

# **BVGer C-228/2014 vom 20. April 2015**

Bundesverwaltungsgericht, 2015-04-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-228\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-228_2014)

FR: TAF C-228/2014 du 20 avril 2015

IT: TAF C-228/2014 del 20 aprile 2015

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

### **E. 1.2**

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist.

### **E. 1.3**

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Rechtsanwalt Francisco José Vazquez Bürger, welcher die Beschwerde unterzeichnet hat, ist vom Beschwerdeführer am 7. Januar 2014 rechtsgültig bevollmächtigt worden (B-act. 1 Beilage 2). Er ist daher zur Beschwerdeführung im Namen des Beschwerdeführers legitimiert.

### **E. 1.4**

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (60 ATSG, Art. 52 und Art. 63 Abs. 1 VwVG).

### **E. 2.1**

Der Beschwerdeführer ist spanischer Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Spanien, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) anzuwenden ist. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der

Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71), und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

### **E. 2.2**

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

### **E. 2.3**

Laut Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Mitgliedstaats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger jedes anderen in Betracht kommenden Mitgliedstaats verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Mitgliedstaaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Letzteres ist mit Bezug auf das Verhältnis zwischen Spanien und der Schweiz nicht der Fall. Eine entsprechende (gleichlautende) Regelung sah Art. 40 Abs. 4 und Anhang V der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vor.

### **E. 2.4**

Der Träger eines Mitgliedstaats hat jedoch gemäss Art. 49 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 bzw. nach Art. 40 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 die von den Trägern der anderen Mitgliedstaaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte sowie die verwaltungsmässigen Auskünfte ebenso zu berücksichtigen, als wären sie in seinem eigenen Mitgliedstaat erstellt worden. Jeder Träger behält indessen die Möglichkeit, die antragstellende Person durch einen Arzt oder eine Ärztin seiner Wahl untersuchen zu lassen. Es besteht hingegen keine Pflicht zur Durchführung einer solchen Untersuchung (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1-2.4).

### **E. 2.5**

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 7. November 2013) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den in Kraft stehenden Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Daher sind hier die ab 1. Januar 2003 geltenden Bestimmungen des ATSG anwendbar. Bei den materiellen

Bestimmungen des IVG und der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.201) ist daher auf die Fassung gemäss den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) abzustellen. Soweit ein Rentenanspruch ab dem 1. Januar 2012 zu prüfen ist, sind weiter die mit der 6. IV-Revision zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Gesetzes- und Verordnungsänderungen zu beachten.

### **E. 2.6**

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Anspruch auf eine Rente versicherte Personen, die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 AGS) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (sog. Wartefrist).

### **E. 2.7**

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. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden jedoch 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, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

### **E. 3.1**

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

### **E. 3.2**

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz 450; vgl. auch BGE 122 V 162 E. 1d; 122 II 464 E. 4a; 120 Ib 224 E. 2b). Diese Praxis wurde vom Bundesgericht immer wieder bestätigt (vgl. z.B. das Urteil des Bundesgerichts 9C\_108/2010 vom 15. Juni 2010 E. 4.2.2).

### **E. 3.3**

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 der Ärztin ist es dabei, 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 Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidensbedingt eingeschränkt ist. Im Vordergrund stehen dabei vor allem jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung bzw. von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 20 E. 2b). 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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen). Auch auf Stellungnahmen eines RAD kann nur abgestellt werden, sofern sie diesen beweisrechtlichen Anforderungen genügen. Zudem müssen die Ärztinnen und Ärzte des RAD über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1 und 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person persönlich untersucht wird. Das Fehlen eigener Untersuchungen vermag daher einen RAD-Bericht für sich alleine nicht in Frage zu stellen. Die 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).

#### **E. 4.1**

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

#### **E. 4.2**

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Eine Invalidenrente ist demnach nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5, BGE 117 V 198 E. 3b mit Hinweisen). Dagegen stellt nach ständiger Rechtsprechung die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C\_552/2007 vom 17. Januar 2008 E. 3.1.2;

Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 2004 IV Nr. 5 E. 2 [I 574/02]; AHI 2002 S. 65 E. 2 [I 82/01]; vgl. auch BGE 112 V 371 E. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a).

### **E. 4.3**

Ob eine unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten erhebliche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheides; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dagegen ist die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes kein Revisionsgrund unterschiedliche Beurteilungen sind revisionsrechtlich nur dann beachtlich, wenn sie Ausdruck von Änderungen der tatsächlichen Verhältnisse sind (siehe nur BGE 115 V 313 E. 4a/bb mit Hinweisen SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a).

### **E. 4.4**

Vor Erlass der angefochtenen Verfügung fand eine materielle Überprüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung letztmals im Rahmen des Verfahrens statt, das mit Verfügung der IVSTA vom 16. Februar 2010 abgeschlossen wurde (vgl. IV 84). Vorliegend ist daher zu prüfen, ob, und gegebenenfalls ab wann sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass der ursprünglichen Rentenverfügung vom 16. Februar 2010 (Referenzzeitpunkt) bis zum Erlass der hier streitigen Revisionsverfügung vom 7. November 2013 (Revisionszeitpunkt) in massgebender Weise verändert hat.

### **E. 5.1**

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die IVSTA zu Recht revisionsweise den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Viertelsrente bestätigt und damit einen Anspruch auf eine höhere Rente verneint hat. Im Speziellen ist zu prüfen, ob die vom Beschwerdeführer erhobene Kritik, es seien (im Revisionsverfahren) nicht alle Arztberichte berücksichtigt worden, berechtigt ist und damit eine Verletzung der der Vorinstanz obliegenden Abklärungs- und Begründungspflicht vorliegt.

#### **E. 5.2.1**

Dem in Rechtskraft erwachsenen Rentenentscheid vom 16. Februar 2010 liegt folgende medizinische Beurteilung auf der Grundlage von Arztberichten aus dem Zeitraum August 2001 bis Juni 2009 zugrunde: Dr. B. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes der Vorinstanz nannte in seiner Stellungnahme vom 1. November 2009 (IV 78) folgende Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: leichte-mittlere mentale Beeinträchtigung [Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten, Demenz]. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte er auf: eine chronische Pankreatitis [Entzündung der Bauchspeicheldrüse] mit Unterleibschmerzen (ohne signifikante Verschlechterung seit 2003), mit jedoch gut erhaltenem Allgemein- und Ernährungszustand, einen Status nach Cholezystektomie [Entfernung Gallenblase], eine

einfache Fettleber, einen Status nach Vagotomie [operative Behandlung eines Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwürs] ohne beschriebenes Dumpingsyndrom [Sturzentleerung des Magens in den Dünndarm], einen chronischen Äthylismus [Alkoholkrankheit] in Abstinenz seit mehreren Jahren sowie ein reaktionäres ängstlich-depressives Syndrom, ohne psycho-pharmakologische Behandlung.

#### **E. 5.2.2**

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

#### **E. 5.3**

In Vornahme einer Prozentvergleichs (bei gleicher Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Verweistätigkeit) schloss die Vorinstanz in der unangefochten gebliebenen Verfügung vom 16. Februar 2010 auf eine Invalidität von 40 % und damit auf einen Anspruch auf eine Viertelsrente ab 1. November 2009, ein Jahr nach Ablauf der Wartefrist (vgl. zur Wartefrist E. 2.6; IV 81, 82, 84).

#### **E. 5.4**

Nachfolgend gilt es zu prüfen, ob sich aus den Akten eine Gesundheitsverschlechterung seit Februar 2010, wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht, ergibt. Insoweit der Beschwerdeführer mit seiner Beschwerde bereits aktenkundige Arztberichte einreicht, die im Rahmen des Rentenverfahrens, das zur Verfügung vom 16. Februar 2010 geführt hat, berücksichtigt worden sind und/oder den Zeitraum bis zum 16. Februar 2010 umfassen, sind diese - entgegen der Forderung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 7) - im vorliegenden Verfahren nicht mehr zu berücksichtigen (vgl. E. 3.4.4) und macht der Beschwerdeführer diesbezüglich auch keine Wiedererwägungsgründe geltend (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-848/2013 vom 13. Februar 2015 E. 3.2.2, E. 4.3 f.). Es handelt sich dabei um folgende Berichte: - 31.08.2001: Arztbericht Dr. E.\_\_\_\_\_, Chef der Sektion Verdauungsapparat, Kreiskrankenhaus Y.\_\_\_\_\_, Galizien (IV 18, IV 59, IV 76, B-act. 1 Beilage 3) - 02.07.2003: Psychiatrie-Bericht Dr. F.\_\_\_\_\_, (IV 16, IV 75,

B-act. 1 Beilage 4) - 06.08.2003: Arztbericht Dr. G. \_\_\_\_\_ (IV 15, IV 74, B-act. 1 Beilage 5) - 26.08.2003: Arztbericht/Synthese Dr. W. \_\_\_\_\_ (IV 14, B-act. 1 Beilage 7) - 09.10.2003: Vorschlag der spanischen Versicherungskommission (IV 11, IV 69.2, B-act. 1 Beilage 6) - 22.07.2005: Arztbericht E213 (IV 4, B-act. 1 Beilage 8) - 07.11.2005: Arztbericht Dr. H. \_\_\_\_\_, Kreiskrankenhaus Y. \_\_\_\_\_ (IV 9, B-act. 1 Beilage 9) - 01.12.2006: Arztbericht Dr. I. \_\_\_\_\_ (IV 32.3, IV 72.1, B-act. 1 Beilage 10) - 18.11.2008: Arztbericht Dr. J. \_\_\_\_\_, Arbeitsmediziner (IV 48, IV 52 f., B-act. 1 Beilage 12) - 22.12.2008: Ausführlicher Arztbericht Dr. K. \_\_\_\_\_, Neurologie & Psychiatrie, in Z. \_\_\_\_\_ (IV 49, IV 51, B-act. 1 Beilage 11) - 03.03.2009: Psychiatrischer Bericht Dr. F. \_\_\_\_\_ (IV 45, B-act. 1 Beilage 13) Soweit sich der Beschwerdeführer in seiner Rüge, die Vorinstanz habe im Revisionsverfahren ihre Abklärungs- und Begründungspflicht verletzt (s. E. 5.1), zudem auf diese Arztberichte beruft, ist er darin nicht zu hören.

### **E. 5.5**

Im Rahmen des im August 2012 eingeleiteten Revisionsverfahrens wurden folgende ärztliche Berichte und Dokumente zur Erwerbssituation im prüfrelevanten Zeitraum ab Februar 2010 zu den Akten gereicht oder genommen: - 31.03.2011: Kurzbericht Dr. E. \_\_\_\_\_ (IV 102): Kontrolluntersuchung betreffend Verdauung. - 23.05.2011: Koloskopie (IV 103): Divertikel im Sigmoid, Polypen-Entfernung. - 12.01.2012: Arztbericht Notfall, Dr. L. \_\_\_\_\_ (IV 105): Gonalgie linkes Knie. - 03.05.2012: Röntgenbericht Knie (IV 106). - 30.08.2012: Arztbericht Dr. M. \_\_\_\_\_, Pneumologie (IV 93, 100, B-act. 1 Beilage 14): schwere COPD (Grad III nach GOLD), MRC Grad II, keine häufigen Katarrhe. - 04.09.2012: Kurzbericht Dr. N. \_\_\_\_\_, Hausärztin (IV 94, IV 107; B-act. 1 Beilage 15): Diagnosen: chronische Pankreatitis, Fettleber, Vagotomie, COPD Grad IV, Polypektomie [Polypenentfernung im Darm], Alkoholismus. Für alle Erkrankungen befinde sich der Patient in Behandlung bei Spezialisten im Kreiskrankenhaus Y. \_\_\_\_\_. - 11.09.2012: Fragebogen für die Rentenrevision (IV 92): keine Arbeitstätigkeit aufgenommen. - 20.11.2012: Arztbericht Dr. F. \_\_\_\_\_, Psychiater (IV 99). - 30.11.2012: Arztbericht E 213, Dr. O. \_\_\_\_\_ (IV 98, B-act. 1 Beilage 16): Diagnosen: schwere COPD Grad III des Typs Emphysem, chronische Pankreatitis, hepatische Steatosis, Vagotomie, Darmdivertikel, ängstlich-depressives Syndrom, Persönlichkeitsstörung unspezifisch, aktuell inaktiver Äthylismus. Arbeitsunfähigkeit 100%. - 31.01.2013: 1. Stellungnahme Dr. C. \_\_\_\_\_, IV-ärztlicher Dienst (IV 110). - 18.03.2013: 2. Stellungnahme Dr. C. \_\_\_\_\_, IV-ärztlicher Dienst (IV 113). - 20.03.2013: Verlaufsbericht und Medikationsliste für den Zeitraum vom 26.11.2010-20.3.2013 (IV 101). - 14.05.2013: Arztbericht Dr. M. \_\_\_\_\_, Kreiskrankenhaus Y. \_\_\_\_\_ (B-act. 1 Beilage 17): Diagnose: chronische Pankreatitis, Cholezystektomie, Vagotomie wegen Magengeschwür, chirurgische Eingriffe wegen Hämorrhoiden und Varizen, schwere COPD Typus Emphysem (Grad IV), keine häufigen Exazerbationen. - 13.06.2013: 3. Stellungnahme Dr. C. \_\_\_\_\_, IV-ärztlicher Dienst (IV 120). - 21.09.2013: Ergänzende Stellungnahme Dr. D. \_\_\_\_\_, Psychiatrie, IV-ärztlicher Dienst (IV 122).

### **E. 5.6**

Alle obgenannten Arztberichte waren Gegenstand der medizinischen Beurteilung durch die Vorinstanz, wie einerseits der Auflistung im Vorbescheid vom 17. April 2013 (IV 114 S. 2) und den späteren Stellungnahmen des IV-ärztlichen Dienstes (s. E. 5.7) entnommen werden kann. Inwiefern die Vorinstanz einzelne Berichte (im prüfungsrelevanten Zeitraum bis zur angefochtenen Verfügung) nicht berücksichtigt und/oder nicht gewürdigt habe, ist der

Beschwerde zudem nicht substantiiert zu entnehmen, weshalb aufgrund der Aktenlage eine Verletzung der Untersuchungspflicht und/oder der Begründungspflicht durch die Vorinstanz zu verneinen ist.

## **E. 5.7**

Der IV-ärztliche Dienst hat die medizinischen Akten wie folgt gewürdigt:

### **E. 5.7.1**

In einer ersten Stellungnahme vom 31. Januar 2013 führte Dr. C. \_\_\_\_\_ aus, die Arbeitsfähigkeit sei unverändert geblieben. Der Psychiater beschreibe einen unverändert leicht psychisch alterierten Mann und bestätige eine Alkohol-Abstinenz seit einigen Jahren. Von somatischer Seite her würden Beschwerden am Bewegungsapparat geäußert, jedoch ohne relevante Funktionseinschränkungen. Beschrieben werde nunmehr eine vermehrte Dyspnoe bei COPD [chronisch obstruktive Lungenerkrankung]. Als Fazit hielt er fest, dass sich die körperliche Gesundheit infolge der COPD eher leicht verschlechtert habe, vom psychiatrischen Standpunkt aus mehr oder weniger stationär geblieben sei (IV 110).

### **E. 5.7.2**

In einer zweiten Stellungnahme vom 18. März 2013 (IV 113) hielt Dr. C. \_\_\_\_\_, auf explizite Nachfrage der Vorinstanz fest, dass er keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes erkennen könne. Die Einschränkung aus psychiatrischer Sicht sei gering: die Beurteilung von Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 20. November 2012 sei gleich wie im Jahre 2009 ausgefallen, was im Bericht des IV-medizinischen Dienstes vom 1. November 2009 gewürdigt worden sei. Aus orthopädischer Sicht (Bericht vom 15. Juni 2012 [IV 101 S. 3]) werde der Versicherte als asymptomatisch [ohne erkennbare Symptome] beurteilt. Am 15. November 2011 (s. Verlaufsbericht in IV 101 S. 2) sei er als euthym d.h. ohne Depression beschrieben worden. Die COPD bestehe unverändert, die Sauerstoffsättigung betrage 95% (was noch knapp im Normbereich liege [vgl. E 5.7.3]); die FEV<sub>1</sub> [Anmerkung des Gerichts: forciertes expiratorisches Einsekundenvolumen; s. dazu unten E. 5.11] liege bei unverändert 45 %, am 30. August 2012 bei 49 % (recte: Kurzzusammenfassung in IV 101 S. 1: 49 %, Arztbericht derselben Ärztin in IV 100 jedoch: 45 %), eine Spur besser. Der Versicherte könne keine körperliche Schwerarbeit machen, als Barbetreiber oder in vielen leichten Verweistätigkeiten bestehe jedoch weiterhin eine Einschränkung von 40 %.

### **E. 5.7.3**

In einer dritten Stellungnahme vom 13. Juni 2013 (IV 120) führte Dr. C. \_\_\_\_\_ aus, nach den Operationen wegen alkoholbedingter chronischer Pankreatitis mit Leberfunktionsbeeinträchtigungen sei der Versicherte - unter Mithilfe von Psychiatern - alkoholabstinent geworden. Daran habe er sich seit der Zusprache einer Teilrente (2010) gehalten. Entsprechend sei auch kein neuer Schub der Pankreatitis aufgetreten; auch dass der Versicherte wieder zugenommen habe, sei ein Hinweis auf die Erholung der Bauchspeicheldrüse. Diese Erkrankung stehe deshalb nicht mehr im Mittelpunkt des Krankheitsgeschehens. Auch der psychische Zustand habe sich entsprechend gebessert, wie die Verlaufsberichte der Psychiater zeigten. Neu stehe nun eine Lungenproblematik im Vordergrund: der Versicherte habe durch den Tabakkonsum ein Lungenemphysem entwickelt, eine COPD, die ihn bei körperlichen Anstrengungen limitiere. Die attestierte Sauerstoffsättigung von 95 % liege aber noch im Normbereich (von 94,2-99 %). Unter körperlicher Anstrengung könne dieser Wert etwas sinken, die in Betracht gezogenen Verweistätigkeiten lägen aber alle im vorwiegend sitzenden Bereich. Er habe deshalb in

seiner Stellungnahme vom 31. Januar 2013 von einer "tendenziell verschlechterten Gesamtsituation" gesprochen. Die Argumentation des Rechtsvertreters des Versicherten, wonach dieser voll arbeitsunfähig sein solle, könne er nicht in dessen Sinne nachvollziehen; dessen lange Diagnosenliste sei zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht verwendbar. Zusammenfassend habe sich der Gesundheitszustand des Versicherten bezüglich Pankreas/Leber und Psyche verbessert, bezüglich Bewegungsapparat sei er gleich geblieben mit Bezug auf die Restarbeitsfähigkeit, und bezüglich des neu beschriebenen Lungenemphysems habe er sich etwas verschlechtert. In der Gesamtheit betrachtet möge die Beeinträchtigung durch das Lungenleiden, die sich vor allem bei körperlicher Anstrengung manifestiere, tendenziell einer Verschlechterung entsprechen. Der Versicherte könne jedoch 2 x 3 Stunden täglich, vorwiegend sitzend, abwechselnd stehend/gehend staubfreie Tätigkeiten verrichten, mit etwas eingeschränktem Tempo (ca. 20 %).

#### **E. 5.7.4**

Mit Stellungnahme vom 21. September 2013 (IV 122) äusserte sich Dr. D.\_\_\_\_\_, Psychiater und Psychotherapeut des IV-ärztlichen Dienstes, ergänzend zu den psychischen Erkrankungen. Er nahm zum Arztbericht von Dr. F.\_\_\_\_\_, vom 20. November 2012 (IV 99) wie folgt Stellung: Der Facharzt halte fest, dass der Versicherte in allen Bereichen [zeitlich, örtlich, sachlich] gut orientiert sei, mitarbeite, eine gute affektive Resonanz aufweise, keine Störungen im biologischen Rhythmus bestünden, keine Störungen im Denken (Verlauf, Inhalt) vorhanden seien und die Gemütslage erhalten sei. Diagnostiziert würden eine Alkoholabhängigkeit mit Abstinenz seit sechs Jahren und eine Persönlichkeitsstörung mit moderaten kognitiven Einschränkungen als Folge des Alkoholismus. Die Behandlung bestehe in der Abgabe von Bromazepam 3mg/täglich, und die Konsultationen fänden alle sechs Monate statt. Im E 213 vom 30. November 2012 (IV 98, B-act. 1 Beilage 16) seien keine neuen Elemente enthalten. Die Berichte von Dr. F.\_\_\_\_\_, vom 12. (recte: 20.) November 2012 und vom 3. März 2009 seien im direkten Vergleich strikt deckungsgleich, mit Ausnahme der Dauer der erwähnten Alkoholabstinenz (nun sechs Jahre). Die psychiatrische Situation erweise sich somit als stabilisiert und die Arbeitsunfähigkeit sei unverändert. Der Rechtsvertreter mache in seinen Schreiben (insbesondere im Schreiben vom 28. Mai 2013) Diagnosen geltend, die nicht mit dem Bericht von Dr. F.\_\_\_\_\_, und mit der aktuellen medizinischen Situation übereinstimmen.

#### **E. 5.8**

In Übereinstimmung mit der Würdigung des medizinischen Dienstes der IV-Stelle geht das Bundesverwaltungsgericht von einer verbesserten gesundheitlichen Situation betreffend den Magen-/Darmtrakt aus. Beim Beschwerdeführer wird seit Februar 2010 zwar weiterhin eine äthylisch bedingte chronische Pankreatitis diagnostiziert, jedoch ist aktenkundig, dass er seit Jahren alkoholabstinent ist und sich deshalb die Entzündungssituation in der Bauchspeicheldrüse verbessert hat. Keine Nachfolgeprobleme seit dem Referenzzeitpunkt sind wegen der operativen Entfernung der Gallenblase, der steatosis hepatis (Fettleber infolge Äthylismus) und der Vagotomie aktenkundig. Die Koloskopie (Darmspiegelung) vom 23. Mai 2011 (IV 103) hatte die Entfernung von Polypen im Darm/Sigmoid zum Gegenstand, Folgeprobleme sind keine vermerkt. Der Beschwerdeführer beschränkt sich in der Beschwerde denn auch darauf, diese Diagnosen aufzulisten, ohne deren aktuelle Auswirkungen aufzuzeigen. Damit ist jedoch eine Verschlechterung weder aktenkundig noch dargelegt worden.

### **E. 5.9**

In psychischer Hinsicht schliessen die beiden Ärzte des medizinischen Dienstes der IV-Stelle auf eine stabile Situation bzw. leichte Verbesserung (s. oben E. 5.7). Mit Dr. D.\_\_\_\_\_ ist festzuhalten, dass der Bericht des Facharztes Dr. F.\_\_\_\_\_ vom 20. November 2012 (IV 99) positive Befunde enthält, die nicht auf eine schwerwiegende psychische Erkrankung schliessen lassen. Der behandelnde Facharzt hält im Bericht als aktuelle Beeinträchtigung einen leichten, verzögert auftretenden mentalen Zerfall bzw. eine Persönlichkeitsstörung leichten Grades im Kontext mit einer dauerhaften, seit sechs Jahren andauernden Alkoholabstinenz hervor. Aktuell erhalte der Patient 3 mg Bromazepam täglich; alle sechs Monate erfolge eine psycho-edukative Psychotherapie. Dabei handelt es sich um eine medikamentös schwache Behandlung (vgl.

<https://www.diagnosia.com/at/medikamente/bromazepam-genericon-3-mg-filmtabletten/>; <http://compendium.ch/prod/lexotanil-tabl-3-mg/de>; abgerufen am 27. März 2015), die in grossen zeitlichen Abständen (sechs Monate) von einer Psychotherapie begleitet wird. Auch daraus ist keine schwerwiegende psychische Erkrankung abzuleiten. Die bereits früher attestierten leichten bis mittleren kognitiven Einschränkungen (Demenz) sind im Rahmen der früheren Rentengewährung bereits berücksichtigt worden und haben sich seither nicht aktenkundig verschlechtert. Auf die diesbezügliche Beurteilung der Dres. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ ist daher abzustellen.

### **E. 5.10**

Der Anwalt rügt, der medizinische Dienst der IV-Stelle habe weitere Befunde nicht diskutiert. Zutreffend ist, dass eine aktenkundige Gonalgie am linken Knie, die am 12. Januar 2012 notfallmässig untersucht wurde, von Dr. C.\_\_\_\_\_ nicht explizit diskutiert wird. In der Stellungnahme vom 13. Juni 2013 führte er aus, bezüglich des Bewegungsapparates sei der Gesundheitszustand mit Bezug auf die Restarbeitsfähigkeit gleich geblieben. Dem erwähnten Arztbericht vom 12. Januar 2012 (IV 105) ist denn auch (nur) zu entnehmen, dass der begleitend erstellte Röntgenbericht keine signifikanten Veränderungen am linken Knie aufzeige, die Weiterführung der bisherigen Therapie (medikamentöse Behandlung der Kniebeschwerden mit Ibuprofen) empfohlen werde und sich hieraus nicht ergibt, der Beschwerdeführer könne seine bisherige Tätigkeit als Betreiber einer Cafeteria oder andere angepasste (vorwiegend sitzende oder in ihrer Position wechselnde Tätigkeiten) nicht mehr zu 60 % ausüben. Dasselbe gilt für den Röntgenbericht des linken Knies vom 3. Mai 2012 (IV 106), der keine klinische Beurteilung der erhobenen Befunde enthält. Zudem ist weder im Bericht der Hausärztin, Dr. N.\_\_\_\_\_, vom 4. September 2012 (IV 94, 107, B-act. 1 Beilage 15), im Arztbericht E 213 von Dr. O.\_\_\_\_\_ vom 30. November 2012 (IV 98, B-act. 1 Beilage 16) noch im Bericht von Dr. M.\_\_\_\_\_, Kreiskrankenhaus Y.\_\_\_\_\_, vom 14. Mai 2013 (B-act. 1 Beilage 17) die Gonalgie als relevante Diagnose aufgeführt. Nicht explizit beurteilt worden sind zudem chirurgische Eingriffe wegen Hämorrhoiden und Varizen (Krampfadern), die im Arztbericht von Dr. M.\_\_\_\_\_, Kreiskrankenhaus Y.\_\_\_\_\_, vom 14. Mai 2013 erwähnt werden (B-act. 1 Beilage 17). Jedoch sind den Akten keine Hinweise auf diesbezügliche Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu entnehmen und stehen solche Diagnosen praxismässig leichten bis mittleren und vorwiegend sitzenden Tätigkeiten nicht entgegen (Urteile des Bundesverwaltungsgerichts C-4899/2012 vom 4. November 2014 E. 4.9 und C-7633/2010 vom 2. Mai 2013 E. 5.5 S. 24). Die Beurteilungen des IV-ärztlichen Dienstes sind daher auch diesbezüglich zu schützen. Schliesslich ist zur beschwerdeweise geltend

gemachten "fortgeschrittenen somatoformen Störung aufgrund andauernder Schmerzen" festzuhalten, dass einzig Dr. K.\_\_\_\_\_, Neurologie & Psychiatrie, in Z.\_\_\_\_\_, in seinem Bericht vom 22. Dezember 2008 dem Beschwerdeführer eine somatoforme Schmerzstörung attestierte. Dieser Bericht ist bereits im Rahmen des ersten Rentenverfahrens gewürdigt worden und vorliegend nicht mehr zu berücksichtigen (vgl. E. 3.4.4). Hinzu kommt, dass seit dem Bericht von Dr. K.\_\_\_\_\_ den medizinischen Akten keine Hinweise mehr auf eine somatoforme Schmerzstörung zu entnehmen sind, weder den Berichten des Psychiaters Dr. F.\_\_\_\_\_ von 3. März 2009 und 20. November 2012 noch dem Arztbericht E 213 vom 30. November 2012. Auf diese Diagnose ist im vorliegenden Revisionsverfahren deshalb nicht mehr einzugehen.

### **E. 5.11**

Bezüglich der Lungenerkrankung COPD ist jedoch eine differenziertere Betrachtung erforderlich:

#### **E. 5.11.1**

Dr. C.\_\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 18. März 2013 (IV 113) aus, die COPD bestehe unverändert, die Sauerstoffsättigung betrage 95% (was noch knapp im Normbereich liege); das FEV (forciertes expiratorisches Einsekundenvolumen) liege bei unverändert 45 %, am 30. August 2012 bei 49 % (recte: 45 % [s. unten]), eine Spur besser. Der Versicherte könne keine körperliche Schwerarbeit machen, als Barbetreiber oder in vielen leichten Verweistätigkeiten bestehe weiterhin eine Einschränkung von 40 % (IV 113). Mit weiterer Stellungnahme vom 13. Juni 2013 (IV 120) wies er darauf hin, dass die COPD den Beschwerdeführer bei körperlichen Anstrengungen limitiere. Die attestierte Sauerstoffsättigung von 95 % liege aber noch im Normbereich (94,2-99 %). Unter körperlicher Anstrengung könne dieser Wert etwas sinken, die in Betracht gezogenen Verweistätigkeiten lägen aber alle im vorwiegend sitzenden Bereich. Er habe deshalb in seiner Stellungnahme vom 31. Januar 2013 von einer "tendenziell verschlechterten Gesamtsituation" gesprochen.

#### **E. 5.11.2**

Bei seiner Beurteilung stützte sich Dr. C.\_\_\_\_\_ auf den Bericht von Dr. M.\_\_\_\_\_, Lungenspezialistin des Kreiskrankenhauses Y.\_\_\_\_\_, vom 30. August 2012 und den Arztbericht E 213, Dr. O.\_\_\_\_\_, vom 30. November 2012, in welchen eine schwere COPD des Typs Emphysem mit Schweregrad GOLD Grad III diagnostiziert wurde, ab. Unberücksichtigt blieb in der Folge aber, dass Dr. M.\_\_\_\_\_ in ihrem späteren Bericht vom 14. Mai 2013 (B-act. 1 Beilage 17) eine schwere COPD des Typs Emphysem mit Schweregrad GOLD Grad IV attestierte (so bereits - jedoch ohne jede Begründung - die Hausärztin Dr. N.\_\_\_\_\_ in ihrer Bestätigung vom 4. September 2012 [IV 94, 107, B-act. 1 Beilage 15]). Die Gradierung der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung nach GOLD erfolgt in vier Stufen (vgl. <http://www.leichter-atmen.de/copd-gold-stadien>; <http://www.gesundheits-lexikon.com/Lunge/Chronisch-obstruktive-Lungenerkrankung-COPD-/Klassifikation.html>, beide abgerufen am 27. März 2015; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2013, S. 412 ff.): · Schweregrad I mit leichtgradigem Risiko und einem FEV1-Wert von 80 % und grösser des Sollwertes; · Schweregrad II mit mittelgradigem Risiko und einem FEV1-Wert zwischen 50 und 80 % des Sollwertes, · Schweregrad III mit schwerem Risiko und einem FEV1-Wert zwischen 30 und 50 % des Sollwertes, · Schweregrad IV mit sehr schwerem Risiko und einem FEV1-Wert unter 30 % des Sollwertes. Für Patienten in letzterem

Stadium gilt Folgendes: Patienten in diesem Stadium sind chronisch mit Sauerstoff unterversorgt. Sie leiden unter schwerer Atemnot auch im Ruhezustand, weshalb ihre körperliche Leistungsfähigkeit und ihre Lebensqualität stark eingeschränkt sind. Exazerbationen, also Krankheitsschübe, sind für Patienten im Stadium IV lebensgefährlich.

### **E. 5.11.3**

Auf die Differenz zwischen den Berichten der Fachärztin vom 30. August 2012 (Stadium III) und 14. Mai 2013 (Stadium IV) und eine mögliche Verschlechterung ist Dr. C. \_\_\_\_\_ nicht eingegangen. Zutreffend hat er zwar die hierfür ebenfalls relevanten FEV-Werte und die festgehaltene Sauerstoffsättigung seiner Beurteilung ergänzend zugrunde gelegt. Die Akten lassen diesbezüglich jedoch keine abschliessende Würdigung zu: Dr. M. \_\_\_\_\_, behandelnde Fachärztin des Krankenhauses Y. \_\_\_\_\_, hat in der Verlaufsberichterstattung (IV 101 S. 1) am 26. Januar 2012 einen FEV1-Wert von 45 % festgehalten, am 30. August 2012 hingegen einen solchen von 49 %. Letzterem Eintrag widersprechend führt sie in ihrem Arztbericht mit ergänzenden Abklärungen (ebenfalls) vom 30. August 2012 einen FEV1-Wert von 45 % auf. In ihrem Bericht vom 14. Mai 2013 (B-act. 1 Beilage 17) nennt sie schliesslich einen deutlich tieferen FEV1-Wert von 34 %. Die Sauerstoffsättigung wird aktenkundig mit 96 % (Verlaufsbericht vom 8. Juni 2011 [IV 101 S. 1]) oder 95 % (Arztbericht vom 30. August 2012 [IV 93, 100]) angegeben, was gerade noch in der Norm (94.2 % gemäss Dr. C. \_\_\_\_\_) liege. In ihrem Bericht vom 14. Mai 2013 nennt Dr. M. \_\_\_\_\_ einen Sauerstoffsättigungsgrad von 94 % (B-act. 1 Beilage 17). Auch die Beurteilung der Akten nach der Disпноeskala des Medical Research Council (MRC [vgl. <http://www.medicalforum.ch/docs/smf/2013/11/de/smf-01456.pdf>, abgerufen am 27. März 2015]) deutet auf eine Verschlechterung hin: Ist im Verlaufsbericht (IV 101 S. 1) mit Eintrag vom 8. Juni 2011 (Dr. P. \_\_\_\_\_) noch die Rede von einer Atemwegserkrankung des Schweregrades MRC I (Atemnot bei Anstrengung in der Ebene oder leichter Steigung), nennt Dr. M. \_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 30. August 2012 (IV 93, 100) bereits einen Schweregrad MRC II (Atemnot bei normalem Gehtempo oder häufigere Atempausen; altersentsprechend). Schliesslich qualifiziert sie im Bericht vom 14. Mai 2013 (B-act. 1 Beilage 17) die Disпноe mit dem Schweregrad MRC II-III (III: Atemnot nach 100 Metern in der Ebene oder nach wenigen Minuten).

### **E. 5.11.4**

Damit ist insgesamt festzuhalten, dass die Akten einerseits neu und in medizinischer Hinsicht zentral Hinweise auf eine COPD-Erkrankung schwersten Grades und gleichzeitig sich widersprechende oder unklare Hinweise auf die Schwere dieser Erkrankung enthalten, wobei unbestritten ist, dass mindestens ein Schweregrad III nach GOLD vorliegt. Eine abschliessende Beurteilung über deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Betreiber einer Cafeteria oder in angepassten leichten Verweistätigkeiten ohne Staub- und Rauchexposition ist aufgrund des oben Gesagten nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit möglich. Die Sache ist daher zu ergänzenden Abklärungen durch einen Lungenspezialisten an die Vorinstanz zurückzuweisen.

### **E. 6.1**

Im Ergebnis ist somit der Revisionsentscheid vom 7. November 2013 insofern zu schützen, als die Vorinstanz bezüglich der Alkoholkrankheit, der Erkrankungen im Magen-/Darmtrakt, der Kniesituation und der psychischen Situation auf eine stabile bzw.

leicht verbesserte Situation seit Gewährung einer Viertelsrente geschlossen hat. Trotz Rückweisung wird damit die zugesprochene Viertelsrente bestätigt, weshalb dem Beschwerdeführer keine Gelegenheit zum Rückzug zu geben ist (BGE 137 V 314 E. 3.2.4). Jedoch ist die Sache bezüglich der diagnostizierten COPD zu ergänzenden medizinischen Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen und danach zu prüfen, ob die Ergebnisse der diesbezüglichen Untersuchungen eine Arbeitsfähigkeit zu 60 % in der bisherigen Tätigkeit als Betreiber einer Cafeteria und in angepassten Verweistätigkeiten (s. IV 120 S. 3 f.) bestätigen; insofern ist die Beschwerde vom 8. Januar 2014 gutzuheissen. Die Rückweisung erweist sich auch aus Sicht der bundesgerichtlichen Praxis als zulässig, zumal bezüglich der COPD klarstellende Abklärungen notwendig werden (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

## **E. 6.2**

Gleichzeitig ist festzuhalten, dass sich keine Hinweise für die Notwendigkeit einer pluridisziplinären Begutachtung in der Schweiz ergeben, wie dies der Beschwerdeführer fordert. Die Aktenlage ist bezüglich der übrigen gesundheitlichen Beschwerden vollständig, der Sachverhalt ist rechtsgenügend erhoben und lässt eine abschliessende Beurteilung der gesundheitlichen Situation bis November 2013 zu, weshalb der entsprechende Antrag des Beschwerdeführers in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. E. 3.2) abzuweisen ist.

## **E. 6.3**

Bei diesem Ergebnis ist nicht weiter zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht - in Vornahme eines Prozentvergleichs - direkt vom Arbeitsfähigkeitsgrad von 60% auf einen Invaliditätsgrad von 40 % geschlossen hat. Diesbezüglich ist anzumerken, dass mit der diagnostizierten COPD des Schweregrades GOLD III oder IV fraglich ist, ob der Beschwerdeführer weiterhin seine Tätigkeit als Betreiber einer Cafeteria, mit einem Pensum 60 bis 70 Stunden (IV 77 S. 1) bzw. 70 Stunden (IV 109 S. 1), zu 60 % ausüben kann. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass Dr. C. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 13. Juni 2013 in Bezug auf die Auswirkungen der attestierten COPD (Grad III) von einer gleich gebliebenen Arbeitsfähigkeit ausging, da "die in Betracht gezogenen Verweistätigkeiten alle im vorwiegend sitzenden Bereich lägen", diese Aussage jedoch nicht für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Betreiber einer Cafeteria zutreffen dürfte und damit der Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleichs nach der allgemeinen Methode zu ermitteln wäre.

## **E. 7**

Damit bleibt über die Verfahrenskosten und die Parteientschädigung zu befinden.

### **E. 7.1**

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Nach bundesgerichtlicher Praxis entspricht die Rückweisung an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen einem vollständigen Obsiegen des Beschwerdeführers (BGE 137 V 57), weshalb ihm keine Kosten auferlegt werden. Der am 13. Februar 2014 geleistete Kostenvorschuss von Fr. 410.- ist ihm zurückzuerstatten (B-act. 4). Der unterliegenden Vorinstanz sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). D. Dem Beschwerdeführer ist aufgrund seines Obsiegens eine Parteientschädigung zuzusprechen, die vorliegend pauschal auf Fr. 1'500.-, inklusive Auslagen, festzulegen ist (Art. 64 VwVG und Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem

Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2] e contrario). Die Vorinstanz hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

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