophylaxe eines Schlaganfalls, Herzinfarktprophylaxe bei sehr hohem kardiovaskulärem Risiko, Reinfarktprophylaxe nach koronarem Bypass, PTCA oder arteriovenösem Shunt bei Dialysepatienten, instabiler Angina pectoris, akutem Myokardinfarkt oder als Prävention von Gefässverschlüssen bei arterieller Verschlusskrankheit, vgl.

[www.compendium.ch/product/32511-aspirin-cardio-filmtabl-100-mg/mpro](http://www.compendium.ch/product/32511-aspirin-cardio-filmtabl-100-mg/mpro)>, abgerufen am 11. März 2024), Concor 2,5 mg, 1 x täglich (Betablocker, indiziert bei essentieller Hypertonie, Angina pectoris bei koronarer Herzkrankheit, hyperkinetischem Herzsyndrom und bei stabiler chronischer Herzinsuffizienz; vgl. [www.compendium.ch/product/123950-concor-filmtabl-2-5-mg/mpro](http://www.compendium.ch/product/123950-concor-filmtabl-2-5-mg/mpro)>, abgerufen am 11. März 2024), Lisinopril 5 ½, 1x täglich (ACE-Hemmer, indiziert bei essentieller und renovaskulärer Hypertonie, Stauungsherzinsuffizienz, akutem Herzinfarkt sowie bei normotonen insulinabhängigen und hypertonen insulinunabhängigen Diabetes-mellitus-Patienten mit Mikroalbuminurie; vgl. [www.compendium.ch/product/1102382-lisinopril-axa-pharm-tabl-5-mg/mpro](http://www.compendium.ch/product/1102382-lisinopril-axa-pharm-tabl-5-mg/mpro)>, abgerufen am 11. März 2024), Atorvastatin 40 mg, 1 x täglich (Lip-

C-1518/2021 Seite 22 idsenker, HMG-CoA Reduktasehemmer, indiziert bei primärer oder familiärer Hypercholesterinämie, gemischter Hyperlipidämie sowie zur Primärprävention kardiovaskulärer Ereignisse bei hohem Risiko; vgl. [www.compendium.ch/product/1192896-atorvastatin-axapharm-filmtabl-40-mg/product](http://www.compendium.ch/product/1192896-atorvastatin-axapharm-filmtabl-40-mg/product)>, abgerufen am 11. März 2024) sowie einem NTG Spray (Anmerkung: gemeint ist wohl ein Nitroglycerin-Spray) bei Bedarf beschrieben (IVSTA-act. 198, S. 4 = 202 [deutsche Übersetzung] = 208, S. 3). 7.2.2 Im Befund und Gutachten des Gesundheitszentrums N.\_\_\_\_\_, Neuropsychiatrisches Ambulatorium, vom 17. August 2016 stellt Dr. T.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neuropsychiatrie, die Diagnosen einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0), einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.2) und einer anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Der Versicherte sei leicht desorientiert in Zeit, Raum sowie gegenüber Personen und selbstorientiert. Der Gedankenduktus sei verlangsamt, der Grundaffekt depressiv. Im Bereich der Willens- und Antriebssphäre sei ein offensichtlicher Rückgang der Initiative erkennbar. Die Aufmerksamkeit sei reduziert, was auch auf die mnestischen Funktionen zutrefte. Manchmal habe er das Gefühl, als ob in ihm zwei Personen bestehen würden. Er berichte über das Vorhandensein intrusiver Gedanken und Träume, über eine versteckte Erweckung der Willens- und Antriebssphäre sowie über das Ausweichen jeglicher Ähnlichkeiten mit den traumatischen Erfahrungen aus dem eigenen Leben. Des Weiteren werde beim Versicherten ein permanent chronisches Schmerzsyndrom festgestellt, was eine Folge der Somatisierung sei, derer sich der Versicherte bediene, um die Anpassung und die Verwirrung in der psychischen Sphäre wenigstens ein wenig abzubauen. Aufgrund der Art der psychischen Störung und des ungünstigen klinischen Verlaufs sowie aufgrund der äusserst starken Resistenz gegenüber der medikamentösen Therapie sei er der Ansicht, dass beim Versicherten eine Progression des Verlusts der arbeitsbezogenen und sozialen Fähigkeiten bestehe. Es wird eine Medikation mit Venlafaxin 150 mg, 1 x täglich morgens (Antidepressivum, Serotonin- und Noradrenalin-Reuptake-Hemmer (SNRI), indiziert zur Therapie und Rezidivprophylaxe von Episoden einer Major Depression, generalisierten Angststörung, Panikstörung oder sozialer Phobie, vgl. [www.compendium.ch/product/1473102-venlafaxin-spirig-hc-ret-kaps-150-mg](http://www.compendium.ch/product/1473102-venlafaxin-spirig-hc-ret-kaps-150-mg)>, abgerufen am 11. März 2024), Xanax 0,5 mg, 2 x täglich (Anxiolytikum, Benzodiazepin, indiziert zur Behandlung von Angstzuständen, Angstneurosen sowie schweren chronischen Panikstörungen oder der Verminderung von Panikattacken, vgl.

<[www.compendium.ch/product/22004-xanax-tabl-0-5-mg/mpro](http://www.compendium.ch/product/22004-xanax-tabl-0-5-mg/mpro)>, abgerufen am 11. März 2024), Mirtazapin 45 mg, 1 x täglich

C-1518/2021 Seite 23 abends (tetrazyklisches Antidepressivum, indiziert zur Akutbehandlung einer unipolaren depressiven Episode sowie zur Erhaltungstherapie im Falle einer Remission während der Akuttherapie, vgl. <[www.compendium.ch/product/1177652-mirtazapin-streuli-filmtabl-45-mg/mpro](http://www.compendium.ch/product/1177652-mirtazapin-streuli-filmtabl-45-mg/mpro)>, abgerufen am 11. März 2024), und Etol fort 2 x täglich, (Analgetikum, welches den Wirkstoff Etodolac enthält und zur Behandlung schmerzhafter und entzündlicher Erkrankungen, z.B. Arthrose und Arthritis, eingesetzt wird, vgl. <[www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=Etodolac](http://www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=Etodolac)>, abgerufen am 11. März 2024) beschrieben. Es wäre wünschenswert, den Versicherten in eine Selbsthilfegruppe aufzunehmen (IVSTA-act. 198, S. 1 f. = 200 [deutsche Übersetzung] = 208, S. 1 f.) 7.2.3 Im Bericht mit Befund und Gutachten des Arztes der primären Gesundheitsversorgung vom 19. August 2016, Arztstempel unlesbar, werden nachfolgende Diagnosen genannt (IVSTA-act. 198, S. 6 f. = 204 [deutsche Übersetzung]): – Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) – Rezidivierende depressive Störung (F33.2) – Anhaltende Schmerzstörung (F45.4) – Status nach infarctum myocardii paritis inferioris inferoposterioris pasalis a.a. II – Status nach PCI cum stenti in RCA – Koronare Dreifässerkrankung – Angina pectoris stabilis CCS II Der Versicherte sei bei Bewusstsein, bewegungsfähig, kommunikativ, mit gutem osteomuskulärem Bau und Ernährungszustand, einem psychisch bedingt vernachlässigten Erscheinungsbild, verlangsamtem Gedankenlauf und depressivem Aussehen. Es bestehe eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der Versicherte sei unfähig, sowohl geschäftliche als auch nichtgeschäftliche Tätigkeiten auszuüben. 7.2.4 In ihrem Bericht vom 25. August 2016 führte Dr. U. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Familienmedizin, N. \_\_\_\_\_, aus, der Versicherte beschwere sich seit längerer Zeit über Schmerzen in den Knien sowie im Bereich der Lendenwirbelsäule. Des Weiteren trete gelegentlich ein Schmerz im Brustkorb und im Epigastrium auf. Er habe zudem Schwindelanfälle. Diagnostiziert werden ein Status nach Myokardinfarkt, eine stabilisierte Angina pectoris, ein LWS-Syndrom, ein cervikobrachiales Syndrom sowie ein Cubital-Syndrom linksseitig. Im Weiteren werden die Folgenden durch den Psychi-

C-1518/2021 Seite 24 ater gestellten Diagnosen erwähnt: andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62), depressive Episode (ICD-10: F32), somatoforme Störung (ICD-10: F45) (IVSTA-act. 198, S. 3 = 201 [deutsche Übersetzung] = 208, S. 4). 7.2.5 In ihrem Schlussbericht vom 21. November 2016 führte die RAD-Ärztin Dr. L. \_\_\_\_\_, Fachärztin Innere Medizin FMH, aus, aus den vorgelegten Berichten gehe ein Status nach Herzinfarkt 2014 mit echokardiografisch nachgewiesener Narbe und Herzwandstörung hervor. Die Belastung sei negativ, subjektiv sei der Versicherte praktisch beschwerdefrei. Rein aus kardialer Sicht könne bei fehlendem Hinweis auf Angina pectoris oder Herzrhythmusstörung eine leichte, stressarme Arbeit in ausgeglichenem Raumklima als möglich erachtet werden. Weiter bestünden Schmerzen im Bereich Rücken, für welche ein gewisses somatisches Korrelat bestehe, und Knie. Bereits 2014 sei aus orthopädischer Sicht eine leichte Arbeit als möglich gesehen worden. Am einschränkendsten sei die weiter bestehende psychische Erkrankung. Der Versicherte zeige ein depressives Zustandsbild, welches trotz Medikation zu einer sozialen Isolation und Vernachlässigung geführt habe. Die Belastung durch die Kriegsgeschehnisse sei nach wie vor vorhanden. Geschildert würden eine bleibende und auch umgesetzte Suizidalität,

Schuldgefühle, Apathie, Antriebslosigkeit und verlangsamtes Denken. Der Bericht (Anmerkung: gemeint ist wohl IVSTA-act. 198, S. 1 f. = 200 [deutsche Übersetzung] = 208, S. 1 f.; E. 7.2.2 hier- vor) sei nicht umfassend, Angaben zum Tagesablauf und Beschrieb von innerfamiliären oder anderen sozialen Interaktionen fehlten. Im psychiatrischen Gutachten vom 15. Juli 2014 habe der Gutachter eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % gefunden, diagnostisch habe er eine neurotische Störung (ICD-10: F48.9) gesehen. Nach Lektüre der früheren Berichte seien die misstrauische Haltung, der verminderte Antrieb, Schlafstörungen, Stimmenhören und sozialer Rückzug bereits vorhanden gewesen. Eine Verschlechterung könne aus dem vorgelegten neuropsychiatrischen Bericht nicht abgeleitet werden (IVSTA-act. 209). 7.2.6 Dem Entlassungsbericht des Kantonsspitals V.\_\_\_\_\_, (...), vom 31. März 2017, unterzeichnet durch Dres. W.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neuropsychiatrie, und X.\_\_\_\_\_, Facharzttitel unlesbar, betreffend den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 28. bis 31. März 2017 ist die Diagnose einer psychischen und Verhaltensstörung durch Sedativa oder Hypnotika (ICD-10: F13) zu entnehmen. Der Versicherte sei nach seiner Detoxikation aus dem Notfallzentrum eingeliefert worden. Er habe im Laufe des Abends eine grosse Menge Tabletten geschluckt, und zwar

C-1518/2021 Seite 25 100 Tabletten Tramal und Paracetamol. Im N.\_\_\_\_\_ habe er eine Magenpumpung erhalten, ebenso in (...), woraufhin er ins Kantonsspital Y.\_\_\_\_\_ überwiesen worden sei. Der Beschwerdeführer führe an, er sei vor mehreren Jahren in der Schweiz «an den Nerven» behandelt worden, seit längerer Zeit nehme er keine Medikamente mehr ein und er habe auch nicht das Bedürfnis gehabt, sich von einem Psychiater behandeln zu lassen. Jetzt durchlebe er eine Krise und wolle sich umbringen, weil er alleine lebe, aber nach all dem «werde er das niemals wieder machen». Er sei bei Bewusstsein, orientiert und kontaktbereit. Seine Gedankengänge seien normal, er zeige keine psychotischen Symptome, negiere Wahnvorstellungen, schlechte Gemütsstimmung und verneine derzeitige Suizidtendenzen. Er leide an einer depressiven Störung. Der Versicherte sei in Eigenverantwortung und freiwillig in die häusliche Pflege entlassen worden (IVSTA-act. 227 = 230 [deutsche Übersetzung]). 7.2.7 Die RAD-Ärztin Dr. L.\_\_\_\_\_ hielt mit Stellungnahme vom 20. Juli 2020 fest, dass aus somatischen Gründen zumindest 2017 keine Veränderung berichtet worden sei anlässlich des Suizidversuchs. Die psychische Situation sei mit guter Wahrscheinlichkeit unverändert, es solle aber mindestens ein aktuellerer psychiatrischer Bericht eingeholt werden (IVSTA-act. 233). 7.2.8 Im Befund und Gutachten N.\_\_\_\_\_, Neuropsychiatrisches Ambulatorium, unterzeichnet durch Dr. T.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neuropsychiatrie, vom 18. September 2020 werden die Diagnosen einer andauernden Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0), einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.40) sowie einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.2) genannt. Der Beschwerdeführer habe sich bei der Untersuchung leicht konfus, zwar zeitlich schlecht, aber räumlich und gegenüber Personen normal orientiert, gezeigt. Offensichtlich sei ein Abfall der Initiative im Bereich Antriebswille, er scheine ausgesprochen apathisch, anhedonisch, in Konzentration und Erinnerungsvermögen abgeschwächt. Zeitweise zeigten sich intrusive Symptome, Fluchtreaktionen, ein verstärkter Antrieb und eine negative kognitive Interpretation. Elemente eines präsuizidalen Syndroms seien vorhanden. Er zeige keinerlei Initiative, irgendwelche Handlungen zu unternehmen. Hinsichtlich seiner Mentalstruktur sei es bei ihm zu einem völligen Zusammenbruch der Wertematrix der Sinnhaftigkeit des Lebens gekommen. Es wird eine medikamentöse Behandlung mit Zoloft 100 mg, 1x täglich (Antidepressivum,

selektiver Serotonin-Reuptake-Hemmer [SSRI], indiziert zur Behandlung von

C-1518/2021 Seite 26 leichten bis mittelschweren Depressionen, Zwangsstörungen, Panikstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen sowie sozialer Phobie, vgl. <https://compendium.ch/product/1033516-zoloft-filmtabl-50-mg/mpro>, abgerufen am 11. März 2024), Eglonyl 50 mg, 2 x täglich (Neuroleptikum mit dem Wirkstoff Sulpirid, der zur Behandlung der Schizophrenie, schweren Verhaltensstörungen bei Alkoholkonsum und Geistesschwäche, neurotischen Zuständen, wie auch in gewissen Ländern zur Behandlung von Schwindel und bei depressiven Störungen eingesetzt wird; vgl. [www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=sulpirid](http://www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=sulpirid)); [www.mediatelly.co/hr/drugs/RRpOSZxoAUlq2SICQriWwJdpcYU/eglonyl-50-mg-tvrde-kapsule](http://www.mediatelly.co/hr/drugs/RRpOSZxoAUlq2SICQriWwJdpcYU/eglonyl-50-mg-tvrde-kapsule), beide abgerufen am 11. März 2024), Xanax 0.5 mg, 1 x täglich abends, Nalgesin forte, 2 x täglich (Analgetikum, welches den Wirkstoff Naproxen Natrium enthält vgl. [https://www.krka.ba/media/products/ba/rx/gen\\_pdf/2022/Nalgesin\\_forte\\_PIL.pdf](https://www.krka.ba/media/products/ba/rx/gen_pdf/2022/Nalgesin_forte_PIL.pdf)); [www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=Naproxen](http://www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=Naproxen), beide abgerufen am 11. März 2024), und Quetiapin 25 mg, 2 x täglich (Atypisches Neuroleptikum, indiziert zur Behandlung von Schizophrenie sowie manischen und depressiven Episoden bei bipolaren Störungen inklusive Rezidivprophylaxe, vgl. [compendium.ch/product/1236393-quetiapin-spirig-hc-filmtabl-25-mg/mpro](https://compendium.ch/product/1236393-quetiapin-spirig-hc-filmtabl-25-mg/mpro)), abgerufen am 11. März 2024) beschrieben (IVSTA-act. 239 = 241 [deutsche Übersetzung] = 242). 7.2.9 In ihrer Stellungnahme vom 1. Dezember 2020 führte die RAD-Ärztin Dr. L. \_\_\_\_\_ aus, aus dem vorgelegten Bericht N. \_\_\_\_\_ vom 18. September 2020 (IVSTA-act. 239 = 241 [deutsche Übersetzung] = 242) komme ein weiterhin in psychiatrischer Behandlung stehender Versicherter mit nach wie vor erheblichen Symptomen zur Darstellung. Eine Verbesserung sei nicht eingetreten und werde mit grosser Wahrscheinlichkeit auch nicht eintreten, weder somatisch noch psychisch (IVSTA-act. 244). 7.2.10 Die RAD-Ärztin Dr. M. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zertifizierte medizinische Gutachterin SIM, Fähigkeitsausweis Vertrauensärztin, nahm am 11. Dezember 2020 zum Bericht N. \_\_\_\_\_ vom 18. September 2020 (IVSTA-act. 239 = 241 [deutsche Übersetzung] = 242) Stellung. Dieser Bericht stelle wiederum die Diagnosen einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0), einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.2). Die RAD-Ärztin kam zum Schluss,

C-1518/2021 Seite 27 dass die Klagen des Versicherten unspezifisch seien und sich bei der Untersuchung Somatisierungen zeigten. Eine Verschlechterung sei aus dem Bericht nicht zu erkennen (IVSTA-act. 246). 8. Umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausgegangen ist, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers unverändert geblieben sei.

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