

# **BVGer C-1617/2015 vom 12. Mai 2017**

Bundesverwaltungsgericht, 2017-05-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-1617\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1617_2015)

FR: TAF C-1617/2015 du 12 mai 2017

IT: TAF C-1617/2015 del 12 maggio 2017

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung von Beschwerden gegen Verfügungen der IVSTA zuständig (Art. 31 und Art. 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Eine Ausnahme bezüglich des Sachgebietes liegt nicht vor (Art. 32 VGG).

### **E. 1.2**

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen von Grenzgängern die IV-Stelle zuständig, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen. Entsprechend war die IV-Stelle des Kantons Z. \_\_\_\_\_ für die Entgegennahme und Prüfung des Revisionsgesuchs zuständig und hat die die IVSTA die vorliegend angefochtene Verfügung vom 4. Februar 2015 erlassen.

### **E. 1.3**

Der Beschwerdeführer ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, womit er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 11. März 2015 einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

### **E. 2.1**

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).

### **E. 2.2**

Es ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Urteil des BGer 2C\_393/2015 vom

26. Januar 2016 E. 1.2; BGE 132 II 47 E. 1.3 m.H.).

### **E. 2.3**

Nach ständiger Rechtsprechung beschränkt sich die Prüfung des Sozialversicherungsgerichts auf die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verwaltungsverfügung entwickelt haben (vgl. Urteil des BGer 8C\_489/2016 vom 29. November 2016 E. 5.2 m.H. auf BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger, wohnt in Österreich und war als Grenzgänger in der Schweiz erwerbstätig (vgl. act. 1 S. 5 f.). Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681, in Kraft getreten am 1. Juni 2002) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA zur Anwendung. Der Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

### **E. 3.2**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 4. Februar 2015 in Kraft standen, weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

### **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). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

### **E. 4.2**

Anspruch auf eine Rente haben laut Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung vom 6. Oktober 2006 [5. IV-Revision]) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch

zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung [5. IV-Revision]), soweit nicht völkerrechtliche Bestimmungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme ist seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz gegeben, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (vgl. FZA und dazugehörige Verordnungen). Die Regelung in Art. 29 Abs. 4 IVG stellt nicht eine blosse Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

#### **E. 4.3**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

#### **E. 4.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen

Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

## **E. 5**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

### **E. 5.1**

Anlass zur Revision von Invalidenrenten gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist daher nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann etwa revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben oder eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt. 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 (Urteil des BGer 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.1 m.H., in: SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81 f.).

### **E. 5.2**

Die abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen. Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen. Auch eine Veränderung von versicherungsmedizinischen Beurteilungsparametern kann zu einer abweichenden ärztlichen Schlussfolgerung hinsichtlich eines tatsächlich gleich gebliebenen Zustandes führen. Eine neue medizinische Beurteilung etwa, die mit der Entwicklung der Rechtspraxis zur Invalidität bei psychosomatischen Leiden begründet wird, kann weder unter dem Gesichtspunkt von Art. 17 ATSG noch unter einem anderen Anpassungstitel eine neue Beurteilung des Anspruchs veranlassen (vgl. aber die am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmung Bst. a der Änderung des IVG vom 18. März 2011). Eine

zwischenzeitlich veränderte Rechtspraxis darf erst im Rahmen einer festgestellten erheblichen Tatsachenänderung berücksichtigt werden. Sie könnte auch nicht als Grundlage für eine Wiedererwägung herangezogen werden, weil deren Voraussetzungen vor dem Hintergrund der Rechtspraxis im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung beurteilt werden (Urteil 9C\_418/2010 E. 4.1 m.H.).

### **E. 5.3**

Ob sich die tatsächlichen Verhältnisse verändert haben, bestimmt sich anhand eines Vergleichs des Sachverhaltes im Zeitpunkt, in welchem die Rente rechtskräftig gewährt bzw. materiell bestätigt worden ist, mit dem Sachverhalt im Zeitpunkt der Neubeurteilung (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5.2). Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil 9C\_418/2010 E. 4.2 m.H.; Urteil des BGer 8C\_168/2014 vom 5. September 2014 E. 4.1.2 m.H.).

### **E. 5.4**

Liegt ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG 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 m.w.H.; 117 V 198 E. 4b). Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 E. 6 m.H.). Ist 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\_961/2008 vom 30. November 2009 E. 6.3, in: SVR 2010 IV Nr. 30 S. 94; 8C\_519/2015 vom 16. November 2015 E. 3.2).

### **E. 6**

Vorweg ist die Rüge der Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör und der daraus fliessenden Begründungspflicht zu prüfen.

#### **E. 6.1**

Der Beschwerdeführer beanstandet in diesem Zusammenhang die Begründung, mit welcher sein Rentenerhöhungsgesuch abgewiesen wurde und rügt zudem, die Vorinstanz habe sich nicht mit den Unterlagen auseinandergesetzt, habe den Sachverhalt nicht genügend abgeklärt und sämtliche Darlegungen des Beschwerdeführers unbeachtet gelassen (vgl. BVGer act. 1 S. 11). Damit wendet er sich jedoch nicht in verfahrensrechtlicher bzw. formeller Hinsicht gegen die angefochtene Verfügung, sondern in inhaltlicher bzw. materieller Hinsicht. Die vom Beschwerdeführer angebrachte Kritik an der Begründung der angefochtenen Verfügung bildet vielmehr Gegenstand der nachfolgenden materiellen Prüfung der Beschwerde.

#### **E. 6.2**

In formeller Hinsicht ist festzuhalten, dass die Vorinstanz bzw. die IV-Stelle des Kantons Z.\_\_\_\_\_ ein Vorbescheidverfahren durchführte, der Beschwerdeführer Gelegenheit zur Erhebung von Einwänden hatte und die vorliegend angefochtene Verfügung die wesentlichen Entscheidungsgründe enthält, unter Verweis auf die der Verfügung beigelegten Stellungnahmen des RAD (vgl. act. 131 ff.). Damit war es dem Beschwerdeführer insbesondere auch möglich, die im Streit liegende Verfügung sachgerecht anzufechten. Eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör und der daraus fliessenden Begründungspflicht ist nicht ersichtlich.

#### **E. 7**

Umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob eine rentenrelevante erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten ist.

#### **E. 7.1**

Die letzte materielle Überprüfung des Leistungsanspruches des Beschwerdeführers fand im Hinblick auf die Verfügungen vom 29. März 2012 statt, mit welchen dem Beschwerdeführer zunächst mit Wirkung ab 1. September 2011 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze und ab 1. März 2012 bei einem Invaliditätsgrad von 50 % eine halbe IV-Rente zugesprochen wurde (act. 50 S. 2 ff.). Diese Verfügungen stützten sich auf das psychiatrische Gutachten vom 3. Dezember 2011 von Dr. B.\_\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH (vgl. act. 41). In diesem Gutachten wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Symptomatik mit beginnender Chronifizierung (ICD-10 F 32.8) und eine Agoraphobie mit Panikäquivalenten (ICD-10 F 40.01) genannt. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlich-vermeidenden und anankastischen Anteilen (ICD-10 Z 73.1) und Verdacht auf schädlichen Gebrauch von Seditiva, Benzodiazepinen, iatrogen mitbedingt (ICD-10 F 13.1) angeführt (act. 40 S. 9). Aus rein psychiatrischer Sicht wurde dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab Mai 2010 und von 50 % spätestens ab dem Untersuchungszeitpunkt (11. November 2011) sowohl in der angestammten Tätigkeit als Schlosser und Betriebsleiter als auch in einer adaptierten Tätigkeit bescheinigt (act. 40 S. 12). Hinsichtlich der Rückenschmerzen hielt der Gutachter fest, dass sich diese aus psychiatrischer Sicht wohl überwiegend mit degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule zu erklären seien. Die Kriterien nach der ICD-10 für das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien

nicht erfüllt, sodass sich aus rein psychiatrischer Sicht aus den geschilderten Schmerzen keine Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit ergeben würden (act. 40 S. 10).

## **E. 7.2**

Der Beschwerdeführer macht im vorliegenden Verfahren eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend. Zur psychischen Belastung seien namentlich Rücken- und Gelenkschmerzen, Schmerzen in den Füßen sowie durch angestautes Wasser geschwollene Füße, ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom sowie eine obstruktive Ventilationsstörung, ein Nabelbruch, der 2014 habe operiert werden müssen, starke Refluxbeschwerden und eine Hiatushernie, deren Operation derzeit aufgrund von Gewichtsproblemen nicht möglich sei, hinzugekommen (vgl. BVGer act. 1 S. 7 ff.). Die medizinische Aktenlage seit der Verfügung vom 29. März 2012 präsentiert sich zusammengefasst wie folgt:

### **E. 7.2.1**

Im ärztlichen Gesamtgutachten von Dr. C.\_\_\_\_\_, Arzt für Allgemeinmedizin, vom 22. Mai 2012 zuhanden der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt wurden als Hauptursachen der Minderung der Erwerbsfähigkeit anhaltende depressive Episode bei Zustand nach Mobbing (ICD-10 F 32.2), Bluthochdruck, Adipositas, Hyperlipidämie und Hypertonie genannt. Weiter kam Dr. C.\_\_\_\_\_ zum Schluss, dass es im Vergleich zum März 2011 zu keiner leistungskalkülrelevanten Verbesserung gekommen sei. Der Beschwerdeführer zeige sich weiterhin nicht ausreichend belastbar, um auch einer leichten anspruchlosen Tätigkeit nachgehen zu können. Hingegen stellte Dr. C.\_\_\_\_\_ in somatischer Hinsicht keine Diagnosen. Im Rahmen der Untersuchung des Bewegungsapparates vermerkte er lediglich leichtgradige Aufrichtbeschwerden, im Übrigen freie Beweglichkeit von Wirbelsäule und Gelenken (act. 90 S. 1 ff.).

### **E. 7.2.2**

Gemäss Entlassungsbericht des Krankenhauses D.\_\_\_\_\_, Abteilung Psychiatrie, vom 10. Oktober 2012 von Dr. E.\_\_\_\_\_, Dr. F.\_\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_\_ wurde der Beschwerdeführer zur stationären Medikamentenumstellung vom 19. September 2012 bis 1. Oktober 2012 aufgenommen. Die Entlassungsdiagnosen lauteten in psychiatrischer Hinsicht Angst und depressive Störung gemischt (F 41.2) und in somatischer Hinsicht arterielle Hypertonie, Dyslipidämie sowie axiale Hiatushernie. Zur Arbeitsunfähigkeit wurden keine Angaben gemacht (act. 87 S. 10 f. = act. 114 S. 5 f.).

### **E. 7.2.3**

Dr. H.\_\_\_\_\_, HNO Facharzt, nannte in seinem Bericht vom 18. Oktober 2012 die Diagnosen mittelgradiges obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS), Depression, Nikotinabusus und Deviatio septi nach rechts. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte er sich nicht (act. 114 S. 16).

### **E. 7.2.4**

Mit Bericht vom 1. November 2012 stellte Dr. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, seit März 2011 eine zusätzliche Verschlechterung mit allgemeinen Gelenkschmerzen und depressiver Verstimmung mit gleichzeitig erhöhten Blutdruckwerten fest. Zur Arbeitsfähigkeit äussert er sich jedoch nicht (act. 69 S. 10 f. = act. 114 S. 14 f.).

### **E. 7.2.5**

Dr. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, nannte in seinem Bericht vom 15. November 2012 als Diagnose Angst und Depression gemischt, mit ausgeprägtem chronischem Verlauf (ICD-10 F 41.2). Weiter wurde im Bericht die Therapieempfehlung wiedergegeben. Hingegen finden sich keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (act. 69 S. 8 f.).

#### **E. 7.2.6**

Gemäss Röntgenbefund von Dr. K. \_\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2012 seien beim Beschwerdeführer an den Thoraxorganen abgesehen von einem vertieften Retrosternalraum und einem etwas tiefer stehenden flach ausgespannten Diaphragma im Rahmen eines Volumen pulmonum auctum bei bekanntem Nikotinabusus keine weiteren Auffälligkeiten abgrenzbar. Insbesondere liege kein Hinweis auf rezente pleurale oder pulmonale Affektion vor. Als Nebendiagnose wird Hyperkyphose genannt. Weiter werden beidseits ein zarter tief ansetzender dorsaler Fersensporn und eine diskrete Spreizfussdeformität mit diskretem Hallux valgus genannt. Sonst seien die dargestellten Skelettelemente, Gelenke und Weichteile regulär. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr. K. \_\_\_\_\_ nicht (act. 91 S. 7; vgl. auch act. 114 S. 17).

#### **E. 7.2.7**

Mit Bericht vom 20. Dezember 2012 nannte Dr. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Additivfacharzt für Hämatologie/Onkologie, Gefässmedizin, als Diagnosen COPD (chronic obstructive pulmonary disease) bei Nikotinabusus, PAVK I (periphere arterielle Verschlusskrankheit) bds., Depressio, arterielle Hypertonie und Hypercholesterinämie. In seiner Beurteilung hielt er sodann fest, wegen unklarer Beschwerdesymptomatik im Fuss-Sohlenbereich links mehr als rechts bei längerer Gehstrecke könne eine relevante periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) als Ursache praktisch ausgeschlossen werden. Eine weitere orthopädische oder neurologische Abklärung erachtete er als angezeigt (act. 69 S. 6 f. = act. 114 S. 18 f.).

#### **E. 7.2.8**

Im Arztbericht vom 18. Januar 2013 bezeichnete Dr. M. \_\_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin, Additivfacharzt für Geriatrie und Gerontologie, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Angststörung und Depression. Er attestierte dem Beschwerdeführer seit 2010 eine andauernde Arbeitsunfähigkeit von 100 % sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, grenzwertiger Diabetes Mellitus II und Refluxösophagitis (act. 69 S. 1 ff.).

#### **E. 7.2.9**

Im Verlaufsbericht vom 4. Februar 2013 hielt Dr. F. \_\_\_\_\_ folgende Diagnosen fest: Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F 41.2), arterielle Hypertonie, Dyslipidämie und axiale Hiatushernie. Abgesehen von der Dyslipidämie hätten die Diagnosen einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zum Ausmass dieses Einflusses hält er jedoch lediglich fest, dass keine Veränderung der Arbeitsunfähigkeit vorliege. Ab Februar bis Ende April 2012 habe zunächst eine deutliche Stimmungsbesserung, eine Befreiung von Ängsten und eine abnehmende Somatisierung vorgelegen. Leider sei es aber wieder zu einer erheblichen somatischen und psychischen Verschlechterung mit Zeichen von Angst und Depression, Schlafstörungen und Schlafapnoe-Syndrom gekommen. Weiter hielt er eine ergänzende medizinische Abklärung für angezeigt und wies darauf hin, dass der

Beschwerdeführer seit Oktober 2012 nicht mehr Patient bei ihm sei (act. 71).

#### **E. 7.2.10**

Dr. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, nannte in seinem Arztbrief vom 14. Februar 2013 Depression/Angst und Schmerzen im Bereich beider Füsse als Diagnosen und stellte folgenden neurologischen Befund: Motorik - Reflexe allseits regelrecht, keine Muskelatrophie. Insbesondere auch Achillessehnenreflex beidseits mittellebhaft. Leichte Dysästhesien im Bereich der Zehen beidseits, Fusssohle druckdolent, keine Rötung, keine Schwellungen, keine trophischen Störungen. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr. N.\_\_\_\_\_, nicht (act. 87 S. 8 = act. 114 S. 13).

#### **E. 7.2.11**

Mit Bericht vom 25. Februar 2013 wiederholte Dr. J.\_\_\_\_\_, die Diagnose Angst und Depression gemischt (ICD-10 F 41.2) und attestierte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Weiter hielt er fest, dass keine Abhängigkeitserkrankung vorliege (act. 83 S. 2 ff.).

#### **E. 7.2.12**

Im Arztbericht vom 8. März 2013 nennt der Neurologe Dr. N.\_\_\_\_\_, Depression und Angst nach ICD-10 F 41.2 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Hingegen hätten die Schmerzen an den Füessen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Infolgedessen hielt er auch ausdrücklich fest, er habe den Beschwerdeführer nicht krankgeschrieben (act. 87 S. 2 ff.).

#### **E. 7.2.13**

Dr. O.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie hielt in seinem Arztbericht vom 19. März 2013 als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit Knicksenkfuss, Spreizfuss-Metatarsalgie, Hyperkyphose der Brustwirbelsäule, Fersensporn, chronische Dyspnoe und volumen pulmonum auctum (Nikotinabusus) fest. Hinsichtlich der Fussproblematik sei die Prognose mit der entsprechenden Therapie gut. Zu den Auswirkungen der Beschwerden auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit konnte Dr. O.\_\_\_\_\_ keine Angaben machen, da ihm diesbezüglich Informationen fehlten. Langes Stehen und Gehen ohne regelmässige Pausen seien aber nicht möglich. Der Beschwerdeführer habe Schmerzen in den Füessen bis zur Unmöglichkeit zu stehen. Im Rahmen eines adaptierten Tätigkeitsprofils sei eine wechselbelastende Tätigkeit zu 100 % möglich. Rein stehende Tätigkeiten, Kauern, Knien, Heben/Tragen sowie auf Leitern/Gerüste und Treppen steigen seien im Umfang von 25 %, vorwiegend im Gehen ausgeübte Tätigkeiten im Umfang von 12.5 % möglich (act. 91 S. 2 ff.).

#### **E. 7.2.14**

Gemäss Bericht des Orthopäden Dr. O.\_\_\_\_\_ vom 24. Juni 2013 wurden die Diagnosen Knicksenkfuss, Spreizfuss beidseits, Fersensporn beidseits, Depression und Angstzustände gestellt. Der Beschwerdeführer leide an Ballenschmerzen, Fersenspornschermerzen plantar und sehr starken Druckschmerzen (überempfindlich). Es seien ihm Einlagen nach Mass mit Entlastung des Fersensporns beidseits verschrieben und Dehnungsübungen gezeigt worden. Zum Kontrolltermin sei er jedoch nicht mehr erschienen (act. 114 S. 10).

#### **E. 7.2.15**

Im zweiten psychiatrischen Gutachten vom 27. September 2013 von Dr. B.\_\_\_\_\_ wurden die im ersten Gutachten vom 3. Dezember 2011 gestellten Diagnosen bestätigt. Als zusätzliche Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde der Verdacht auf schädlichen Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F 10.1) genannt (act. 104 S. 14). In seiner Beurteilung hielt Dr. B.\_\_\_\_\_ fest, aus psychiatrischer Sicht sei diagnostisch von einer etwas gebesserten, weiterhin noch mittelgradigen depressiven Symptomatik, beginnend chronifiziert, und einer gebesserten Agoraphobie auszugehen. Sodann bestehe eine Tendenz zu fortgesetztem Klagen und teilweise auch Jammern, wobei doch auch eine erhebliche verbal-aggressive Komponente als Ausdruck der noch vorhandenen Ressourcen deutlich geworden sei. Mit Bezug auf die Rückenschmerzen und Schmerzen in den Füßen seien die Kriterien nach ICD-10 für das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht erfüllt, sodass sich die Beschwerden wohl überwiegend mit degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule und des Skeletts allgemein erklären liessen (vgl. act. 104 S. 12). Im Ergebnis hielt der Gutachter fest, es würden leichte bis mittelgradige Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Konzentrationsfähigkeit und der Ausdauer sowie der emotionalen Flexibilität, der emotionalen Belastbarkeit und der Stress- und Frustrationstoleranz bestehen. Neben einem etwas eingeschränkten Umstellungs- und Anpassungsvermögen würden zudem gewisse Defizite der sozialen Kompetenzen bestehen. Zusammenfassend sei von einem im Wesentlichen unveränderten psychischen Gesundheitszustand und einer unveränderten medizinischen Sachlage im Vergleich zur Erstuntersuchung im November 2011 auszugehen (vgl. act. 104 S. 14). Entsprechend bestätigte der Gutachter namentlich auch die spätestens ab dem Untersuchungszeitpunkt der ersten Begutachtung im November 2011 bestehende Arbeitsunfähigkeit von ca. 50 % (vgl. act. 104 S. 15).

#### **E. 7.2.16**

Im ärztlichen Gutachten vom 4. Oktober 2013 zuhanden der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt nannte Dr. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, eine depressive Episode, maximal leichtgradig ausgeprägt (ICD-10 F 32.0) als Hauptursache der Minderung der Erwerbsfähigkeit. In seiner ärztlichen Beurteilung der Leistungsfähigkeit hält er insbesondere fest, die cerebrale Belastbarkeit scheine anhaltend zu gering zur Aufnahme einer Arbeitstätigkeit. Ein rasche Dekompensation mit der Folge lang dauernder Krankenstände oder Spitalaufenthalte sei absehbar (act. 114 S. 20 ff.)

#### **E. 7.2.17**

Mit fachärztlicher Stellungnahme vom 6. März 2014 führte Dr. J.\_\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer leide an einer chronischen, therapieresistenten Angst und Depression gemischt (ICD-10 F 41.2) und befinde sich deswegen seit 15. November 2012 bei ihm in regelmässiger psychiatrischer Behandlung. Im Laufe der Therapie habe keine Besserung festgestellt werden können. Vielmehr sei es aufgrund der Verschlechterung immer wieder zu Fehlterminen gekommen (act. 123 S. 3 f.).

#### **E. 7.2.18**

Gemäss Arztbrief vom 8. Juni 2014 von Dr. Q.\_\_\_\_\_ und Prim. Dr. R.\_\_\_\_\_, Krankenhaus S.\_\_\_\_\_, Pulmologie, wurde anlässlich einer CT Untersuchung eine grosse Hiatushernie mit Teilverlagerung des Magens in den Thorax festgestellt. Chirurgisch sei eine Sanierung indiziert (act. 133 S. 8). Anlässlich der darauf folgenden Befundbesprechung vom 17. Juni 2014 mit Dr. T.\_\_\_\_\_ und Prim. Dr. R.\_\_\_\_\_ wurde

festgehalten, dass der Beschwerdeführer über Refluxbeschwerden berichte und er abends nichts mehr essen könne, da ansonsten im Liegen die Nahrung wieder zurückrinnen würde. Er sei mit einer operativen Sanierung einverstanden (act. 133 S. 7).

#### **E. 7.2.19**

Dr. T. \_\_\_\_\_ und Prim. Dr. R. \_\_\_\_\_, Krankenhaus S. \_\_\_\_\_, Abteilung für Pulmologie, hielten in ihrem Bericht vom 31. Juli 2014 folgende Diagnose fest: obstruktives Schlafapnoesyndrom (ICD-10 G 47.3), Schnarchen (ICD-10 R 06.5), Adipositas (ICD-10 E 66.9) und obstruktive Ventilationsstörung (ICD-10 J 44.9) bei chronischem Nikotinabusus (ICD-10 F 17.2). In der Nacht vom 30. auf den 31. Juli 2014 sei im kardiorespiratorischen Schlaflabor eine überwachte CPAP (continuous positive airway pressure) Anpassung durchgeführt worden. Im Ergebnis könne von einer erfolgreichen Therapie ausgegangen werden (act. 132 S. 6 f. = act. 133 S. 9 f.).

#### **E. 7.2.20**

Gemäss fachärztlicher Stellungnahme vom 30. September 2014 von Dr. J. \_\_\_\_\_ leide der Beschwerdeführer an einer chronischen, therapieresistenten Angst und Depression gemischt (ICD-10 F 41.2), an einer Apnoe sowie an COPD (chronic obstructive pulmonary disease). Im Laufe der Therapie habe er keine Besserung des Zustandes feststellen können. Aufgrund der Verschlechterung der Beschwerden sei es immer wieder zu Fehlterminen gekommen. Seit einiger Zeit müsse der Beschwerdeführer aufgrund massiver Ängste und Erschöpfungszustände zu seinen Terminen begleitet werden (act. 136 S. 13 f.).

#### **E. 7.2.21**

Mit Schreiben vom 4. November 2014 bestätigte Dr. T. \_\_\_\_\_, dass beim Beschwerdeführer ein schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom bestehe. Der Beschwerdeführer sei mit einem CPAP-Gerät versorgt, das er regelmässig verwende und lebenslang verwenden müssen (act. 138 S. 2).

#### **E. 7.3**

Die vorliegend angefochtene Verfügung stützt sich insbesondere auf die RAD-Berichte der IV-Ärztin Dr. U. \_\_\_\_\_.

##### **E. 7.3.1**

Mit RAD-Bericht vom 10. April 2013 empfahl Dr. U. \_\_\_\_\_ in psychiatrischer Hinsicht die Einholung eines psychiatrischen Verlaufsgutachtens beim Gutachter Dr. B. \_\_\_\_\_. In somatischer Hinsicht kam sie dagegen zum Schluss, dass keine Verschlechterung vorliege. Aufgrund der medizinischen Aktenlage machte sie im Wesentlichen folgende Feststellungen: Die neurologische Abklärung der Fusschmerzen bei Dr. N. \_\_\_\_\_ hätten keine somatische Diagnose und keine objektivierbaren somatischen Befunde ergeben. Anlässlich der orthopädischen Abklärung bei Dr. O. \_\_\_\_\_ seien Knicksenkfuss, Spreizfuss-Metatarsalgie, Hyperkyphose BWS und Fersensporn festgestellt worden und es sei eine konservative Behandlung geplant. Es bestehe keine Arbeitsunfähigkeit, wobei längeres Stehen und Gehen nicht möglich seien. Zum differenzierten adaptierten Profil wurde auf die Ausführungen von Dr. O. \_\_\_\_\_ verwiesen (vgl. act. 92 S. 3).

##### **E. 7.3.2**

Nach Einholung des psychiatrischen Gutachtens bei Dr. B. \_\_\_\_\_ hielt Dr. U. \_\_\_\_\_ im RAD-Bericht vom 17. Oktober 2013 fest, auf dieses psychiatrische Gutachten könne

vollumfänglich abgestellt werden und die medizinische Sachlage sowie die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit seien im Wesentlichen unverändert im Vergleich zur Erstuntersuchung (act. 107 S. 2).

### **E. 7.3.3**

Mit RAD-Bericht vom 2. Juli 2014 verneinte Dr. U. \_\_\_\_\_ gestützt auf ihren Bericht vom 10. April 2013 eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands in körperlicher Hinsicht. Im Einzelnen führte sie aus, die anlässlich der hausärztlich veranlassten Abklärungen festgestellten somatischen Diagnosen und Befunde seien weit davon entfernt, um zu relevanten Funktionseinschränkungen und anhaltender Arbeitsunfähigkeit zu führen. Eine zusätzliche fachärztliche Begutachtung oder gar ein polydisziplinäres Gutachten seien unverhältnismässig und überflüssig. Zwar berichte Dr. F. \_\_\_\_\_ ab Mai 2012 von einer psychischen und körperlichen Verschlechterung, doch werde im ärztlichen Gesamtgutachten von Dr. C. \_\_\_\_\_ vom 22. Mai 2012 auf die psychische Situation verwiesen, bei somatischen Befunden ohne relevante Funktionseinschränkungen. Daher sei eine monodisziplinäre psychiatrische Begutachtung angemessen und ausreichend umfassend gewesen. Das psychiatrische Gutachten von Dr. B. \_\_\_\_\_ sei beweiskräftig und es könne darauf abgestellt werden. Insbesondere setze es sich mit den abweichenden Diagnosen auseinander. Eine Veränderung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit habe er nicht festgestellt. Demgegenüber sei das letzte psychiatrische Gutachten für die österreichische Pensionsversicherungsanstalt von Dr. P. \_\_\_\_\_ in seinen Schlussfolgerungen nicht nachvollziehbar und widersprüchlich. Im Vergleich zum psychiatrischen Vorgutachten aus dem Jahre 2011 werde eine leichtere Diagnose gestellt, nämlich eine maximal leichte Episode. Weiter werde mehrfach ein sehr demonstratives und unbeobachtet deutlich differentes Verhalten beschrieben und der Medikamentenspiegel liege nicht im therapeutischen Bereich. Die Arbeitsunfähigkeit werde mit einer cerebralen Minderbelastbarkeit mit Risiko einer Dekompensation begründet, die jedoch nirgends befundmässig dokumentiert sei. Schliesslich werde die vom behandelnden Psychiater erwähnte Notwendigkeit einer Begleitung zu den Therapiestunden nicht durch psychopathologische Befunde erhärtet und stehe im Widerspruch zu der ausgebliebenen Intensivierung der Behandlung (vgl. act. 129 S. 3 f.).

### **E. 7.3.4**

Im RAD-Bericht vom 19. September 2014 stellte Dr. U. \_\_\_\_\_ fest, die neu dokumentierte schwere Schlafatemregulationsstörung sei durch Behandlung normalisierbar. Neu sei die Operationsindikation aufgrund der Grösse der Hiatushernie. Die Hiatushernie stelle allerdings keinen anhaltenden Gesundheitsschaden dar und könne operativ behandelt werden, so dass überwiegend wahrscheinlich ein Gesundheitszustand wieder hergestellt werden könne, der nicht wesentlich anders zu beurteilen sei als bisher. Weitere Abklärungen würden erst Sinn machen, wenn die Behandlungen (konsequente CPAP-Anwendung über mindestens 3-6 Monate; Operation der Hiatushernie) tatsächlich durchgeführt worden seien (act. 134 S. 2).

### **E. 7.3.5**

Schliesslich stellte Dr. U. \_\_\_\_\_ mit RAD-Bericht vom 23. Januar 2015 keine neuen medizinischen Fakten fest und bestätigte die früheren RAD-Stellungnahmen vom 2. Juli 2014 bzw. 19. September 2014 (act. 139 S. 2).

### **E. 7.4**

RAD-Berichte müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (vgl. E. 4.4 vorstehend). Ihre Funktion besteht 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 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 (Urteile des BGer 8C\_756/2008 vom 4. Juni 2009 E. 4.4, in: SVR 2009 IV Nr. 50; 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Ärztinnen und Ärzte des RAD ihre Beurteilungen nicht aufgrund eigener Untersuchungen abgeben, sondern lediglich die vorhandenen Befunde aus versicherungsmedizinischer Sicht zu würdigen haben. Ihre Stellungnahmen 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\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 und 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 m.w.H.). Soll im Gerichtsverfahren einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die (versicherungsinterne) Beurteilung des RAD entschieden werden, sind an die Beweiswürdigung 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 (vgl. BGE 135 V 465; 122 V 157 E. 1d; Urteile des BGer 8C\_874/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3 und 9C\_8/2011 vom 21. Februar 2011 E. 4.1.3).

#### **E. 7.4.1**

In psychiatrischer Hinsicht stützen sich die RAD-Berichte, insbesondere derjenige vom 2. Juli 2014, auf das psychiatrische Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_\_ vom 27. September 2013. Dieses Gutachten beruht auf einer psychiatrischen Untersuchung des Beschwerdeführers, wurde unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden, nach Einsicht in die Vorakten sowie unter Vergleich mit dem Gesundheitszustand im Zeitpunkt der ersten Begutachtung im Jahr 2011 abgegeben und ist in sich schlüssig. Zudem erörterte der Gutachter in nachvollziehbarer Weise die Abweichungen zu den Diagnosen und Beurteilungen der behandelnden Psychiater. Im Einzelnen führte er dazu aus, die Diagnose Angst und depressive Störung gemischt sei die leichteste psychische Störung, die nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit führe und die auch nicht gestellt werden dürfe, wenn zumindest eine Komponente Angst oder Depression, als eigenständige Störung vorliege. Weiter werde die sehr hohe Arbeitsunfähigkeit durch die Kollegen nicht eingehend begründet (vgl. act. 104 S. 17). Nach dem Gesagten kommt dem psychiatrischen Gutachten vom 27. September 2013 volle Beweiskraft zu und es kann grundsätzlich auf dessen Ergebnis, wonach sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Wesentlichen nicht verändert habe, abgestellt werden. Dass daran auch die späteren Berichte der behandelnden Psychiater nichts zu ändern vermögen, wurde in den RAD-Berichten vom 2. Juli 2014, 19. September 2014 sowie 23. Januar 2015 schlüssig und in Anlehnung an das bereits im beweiskräftigen psychiatrischen Gutachten Ausgeführte dargelegt.

#### **E. 7.4.2**

In somatischer Hinsicht wurde in den RAD-Berichten vom 10. April 2013 und 2. Juli 2014 gestützt auf die in den Akten liegenden Arztberichte eine rentenrelevante gesundheitliche

Beeinträchtigung verneint.

#### **E. 7.4.2.1**

Dass beim Beschwerdeführer ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom diagnostiziert wurde und er sich deswegen in Behandlung begeben hatte, geht erstmals aus dem Bericht von Dr. H. \_\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2012 hervor. Anlässlich der Anpassung des CPAP-Gerätes wurde festgehalten, es könne im Ergebnis von einer erfolgreichen Therapie ausgegangen werden. Zum tatsächlichen Verlauf der Krankheit, der Therapiewirkungen des CPAP-Geräts und der allfälligen Auswirkungen der Schlafapnoe auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, sind jedoch keine fachärztlichen Berichte aktenkundig. Die Tatsachen, dass die Therapieprognose bei der Anpassung des CPAP-Geräts positiv beurteilt wurde und dass der Beschwerdeführer das Gerät auch regelmässig verwende, lassen jedenfalls nicht ohne weiteres darauf schliessen, dass der Beschwerdeführer an keinerlei Einschränkungen aufgrund der Schlafapnoe mehr leidet. Hinzu kommt, dass in den fachärztlichen Berichten jegliche Angaben zu den Auswirkungen der Schlafapnoe auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers fehlen. Hinsichtlich der Schlafapnoeproblematik des Beschwerdeführers erweist sich der medizinische Sachverhalt somit als nicht hinreichend abgeklärt.

#### **E. 7.4.2.2**

Im Zusammenhang mit den Schmerzen des Beschwerdeführers in den Füßen wurden in neurologischer Hinsicht im Wesentlichen keine abnormen Befunde erhoben. Hingegen stellte Dr. O. \_\_\_\_\_ aus orthopädischer Sicht folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Knicksenkfuss, Spreizfuss-Metatarsalgie und Fersensporn. Sodann hielt Dr. O. \_\_\_\_\_ erhebliche Funktionseinschränkungen fest, die beim Profil für eine angepasste Tätigkeit zu berücksichtigen seien. Zwar bezeichnete er die Prognose einer konservativen Behandlung mit Einlagen als gut, doch liegen keine ärztlichen Berichte zum weiteren Behandlungsverlauf vor. Aus dem psychiatrischen Gutachten vom 27. September 2013 geht aber hervor, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Exploration vom 29. August 2013 weiterhin darüber klagte, dass ihm die Füße schmerzten und er nicht mehr laufen könne. Zwar habe er orthopädische Schuhe bekommen, doch die Füße täten ihm auch damit nach kurzer Zeit weh (vgl. act. 104 S. 7). Des Weiteren hat der Beschwerdeführer undatierte Fotos seiner angeschwollenen Füße eingereicht (Beilage 21 zu BVGer act. 1). Demnach bestehen konkrete Anhaltspunkte, dass nach wie vor Funktionseinschränkungen der Füße vorliegen. Jedoch fehlt eine medizinische Beurteilung über das Ausmass dieser Einschränkungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten sowie in einer adaptierten Tätigkeit. Somit erweist sich der medizinische Sachverhalt auch bezüglich der Fussproblematik des Beschwerdeführers ebenfalls als nicht hinreichend abgeklärt.

#### **E. 7.4.2.3**

Mit Bezug auf den Bewegungsapparat stellte Dr. C. \_\_\_\_\_ in seinem ärztlichen Gesamtgutachten vom 22. Mai 2012 lediglich leichtgradige Aufrichtbeschwerden fest bei im Übrigen freier Beweglichkeit von Wirbelsäule und Gelenken. Demgegenüber berichtet Dr. I. \_\_\_\_\_ am 1. November 2012 von einer zusätzlichen Verschlechterung unter anderem mit allgemeinen Gelenkschmerzen. Anlässlich der Röntgenuntersuchung der Thoraxorgane vom 10. Dezember 2012 wurde als Nebendiagnose Hyperkyphose genannt, während bei einer früheren radiologischen Untersuchung noch von einem

altersentsprechenden Befund im Bereich der Brustwirbelsäule die Rede war (vgl. act. 9 S. 16). Dr. O. \_\_\_\_\_ zählt sodann in seinem Bericht vom 19. März 2013 die Hyperkyphose der Brustwirbelsäule zu den Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Da bei diesem Bericht jedoch die Fussproblematik des Beschwerdeführers im Zentrum stand, ist nicht ersichtlich, ob und gegebenenfalls inwiefern sich aus der Hyperkyphose Einschränkungen ergeben. Schliesslich hielt Dr. B. \_\_\_\_\_ in seinem psychiatrischen Gutachten vom 27. September 2013 fest, dass die Rückenschmerzen nicht als somatoforme Schmerzstörung qualifiziert werden könnten, weshalb er die Vermutung äusserte, die Schmerzen liessen sich wohl überwiegend mit degenerativen Veränderung im Bereich der Wirbelsäule und des Skeletts allgemein erklären. Eine fachmedizinische Abklärung für die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Rücken- und Gelenkschmerzen wurde aber nicht durchgeführt, womit der medizinische Sachverhalt auch mit Blick auf die in den ärztlichen Berichten erwähnten Befunde an Wirbelsäule und Gelenken sowie deren allfälligen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht genügend abgeklärt ist.

#### **E. 7.4.2.4**

Die Diagnosen axiale Hiatushernie und gastroösophagealer Reflux waren schon im Verfahren betreffend die Rentenzusprache vom 29. März 2012 bekannt (vgl. act. 27 S. 2; act. 31 S. 2) und werden durch die ärztlichen Berichte im Rahmen des vorliegenden Verfahrens um Rentenrevision bestätigt. Aus den ärztlichen Berichten vom 8. und 17. Juni 2014 ergibt sich, dass die Refluxbeschwerden einen direkten Zusammenhang mit der axialen Hiatushernie haben. Ebenso geht aus diesen Berichten hervor dass eine operative Sanierung indiziert ist, womit sich der Gesundheitszustand in dieser Hinsicht verschlechtert haben dürfte. Hinzu kommt, dass Dr. F. \_\_\_\_\_ die axiale Hiatushernie in seinem Bericht vom 4. Februar 2013 zu den Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zählte, wenn auch ohne nähere Ausführungen. Aus den vorliegenden medizinischen Berichten ist nicht ersichtlich, ob und gegebenenfalls inwiefern sich die genannten Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken und ob die empfohlene Operation dem Beschwerdeführer überhaupt zumutbar ist. Der Beschwerdeführer macht diesbezüglich geltend, dass eine Operation aufgrund von Gewichtsproblemen derzeit nicht möglich sei. Demzufolge erweist sich der medizinische Sachverhalt auch in dieser Hinsicht als nicht umfassend abgeklärt.

#### **E. 7.4.3**

Zusammenfassend ergibt sich, dass der medizinische Sachverhalt in psychiatrischer Hinsicht ausreichend abgeklärt wurde, nicht jedoch in somatischer Hinsicht. Aus den vorliegenden ärztlichen Berichten lassen sich namentlich in somatischer Hinsicht weder lückenlose Befunde noch eine abschliessende Feststellung des medizinischen Sachverhaltes ableiten. Damit fehlt es aber an der Grundlage für die Erstellung eines RAD-Berichts, der den beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht zu genügen vermag. Auf die RAD-Berichte von Dr. U. \_\_\_\_\_ kann folglich nicht abgestellt werden.

#### **E. 7.5**

Nach dem Gesagten ist es aufgrund des unvollständig festgestellten Sachverhaltes nicht möglich, abschliessend zu prüfen, ob seit der Rentenzusprache am 29. März 2012 eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten ist, und die angefochtene Verfügung ist infolgedessen aufzuheben.

#### **E. 7.5.1**

Gemäss Art. 61 Abs. 1 VwVG entscheidet die Beschwerdeinstanz in der Sache selbst oder weist diese ausnahmsweise mit verbindlichen Weisungen an die Vorinstanz zurück. Ein Rückweisungsentscheid rechtfertigt sich vor allem dann, wenn weitere Tatsachen festgestellt werden müssen und ein umfassendes oder jedenfalls aufwendiges Beweisverfahren durchzuführen ist (Weissenberger/Hirzel, in: Waldmann/Weissenberger (Hrsg.), Praxiskommentar VwVG, 2. Aufl. 2016, N 16 zu Art. 61 VwVG). Hinzu kommt, dass vorliegend die Sachverhaltsabklärung in erster Linie auf der Stufe des Administrativverfahrens zu erfolgen hat (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; BGE 137 V 210 E. 4.2). Die Sache ist daher mit der nachfolgenden Weisung zur ergänzenden Abklärung und Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

#### **E. 7.5.2**

Aus den vorliegenden medizinischen Berichten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer neben psychiatrischen Einschränkungen - die letztlich zur Rentenzusprache am 29. März 2012 führten - auch an Beschwerden somatischer Natur leidet, deren Ausmass und Auswirkung auf seine Arbeitsfähigkeit in seiner angestammten Tätigkeit wie auch in einer adaptierten Tätigkeit im Rahmen des Verfahrens um Rentenrevision nicht genügend abgeklärt worden sind. Die verschiedenartigen Leiden des Beschwerdeführers erfordern eine interdisziplinäre Beurteilung. Die Vorinstanz wird daher angewiesen, in Zusammenarbeit mit dem RAD in der Schweiz ein polydisziplinäres Gutachten im Sinne von Art. 72bis IVV einzuholen. Dabei sind für die Beurteilung der Schmerzen in den Füßen, im Rücken und in den Gelenken ein Facharzt für Orthopädie - dessen Fachkompetenz sich auch auf rheumatologische Leiden erstreckt, zumal Gegenstand der Rheumatologie (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates sind (vgl. Urteil des BGER 9C\_688/2016 vom 16. Februar 2017 E. 3.5) -, für die Schlafatemstörung ein Facharzt für Pulmologie und für die Beschwerden im Zusammenhang mit der Hiatushernie ein Facharzt für Innere Medizin beizuziehen. Um die umfassende Gesamtbeurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers im interdisziplinären Kontext zu gewährleisten, ist für die Beurteilung der psychischen Beschwerden zudem erneut ein Facharzt für Psychiatrie beizuziehen. Dies ist im vorliegenden Fall auch für die klare Abgrenzung von psychischen und somatischen Beschwerden geboten. Ob allenfalls weitere Spezialisten zu involvieren sind, wird in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz bzw. der Gutachter gestellt. Im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung werden sich die Gutachter insbesondere auch mit der Frage der erheblichen Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Rentenzusprache am 29. März 2012 auseinanderzusetzen haben.

#### **E. 7.5.3**

Mit Blick auf den vorgängigen Erlass einer nichtigen Verfügung (Urteil des BVGer C-115/2014 vom 15. Januar 2014) und einem vorgängig nicht rechtskonform durchgeführten Vorbescheidverfahren (Urteil des BVGer C-1231/2014 vom 28. Mai 2014) wird die Vorinstanz angewiesen, die Vorbereitung der Begutachtung nun unverzüglich an die Hand zu nehmen.

#### **E. 8**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der medizinische Sachverhalt nicht genügend abgeklärt wurde, weshalb es nicht möglich ist, die Frage, ob seit der Rentenzusprache am 29. März 2012 eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten und

gegebenenfalls eine Rentenanpassung gerechtfertigt ist, abschliessend zu prüfen. Die Beschwerde ist daher insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Dabei ist die Vorinstanz anzuweisen, den Beschwerdeführer in der Schweiz im Rahmen einer polydisziplinären Begutachtung durch Fachärzte in Orthopädie, Pulmologie, Innere Medizin sowie Psychiatrie abklären zu lassen, wobei der Beizug weiterer Spezialisten in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz zu stellen ist.

### **E. 9.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 137 V 57 E. 2.1 m.H.), sind dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Ihm ist der geleistete und nicht bereits rückerstattete Kostenvorschuss von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 9.2**

Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz (Art. 64 Abs. 1 VwVG, Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen) angemessen (Art. 9 Abs. 1, Art. 10 Abs. 2 VGKE).

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