

BVGer C-2137/2010 vom 15. Januar 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-01-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2137_2010

FR: TAF C-2137/2010 du 15 janvier 2013

IT: TAF C-2137/2010 del 15 gennaio 2013

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a bis 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.3

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung vom 8. März 2010 (act. 236) ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet worden ist, ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

E. 1.4

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 8. März 2010 (act. 236), mit welcher der Anspruch auf eine höhere als eine halbe IV-Rente abgewiesen worden ist. Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit dieser Verfügung und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Vorinstanz den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

E. 1.5

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

Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren weiter anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

E. 2.1

Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben zunächst die Bestimmungen des Abkommens vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 198 E. 2B, 122 V 381 E. 1 mit Hinweis). Zwischenzeitlich hat die Schweiz mit Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Kroatien, Slowenien, Mazedonien), nicht aber mit den Republiken Serbien bzw. (nach dessen Unabhängigkeitserklärung) Kosovo, neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Für den Beschwerdeführer als serbischen Staatsangehörigen findet demnach weiterhin das schweizerisch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 8. Juni 1962 Anwendung (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer] C-4828/2010 vom 7. März 2011 E. 5.4). Nach Art. 2 dieses Abkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Da vorliegend keine abweichenden Bestimmungen zur Anwendung gelangen, bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung gemäss vorstehender Ausführungen auf Grund des IVG, der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 832.201), des ATSG sowie der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11).

E. 2.2

Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1), sind die Leistungsansprüche für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 8. März 2010 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die

aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Die Normen des vom Bundesrat auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) sind vorliegend nicht anwendbar.

E. 2.3

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7). 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). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

E. 2.4

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1).

E. 2.5

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) 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. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 %

entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme, wie sie seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz gilt, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1), ist vorliegend nicht gegeben. Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: BGer) stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

E. 2.6

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

E. 2.7

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum

Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen). Auf Stellungnahmen der RAD resp. der medizinischen Dienste kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil des EVG I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des BGer 9C_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen).

E. 3

Hinsichtlich der zeitlichen Anknüpfungspunkte hat im vorliegenden Fall als letztmaliger, das Ergebnis einer rechtsgenügenden materiellen Prüfung des Rentenanspruchs darstellender Rechtsakt der unangefochten in Rechtskraft erwachsene Einspracheentscheid vom 16. Oktober 2006 zu gelten (act. 153; vgl. auch act. 156; BGE 133 V 108 E. 5.4, 130 V 343 E. 3.5.2, 125 V 368 E. 2, SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1); mit diesem wurde die - mit ursprünglicher Verfügung vom 23. Januar 1986 (act. 15) mit Wirkung ab 1. März 1985 zugesprochene und mehrmals revidierte (vgl. insb. act. 19, 29, 44, 49 und 62) - halbe IV-Rente erneut bestätigt. Zu beurteilen ist daher, ob zwischen dem Einspracheentscheid vom 16. Oktober 2006 und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 8. März 2010 eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten war, die geeignet war bzw. ist, den IV-Grad des Beschwerdeführers in rentenrelevanter Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.6 hiervor).

E. 3.1

Im Rahmen des Erlasses des Einspracheentscheids vom 16. Oktober 2006 stützte sich die Vorinstanz in erster Linie auf die Berichte der Dres. med. C. _____ (Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation) und D. _____ (Facharzt für Allgemeine Innere Medizin) vom 18. August 2005 und 28. September 2006 (act. 133 und 152). Dr. med. C. _____ berichtete, der Versicherte habe 1984 eine Kompressionsfraktur LWK1-3 und

beidseits extraarticuläre Calcaneusfrakturen erlitten. Schon im Jahre 2000 sei er wegen einer Depression mit Limbitrol behandelt worden. Hinzu komme noch eine medikamentös behandelte arterielle Hypertonie und eine Hypercholesterinämie. Eine Hepathomegalie und bilaterale Cystennieren seien 2005 nachgewiesen worden. Die geklagten psychischen und organischen Beschwerden hätten sich in keiner Weise gebessert. Der Zustand müsse als stationär angesehen werden (act. 133). Dr. med. D. _____ führte im Wesentlichen aus, orthopädischerseits würden der radiologische Befund einer Verschmälerung der Bandscheibe auf Niveau L5/S1 sowie persistierende Rückenbeschwerden erwähnt. Es lägen keine neuen klinischen Ausfälle auch nicht am Bewegungsapparat vor. Weiter werde von normalen klinischen internistischen Befunden berichtet (normales Herz und EKG). Die Bronchitis werde lege artis behandelt. Die Echobefunde (Casten in den Nieren) hätten überhaupt keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die leicht reduzierte Stimmung werde mit leichten Medikamenten behandelt. Stationäre oder intensive ambulante psychiatrische Behandlungen hätten mangels Notwendigkeit nicht stattgefunden. Es gäbe überhaupt keine Anhaltspunkte, weshalb der Versicherte nicht weiterhin in einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit oder im Haushalt leichte Arbeiten zu 50 % verrichten könnte. Die Restarbeitsfähigkeit habe sich klar nicht verändert; an der bisherigen Beurteilung sei festzuhalten.

E. 3.2

Beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 8. März 2010 dienten der Vorinstanz als Entscheidbasis Berichte von Ärztinnen und Ärzten des RAD. Diese sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und zu würdigen.

E. 3.2.1

In Kenntnis zahlreicher ausländischer medizinischer Dokumente (act. 160 bis 183) führten die Dres. med. E. _____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) und C. _____ (Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation) am 9. Oktober 2008 aus, aus somatischer und psychiatrischer Sicht bestünden keine Anhaltspunkte, weshalb der Versicherte nicht weiterhin zu 50 % arbeiten könne. Es bestehe weder eine schwerwiegende psychiatrische Krankheit noch eine Verschlechterung gegenüber der Situation anlässlich der letzten Rentenrevision. Bei den Stellungnahmen der Dres. med. E. _____ und C. _____ - wie auch bei denjenigen der Dres. med. D. _____, F. _____ und G. _____ (vgl. E. 3.2.2 ff. hiernach) - handelt es sich um Berichte im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG (vgl. zum Sinn und Zweck dieser gesetzlichen Norm sowie zu Art. 49 IVV Urteil 9C_323/2009 des BGer vom 14. Juli 2009 E. 4.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Berichten nach Art. 59 Abs. 2bis IVG kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidrelevante Aktenstücke (Urteil I 143/07 des BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5). Die Dres. med. E. _____ und C. _____ verfügen mit Blick auf die beim Beschwerdeführer zwar vorhandenen, aber nicht überaus schwerwiegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen über genügend Fachwissen, um eine überzeugende, schlüssige und somit rechtsgenügende Beurteilung abgeben zu können. Ein Vergleich der von den Dres. med. C. _____ und D. _____ anlässlich des Einspracheentscheids vom 16. Oktober 2006 gewürdigten medizinischen Akten (act. 84 bis 130, 141, 143 bis 148) mit denjenigen, die den Dres. med. E. _____ und C. _____ im Zusammenhang mit dem angefochtenen Entscheid zur Verfügung standen (act. 160 bis 183), zeigt, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten in psychischer Hinsicht

nicht verändert resp. verschlechtert hat. Nach wie vor liegt bei ihm eine Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10: F41.2), vor (act. 130 und 183). In somatischer Hinsicht liegt ebenfalls keine rentenrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor. Hinweise darauf, dass die im Bericht vom Urologen Dr. med. H. _____ diagnostizierte inkomplette Harnverhaltung im Sinne einer Verschlechterung zusätzliche relevante Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit hätte, lassen sich den Akten nicht entnehmen. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Blasenproblematik bereits im Januar 2006 erwähnt worden war (act. 146). Nach dem Dargelegten ist somit in einem ersten Schritt festzustellen, dass bis zum Zeitpunkt des Berichts der Dres. med. E. _____ und C. _____ vom 9. Oktober 2008 keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Weiter ist zu prüfen, wie sich die gesundheitliche Situation nach diesem Zeitpunkt präsentiert.

E. 3.2.2

Nachdem Dr. med. F. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, weitere ärztliche Dokumente aus Serbien (act. 189 bis 194) gewürdigt hatte, berichtete sie am 14. April 2009 (act. 197) von einer unveränderten Arbeitsunfähigkeit. Weiter erwähnte sie, es bestehe keine Verschlechterung gegenüber der Situation anlässlich der letzten Rentenrevision. Auch die Ausführungen von Dr. med. F. _____ sind mit Blick auf die vorstehend erwähnten Berichte resp. Ausführungen überzeugend und schlüssig, weshalb in einem zweiten Schritt festzuhalten ist, dass auch bis zum 14. April 2009 keine gesundheitliche Verschlechterung mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingetreten ist. Dass Dr. med. F. _____ als Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation nicht über Spezialwissen im Bereich der Radiologie und Urologie verfügt, vermag an der Schlüssigkeit ihres Berichts nichts zu ändern, zumal ihr entsprechende Fachberichte zur Verfügung standen und sie als Medizinerin durchaus in der Lage war bzw. ist, zu beurteilen, ob eine Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten ist oder nicht. Für diesen ab dem 14. April 2009 gilt Folgendes:

E. 3.2.3

Nach Eingang eines weiteren Arztberichtes aus Serbien vom 9. Juni 2009 (act. 211) bezogen die Dres. med. G. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, und F. _____ am 30. Juni 2009 Stellung (act. 213). Ihr Fazit lautete dahingehend, dass in der Spirometrie angeblich eine schwere obstruktive Störung mit kleinen Atemvolumina bestehe. Diesbezüglich sei die Dokumentation ungenügend. Man brauche die Spirometrikurve und die genauen Messwerte sowie Angaben zur Inhalationstherapie - allenfalls die Spirometrie nach Inhalation mit Ventolin. Ebenfalls solle ein Röntgenbild des Thorax verlangt werden bei beschriebener chronischer Herzinsuffizienz zum Ausschluss einer Überwässerungsproblematik.

E. 3.2.4

In der Folge würdigte der RAD die neu eingereichten ärztlichen Unterlagen - unter anderem auch die Spirometrikurve und Röntgenbilder vom 21. Juli 2009 (act. 215 bis 227). Dr. med. F. _____ hielt in ihrem Schlussbericht vom 17. Februar 2010 fest, aus internistischer Sicht sei ein - unter Inhalationstherapie - reversibles Asthma bronchiale (ICD-10: J45.9) ohne Hypoxämienachweis festzuhalten - nach der Inhalationstherapie liege fast eine Normalisierung der Befunde vor. Limitationen ergäben sich demzufolge aus der Exposition

mit Lungenreizstoffen, inhalativen Noxen sowie schweren körperlichen Arbeiten. Für leichte bis mittelschwere Arbeiten bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Bildgebend zeige sich auf dem Röntgenbild des Thorax von 2009 kein Hinweis auf eine schwere dekompensierte Herzinsuffizienz - im Gegenteil müsse eine Befundbesserung zum beigelegten Röntgenbild aus dem Jahre 2006 mit regredienter Herzgrösse und praktisch Normalisierung der zentralen Umverteilung und "dirty chest" festgehalten werden. Somit seien aus internistischer Sicht keine zusätzlichen neuen invalidisierenden Gesundheitsprobleme festzuhalten. Die Nierenzysten, die Hepatomegalie, die arterielle Hypertonie und die postulierte Herzinsuffizienz hätten aufgrund der vorgelegten Informationen keinen invalidisierenden Charakter. Es lägen keinerlei Hinweise auf eine wie auch immer geartete IV-relevante Verschlechterung des psychischen Zustands der Versicherten vor. Es sei aus den ärztlichen Dokumenten klar ersichtlich, dass im Wesentlichen seit über 20 Jahren der gleiche psychische Zustand vorliege, auch wenn sich die psychiatrische Terminologie seither gewandelt habe und Gleiches jetzt anders heisse. Obwohl der Bericht von Dr. med. F. _____ vom 17. Februar 2010, auf welchen sich die Vorinstanz - nebst den anderen RAD-Stellungnahmen - insbesondere stützte, nicht über den (quantitativen) Umfang einer Expertise verfügt, erfüllt er die von der Rechtsprechung an den Beweiswert gestellten Kriterien, da darin die verlangten ärztlichen Dokumente (vgl. E. 3.2.3 hiervor) sowie der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers insgesamt schlüssig und überzeugend gewürdigt worden sind. Dr. med. F. _____ verfügt mit Blick auf die beim Beschwerdeführer zwar vorhandenen, aber nicht überaus schwerwiegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen über genügend Fachwissen, um überzeugend, schlüssig und somit rechtsgenügend beurteilen zu können, dass keine rentenrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustands in somatischer Hinsicht eingetreten ist. Dies insbesondere auch deshalb, weil ihr zahlreiche fachärztliche Stellungnahme des RAD sowie ausländische Berichte von Fachärztinnen und -ärzten zur Verfügung standen. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass aus der am 6. Juli 2009 durchgeführten Operation keine länger dauernde, rentenrelevante Verschlechterung resultierte (act. 223). Aufgrund der medizinischen Akten ist darüber hinaus ohne weiteres klar ersichtlich, dass sich auch der psychische Zustand des Versicherten nicht rentenrelevant verschlechtert hat. Zwar wurde im Bericht von Dr. med. I. _____ vom 27. Juli 2009 die Diagnose einer depressiven Episode (ICD-10: F32) gestellt. Mit Blick auf die Beschreibung der Symptomatik sowie der Ausführungen im Bericht vom 17. Februar 2010, wonach sich die psychiatrische Terminologie gewandelt habe, ist jedoch ohne weiteres von einem im wesentlichen unveränderten depressiven Geschehen auszugehen. Dass Dr. med. E. _____ den Bericht vom 17. Februar 2010 möglicherweise mitverfasst, jedoch nicht eigenhändig unterschrieben hat, fällt nicht weiter ins Gewicht, da seit seiner letzten Beurteilung vom 9. Oktober 2008 bis zum 17. Februar 2010 keine aktenkundige Veränderung des psychischen Gesundheitszustand eingetreten ist, was Dr. med. F. _____ in Kenntnis der ausländischen (fach-)ärztlichen Berichte auch ohne Spezialausbildung in der medizinischen Disziplin Psychiatrie und Psychotherapie überzeugend dargelegt hat.

E. 4

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzustellen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers resp. die Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit zwischen dem 16. Oktober 2006 und dem 8. März 2010 nicht in einer Art und Weise geändert hat, die geeignet wäre, den IV-Grad in rentenrelevanter Weise zu beeinflussen. Unter diesen Aspekten kann offen gelassen werden, ob als Revisionsdatum

der 23. März oder der 1. April 2008 zu gelten hat. Da sich weder in medizinischer noch in erwerblicher Hinsicht eine Veränderung ergeben hat, hat die Vorinstanz zu Recht auf die Durchführung eines (bezahlten) Einkommensvergleichs verzichtet (vgl. hierzu Urteil des BGer 8C_185/2012 vom 31. Mai 2012 E. 3).

E. 5

Betreffend die nach Verfügungserlass vom 8. März 2010 erstellten und eingegangenen Berichte (B-act. 14 und 18) ist schliesslich festzustellen, dass das Bundesverwaltungsgericht die Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung nach dem Sachverhalt beurteilt, der zur Zeit seines Erlasses (8. März 2010) gegeben war; Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügungsverfügung sein (BGE 130 V 138 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b mit Hinweis). Insofern haben diese Berichte im vorliegenden Verfahren unberücksichtigt zu bleiben. Abschliessend ist mit Blick auf die Schreiben der Suva vom 27. August und 14. Dezember 2010 (B-act. 13 und 15) resp. das unfallversicherungsrechtliche Verfahren festzuhalten, dass die IV-Stellen und die Unfallversicherer die Invaliditätsbemessung in jedem Einzelfall selbstständig vorzunehmen haben. Keinesfalls dürfen sie sich ohne weitere eigene Prüfung mit der blossen Übernahme des Invaliditätsgrads des Unfallversicherers bzw. der IV-Stelle begnügen (BGE 126 V 288 E. 2d). Nach dem Urteil des Bundesgerichts vom 13. Januar 2004 (publiziert in AHI 2004 S. 186) und BGE 131 V 362 entfaltet die Invaliditätsschätzung der Invalidenversicherung gegenüber dem Unfallversicherer keine Bindungswirkung; dasselbe gilt auch in umgekehrter Hinsicht (BGE 133 V 549 E. 6).

E. 6

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen erweist sich die angefochtene Verfügung vom 8. März 2010 als rechtens, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde vom 1. April 2010 abzuweisen ist.

E. 7

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

E. 7.1

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese werden nach den Vorschriften des VwVG sowie des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) auf Fr. 400.- festgesetzt (vgl. Art. 3 VGKE und Art. 63 Abs. 5 VwVG in Verbindung mit Art. 16 Abs. 1 Bst. a VGG) und sind mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen.

E. 7.2

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch in der Regel keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE), wobei die Voraussetzungen einer Ausnahme im konkreten Falle nicht erfüllt sind (vgl. BGE 127 V 205). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist entsprechend dem Verfahrensausgang keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

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