

BVGer C-2322/2014 vom 28. Juli 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-07-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2322_2014

FR: TAF C-2322/2014 du 28 juillet 2016

IT: TAF C-2322/2014 del 28 luglio 2016

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen vorliegen und auf die Beschwerde einzutreten ist (Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 [Verwaltungsverfahrensgesetz; VwVG; SR 172.021]; BVGE 2007/6 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.2

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

E. 1.3

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 lit. 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 Invalidenversicherung anwendbar (Art. 1a-26bis und 28-70 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. 1.4

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG; act. 71). Als primärer Adressat der angefochtenen Verfügung vom 21. März 2014 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. 2

Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren dem Grundsatz nach anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist kroatischer Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Kroatien, das seit dem 1. Juli 2013 Mitglied der EU ist. Mangels Unterzeichnung beziehungsweise Ratifizierung des Zusatzprotokolls (Protokoll III) ist das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) im Verhältnis zu Kroatien aber nicht anwendbar. Es ist daher weiterhin das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Kroatien über Soziale Sicherheit vom 9. April 1996 (Im Folgenden: Abkommen, SR 0.831.109.291.1) und die Verwaltungsvereinbarung zur Durchführung dieses Sozialversicherungsabkommens vom 24. November 1997 (SR 0.831.109.291.12) anzuwenden. Nach Art. 4 Abs. 1 dieses Abkommens sind die Staatsangehörigen des einen Vertragsstaates in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates, zu denen gemäss Art. 1 Abs. 1 lit. a in Verbindung mit Art. 2 Abs. 1 lit. A. ii. die Bundesgesetzgebung über die schweizerische Invalidenversicherung gehört, den Staatsangehörigen dieses Vertragsstaates gleichgestellt; abweichende Bestimmungen in diesem Abkommen bleiben vorbehalten. Demnach beantwortet sich die Frage, ob die Vorinstanz den Rentenanspruch korrekt beurteilt hat, aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften, soweit sich aus dem Sozialversicherungsabkommen nichts Abweichendes ergibt.

E. 2.2

Mit der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich Überschreiten oder Missbrauch des Ermessens), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG).

E. 2.3

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (vgl. zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung BGE 125 V 351 E. 3a). Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4, AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch aus

dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. hierzu z.B. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-5049/2013 vom 13. Februar 2015 E. 3.2 mit Hinweis auf den Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 2.4

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 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1).

E. 2.5

Das Sozialversicherungsverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt. Zum einen findet er sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2; BGE 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen); zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, Bern 1983, S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des EVG I 520/99 vom 20. Juli 2000). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum - auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden - Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2) zu betrachten und es könnten zusätzliche Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung BGE 134 I 140 E. 5.3; BGE 124 V 90 E. 4b zum Ganzen: Urteil des BGer 8C_392/2011 vom 19. September 2011 E. 2.2).

E. 2.6

Anfechtungsgegenstand und damit Grenze der Überprüfungsbefugnis im Beschwerdeverfahren werden grundsätzlich durch die Verfügung im Verwaltungsverfahren bestimmt (BGE 133 II 30; BGE 122 V 36 E. 2a). Vorliegend bildet die Verwaltungsverfügung vom 21. März 2014 (act. 84) das Anfechtungsobjekt. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein. Ausnahmsweise kann das Gericht aus prozessökonomischen Gründen auch die Verhältnisse nach Erlass der Verfügung in die richterliche Beurteilung miteinbeziehen und zu deren Rechtswirkungen über den Verfügungszeitpunkt hinaus verbindlich Stellung beziehen. Eine solche Ausdehnung des richterlichen Beurteilungszeitraums ist indessen nur zulässig, wenn der nach Erlass der Verfügung eingetretene, zu einer neuen rechtlichen Beurteilung der Streitsache ab jenem Zeitpunkt führende Sachverhalt hinreichend genau abgeklärt ist und die Verfahrensrechte der Parteien, insbesondere der Anspruch auf rechtliches Gehör, respektiert worden ist. (BGE 130 V 138 E. 2.1).

E. 2.7

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 und 131 V 11 E. 1). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.1). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 21. März 2014 in Kraft standen; weiter aber auch solche, 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 Verordnung der Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (21. März 2014) können auch die Normen des vom Bundesrat auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) Anwendung finden.

E. 3

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und zu prüfen, ob die Vorinstanz anlässlich der Rentenrevision mit Verfügung vom 21. März 2014 zu Recht keine anspruchsbeeinflussende Änderung des IV-Grades festgestellt und weiterhin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine halbe Rente festgelegt hat.

E. 3.1

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 Ar-

beitsfähigkeit) 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. 3.2

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 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). 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). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1).

E. 3.3

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Art. 36 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung setzt voraus, dass bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei (vollen) Jahren Beiträge geleistet worden sind.

E. 3.4

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 zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme ist vorliegend gegeben (vgl. Art. 5 Abs. 2 des Abkommens). Nach der Rechtsprechung des EVG stellt diese Regelung nicht eine blosse Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

E. 3.5

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. 3.5.1

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5; 117 V 198 E. 3b; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.1). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b; SVR 2014 UV Nr. 7 S. 22 E. 2.2). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 135 V 201 E. 6.4; 115 V 308 E. 4a bb S. 313). 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. 3.5.2

Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den - den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden - Tatsachen. 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 Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 6.1.2). Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen

Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 136 E. 6.1.3). Vorliegend ist somit der Sachverhalt im Zeitpunkt der Rentenzusprache am 31. August 2006 mit dem Sachverhalt im Zeitpunkt der strittigen Revisionsverfügung vom 21. März 2014 zu vergleichen.

E. 3.6.1

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

E. 3.6.2

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a).

E. 3.6.3

Unabhängig davon, ob es sich um eine nachweisliche organische Pathologie oder um ein unklares Beschwerdebild handelt, setzt eine Anspruchsberechtigung stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus. Dabei können - insbesondere unklaren Beschwerdebildern inhärente - Abklärungs- und Beweisschwierigkeiten die Berücksichtigung weiterer Lebens- und Aktivitätsbereiche wie etwa Freizeitverhalten oder familiäres Engagement erfordern, um das Ausmass der Einschränkungen zu plausibilisieren, wobei auch fremdanamnestische Angaben zu berücksichtigen sind. Ohne Einbezug solcher Indizien, wie sie im Rahmen der festen Praxis zu den organisch nicht nachweisbaren unklaren Beschwerdebildern (BGE 141 V 281 E. 4.4.1) regelmässig zu berücksichtigen sind, ist eine ärztliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht beweiskräftig (BGE 140 V 290 E. 3.3.2). In den konsistenten Nachweis einer gestörten Aktivität und

Partizipation einzubeziehen sind nur funktionelle Ausfälle, die sich aus denjenigen Befunden ergeben, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend gewesen sind. Die Einschränkung in den Alltagsfunktionen, welche begrifflich zu einer lege artis gestellten Diagnose gehört, wird mit den Anforderungen des Arbeitslebens abgeglichen und anhand von Schweregrad- und Konsistenzkriterien in eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit umgesetzt. Auf diesem Weg können geltend gemachte Funktionseinschränkungen über eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung bestätigt oder verworfen werden (BGE 141 V 281 E. 2.1.2).

E. 3.6.4

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach dieser Entscheidung verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 137 V 210 E. 6). In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8).

E. 3.6.5

Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

E. 3.6.6

Gemäss Art. 59 Abs. 2bis IVG steht der ärztliche Dienst der IV-Stelle zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Versicherungsinterne Ärzte müssen 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. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der

medizinische Dienst für die Beurteilung der Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt der versicherungsinterne Arzt seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit kein Grund, um einen Bericht des medizinischen Dienstes 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). Ein Aktenbericht ist zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des BGer 8C_653/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 5.2). Die IV-Stelle kann auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes nur abstellen, wenn diese den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. Urteil des BGer 9C_1063/2009 vom 22. Januar 2010 E. 4.2.3 mit Hinweis auf das Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt indes 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

Die im Rahmen der vorliegend als Vergleichsbasis dienende Rentenverfügung vom 31. August 2006 beruhte unter anderem auf die Gutachten der Dres. B. _____ und C. _____ (vgl. Akten [unnummeriert] der IV-Stelle SH). Im medizinischen Gutachten vom 3. Mai 2006 stellte Dr. B. _____, Facharzt für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation die Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Cervikospodylogenes Syndrom mit cephalen Ausstrahlungen nach rechts und sekundärem Myogelosen im Schultergürtelbereich bei degenerativen Veränderungen der HWS und Lumbospodylogenes Syndrom bei leichten degenerativen Veränderungen und Übergangswirbel (M54.2, M65.5), Periarthropathia am Handgelenk bei deutlicher Arthrose in Handwurzel- und Handgelenkbereich rechts stärker als links, sekundäre Epikondylopathia humeri medialis rechts, Sekundäre PHS tendopathica bds. (M75.4), zum Teil funktionell überlagert sowie Störungen aus dem Formenkreis der Depression, der Angst- und Panikstörungen (F41.2) und eine funktionelle Überlagerung mit nichtorganischem Krankheitsverhalten. Es liege eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 50 % vor. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gab er an: beginnende Fingerpolyarthrose, beginnende Dupuytren, anamnestisch leichtes Carpaltunnelsyndrom rechts. Langes Sitzen, insbesondere ganztags und mit vorgeneigter Haltung, repetitives Heben von schweren Gewichten (5 kg), dauernd in vornübergeneigter Haltung sowie monotone Fliessbandarbeit in Zwangshaltung seien zu vermeiden. Dr. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 11. Mai 2006 zu Händen der IV-Stelle SH aus, es liege kein Befund von Krankheitsrelevanz vor. Der Versicherte sei psychisch weder krank noch gestört, auch liege keine Depression vor. Eine ehemalige Depressivität sei ohne Zweifel vor dem Hintergrund der Kündigung zu sehen. Es sei davon auszugehen, dass bei dem deutlich übergewichtigen

Exploranden ein körperliches Dekonditionierungssyndrom vorliege. Es bestehe weder eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, noch liege aus psychiatrischer Sicht ein rentenbegründendes Leiden vor. Überwiegend bestehe ein motivationales Problem.

E. 4.2

Anlässlich des im Mai 2011 eingeleiteten Verfahrens betreffend Revision der Invalidenrente erfolgten weitere Abklärungen, deren Ergebnisse nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen sind.

E. 4.2.1

Der RAD-Arzt, Dr. D._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, fasste in seiner Stellungnahme vom 7. Juli 2011 (IV-act. 3) die Gutachten vom 3. und 11. Mai 2006 (E. 5.1) zusammen und stellte folgende Hauptdiagnosen: Cervicospondylogenes Syndrom M54.2, Lumbospondylogenes Syndrom M54.5, Periarthropathie Handgelenke und PHS tendopathica beidseits. Als Nebendiagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte er beginnende Fingerpolyarthrosen und den Beginn von Dupuytren an. Er gab in seiner Beurteilung an, die Rente sei wegen degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule und weiteren Problemen an Händen, Fingern und Schultern ausgesprochen worden. Ein ausführliches Gutachten bei einem Psychiater habe keine invalidisierende Diagnose hervorgebracht, weshalb nur der Bericht eines Orthopäden oder Rheumatologen erfragt werden solle.

E. 4.2.2

Im ärztlichen Bericht (IV-act. 6, S.4; 12) des Allgemeinen Krankenhauses in (...) vom 16. März 2011 wurden durch einen Facharzt für Orthopädie (Name und Stempel unleserlich) die Diagnosen rheumatische Arthritis und Syndrom L-S. chron. (chronisches Cerviko-Lumbovertebral Syndrom) gestellt und zusammengefasst ausgeführt, der Versicherte leide unter chronischen Rückenschmerzen und Morgensteifheit; die Fingergelenke seien deformiert.

E. 4.2.3

Im Bericht über die Kernspintomographie (IV-act. 6, S. 9; 16; 65, S. 9; 72) vom 7. Juni 2011 stellte Dr. G._____, Fachärztin für Radiologie, die Diagnose des Cervikalsyndroms und gab an, dass nach Durchführung einer MRT-Untersuchung in der Serie sagitaler und transversaler Querschnitte eine Lordose festgestellt worden sei; die Wirbelkörper seien normal hoch. Im Segment C4-C6 sei eine schwächere Prominentia des IV-Diskus, der Spinalkanal sei relativ eng; die Medulla spinalis zeige ein Signal mit normaler Intensität. Zusätzlich führte sie aus, es lägen polypoid dickere Schleimhäute und Retentionszysten am überwiegenden Teil beider maxillaren Sinuse und ausgefüllte einzelne ethmoide Zellen vor. Der Halswirbelkanal sei verengt.

E. 4.2.4

Im Bericht von Dr. H._____, Ärztin für physikalische Medizin des Allgemeinen Krankenhauses in (...), vom 17. Juni 2011 (IV-act. 6, S. 7; 15; 71) wurde zusammengefasst ausgeführt, der Versicherte habe Schmerzen in den Bereichen Hals/Nacken, Lendenwirbelsäule, Schultern, Knie und Händen. Ein RTG der linken Schulter zeige eine Arthrose mit am Rande verlaufender Apposition des Humeruskopfes. Ein MRT der C-Wirbelsäule bei C4 - C6 zeige eine kleinere Prominentia des IV-Diskus mit der Reduktion des ventralen Subarachnoidalraums. Die Bewegungen der C- und

LS-Wirbelsäule seien terminal schmerzhaft reduziert. Die Schultern, Hüft- und Kniegelenke seien bei Mobilität schmerzhaft, die Rotationen verzögert. Die kleinen Handgelenke seien auf Palpationen schmerzhaft. Geschwollene Gelenke seien nicht vorhanden, Fäuste könnten gebildet werden. Im Befund vom 4. Februar 2013 (IV-act. 65, S. 4; 68) führte Dr. H._____ unter Verwendung der Diagnosecodes ICD-10: M15 eine Polyarthrose sowie eine Spondylose (ICD-10: M47) auf und wiederholte ihre Ausführungen.

E. 4.2.5

Im handschriftlichen Arztbericht des Allgemeinen Krankenhauses in (...), Abteilung für Neurologie, vom 18. Juni 2011 (IV-act. 6, S. 6; 14, S. 2) werden neben den bereits genannten Diagnosen ausserdem die ICD-10 Codes: F41.2 (Angststörung) und F04 (Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt) aufgeführt.

E. 4.2.6

Der Hausarzt des Versicherten, Dr. I._____, führte in seinem Bericht vom 11. August 2011 (IV-act. 6, S. 1; 11) die Diagnosen rheumatische Arthritis M06, depressive Episode F32, F33.2, Syndrom L-S. chron. M54, Syndrom cervico-brachial chron. M53 (Cervicalsyndrom) auf und gab an, der Versicherte leide unter einer schweren rheumatoiden Arthritis, ebenso unter einer Depression. Als Medikamente nehme er sowohl ein Beruhigungsmittel als auch nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) ein.

E. 4.2.7

Nachdem der RAD-Arzt Dr. D._____ Einsicht in die neu eingereichten Unterlagen genommen hatte, nannte er in der internen Stellungnahme vom 22. November 2011 (IV-act. 18, S. 1) unter anderem das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung und unterbereitete das Dossier der Spezialärztin Dr. E._____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Dr. E._____ schlug am 23. November 2011 (IV-act. 18, S. 2) aufgrund zu vieler Diskrepanzen in den Beurteilungen vor, einen ausführlichen Arztbericht von einem Facharzt für Rheumatologie in Kroatien einzuholen.

E. 4.2.8

In ihren Arztberichten vom 25. Oktober 2011 (IV-act. 23, S. 6; 30) sowie vom 21. November 2011 (IV-act. 23, S. 4; 29; 39, S. 5) nannte Dr. J._____, Fachärztin für Physiatrie und Rheumatologie die Diagnosen M06 Sonstige chronische Polyarthritits, M53.1 Zervikobrachial-Syndrom und Syndroma lumbosacrals. Sie gab zusammengefasst an, der Patient beklage sich unter anderem über Schmerzen in der linken Schulter, im rechten Ellenbogen, in den Knien und in der Wirbelsäule. Von Zeit zu Zeit leide er an Kopfschmerzen sowie Schwindel und Morgensteifheit. Die Haltung sei aufrecht, der Gang regelmässig, Zehen- und Fersengang als auch Hocken seien ausführbar. Die Wirbelsäule weise erhaltene physiologische Krümmungen auf, die Paravertebralmuskulatur im Segment C und L sei gespannt, die Rotation und Flexion im C-Segment schmerzhaft und beschränkt. Die linke Schulter, der rechte Ellenbogen und das rechte Kniegelenk seien euthermisch, die Handgelenke leicht geschwollen und druckempfindlich. Der Patient sei nicht in der Lage, die linke Hand zu schliessen. Füsse sowie Muskel- und Sehnenreflexe an Ober- und Untergliedern seien regelmässig.

E. 4.2.9

Im handschriftlichen, undatierten Arztbericht (IV-act. 31, Eingangsstempel: 6. März 2012) von Dr. K. _____, Fachärztin für Psychiatrie, Spezialisierung Psychotherapie, des Klinischen Krankenhauszentrums (...), polyklinische Dienststelle, Klinik für Psychiatrie, wurden die Diagnosecodes F43.9, F54 und F32.9 aufgeführt und als Medikation Cymbalta 60 mg und Helex angegeben. Im anlässlich einer Kontrolluntersuchung ausgestellt, ebenfalls undatierten Bericht (IV-act. 33, Eingangsstempel: 9. September 2011) wurde von Dr. K. _____ angegeben, es lägen psychosomatische Beschwerden vor und neben den bereits erwähnte Diagnosen der Diagnosecode F32.1 aufgeführt. In weiteren Berichten (IV-act. 32 und 34, Eingangsstempel: 9. Dezember 2011 resp. 27. Juni 2012 sowie IV-act. 39, S. 13 - 18) gab Dr. K. _____ an, der Zustand habe sich nicht verändert resp. nicht verbessert und ergänzte die Diagnosen mit dem Code F41.2. In weiteren undatierten fachärztlichen Befundberichten (IV-act. 47 - 51), welche anlässlich von Nachuntersuchungen erstellt worden waren, wurde ausgeführt, die Beschwerden persistierten ohne Verbesserung; es beständen psychosomatische Beschwerden (IV-act. 52). Im anlässlich der fachärztlichen Untersuchung vom 7. Dezember 2012 erstellten Bericht (IV-act. 65, S. 10; 73) von Dr. K. _____ wurden die Diagnosen F32 depressive Episoden, F43.9 Reaktion auf schweren Stress, F32.1 mittelschwere depressive Episode, F54 psychologische und behavioristische Faktoren in Zusammenhang mit Störungen oder Erkrankungen, die anderweitig zugeordnet sind, sowie M06 andere rheumatoide Arthritis genannt. Es wurde ausgeführt, die chronischen Störungen (psychosomatische, somatisch-psychische) dauerten weiterhin an. Am 8. März 2013 (IV-act. 74) führte Dr. K. _____ aus, der Zustand des Versicherten oszilliere.

E. 4.2.10

Im fachärztlichen Befundbericht (IV-act. 23, S. 1; 27; 39; 45) vom 10. April 2012 von Dr. J. _____ wurde die Diagnose rheumatoid Arthritis, übrige Formen (ICD-10: M06), aufgeführt und die bereits genannten Beschwerden wiederholt (vgl. E. 5.2.8). Am 26. Juni 2012 (IV-act. 37; 39, S. 11; 46; 65, S. 5; 69) wiederholte Dr. J. _____ die bereits erwähnten Befunde und gab zusätzlich an, es liege eine Zyste im Processus styloideus radii links mit zahlreichen Erhellungen in den Handgelenkknöcheln und in der Basis des MC-I-Knochens links sowie Mineralanlagerungen vor. Die Röntgenaufnahme des rechten Kniegelenks vom 22. Juni 2012 zeige eine Verengung der medialen Gelenkspalte; die am selben Tag erstellte Röntgenaufnahme des linken Ellenbogens zeige eine Exostose an der Ellenbogenspitze.

E. 4.2.11

Im Arztbericht der Polyklinik "L. _____" vom 14. Juni 2012 (IV-act. 36; 38; 65, S. 6; 70), fasste Dr. M. _____, Facharzt für Orthopädie, die Krankengeschichte zusammen und führte aus, der Patient beklage sich über ausgeprägte Beschwerdeverschlechterung und dauernde Schmerzen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule, in Kniegelenken und Hüftgelenken, über Schulterschmerzen, Schmerzen in Ellbogen und Händen, Deformationen an Handgelenken wie auch abgeschwächte Muskelkraft, häufigen Kopfschmerzen, Spannung und Nervosität. Es wurden folgende Diagnosen genannt: Syndroma cervicocephalicum et brachiale chr., Hernia disci i.v. C4 / C5, C5 / C6, Chondrosis LS / S1, Periarthritis radialis bilat. praec. lat sin., Polyarthrosis manus utq. cum contractura digitorum partialis, Syndroma lumbosacrale chr. recidivans, Polyarthrosis manus et pedis utq. und Gonarthrosis bilat. inc. Dr. M. _____ führte zur Untersuchung zusammengefasst aus, der Finger-Boden-Abstand betrage 20 cm, die Finger wiesen eine

verkleinerte Flexion um ungefähr 30 %, mit Abschwächung der grobmotorischen Kraft um mehr als 50 %, auf. Die grobmotorische Kraft des Bewegungsapparats sei im Ganzen abgeschwächt. Der Patient leide an multiplen degenerativen Veränderungen des Rheumatoidtyps mit morphologisch verändertem Teil der Lendenwirbelsäule wie auch mit degenerativen Veränderungen der kleinen Fingergelenke. Der Zustand des Bewegungsapparates sei im Ganzen dekompenziert und funktionell minderwertig. Zur Arbeitsfähigkeit gab Dr. M. _____ an, der Versicherte sei für alle physischen Tätigkeiten arbeitsunfähig (Heben schwerer Lasten oder präzise manuelle Tätigkeit). Der Zustand könne als definitiv betrachtet werden. Eine stufenweise Zustandsverschlechterung sei möglich.

E. 4.2.12

Dr. F. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, führte am 8. April 2013 auf die Anfrage des RAD-Arztes Dr. D. _____ nach Auswertung der Arztzeugnisse aus, es gäbe auch psychiatrische Diagnosen, die sich wiederholten und immer die gleichen seien. Es scheine vor allem auch psychosomatische Probleme zu geben, welche kaum invalidisierend seien. Dr. D. _____ hielt daraufhin in seinem Schlussbericht vom 16. April 2013 (IV-act. 61) fest, der Gesundheitszustand sei stabilisiert. Dem Versicherten sei im Rahmen der psychiatrischen sowie der rheumatologischen Diagnosen eine Teilarbeitsfähigkeit zumutbar. Neben den bereits in der Stellungnahme vom 7. Juli 2011 (E. 5.2.1) erwähnten Diagnosen führte er zusätzlich eine leichte bis mittelgradige depressive Störung F32.1 sowie eine Anpassungsstörung auf.

E. 4.2.13

Im fachärztlichen Bericht vom 8. Mai 2013 (IV-act. 65, S. 1 - 3; 67) von Dr. N. _____, Facharzt für Anästhesie, Sachverständiger, wurde zusammenfassend festgehalten, die physiologischen Krümmungen seien abgeflacht, der Hals-, Nacken-Bewegungsumfang sei um 2/3 des Bewegungsumfangs reduziert. Der Finger-Boden-Abstand betrage 35 cm, die lumbale paravertebrale Muskulatur sei angespannt, die Reklination sei minimal, die Neigung zur Seite betrage 10 Grad. Die Schulterbewegungen seien reduziert; beide Handgelenke seien eingeschränkt beweglich. Die Feinmotorik sei nicht vorhanden. Die Beweglichkeit der Hüftgelenke sei begrenzt, die äusseren und inneren Rotationen seien schmerzhaft und um 1/3 reduziert. Die Knie seien palpatorisch schmerzhaft, normal beweglich. Die Hocke sei ausführbar. Die grobe Muskelkraft der beiden Hände sei auf 3/5 reduziert. Psychisch sei der Versicherte depressiv und getrübt. Es entstehe bei der Untersuchung der Eindruck übertriebener Reaktionen, da jede Bewegung am Schmerzpunkt mit Zucken begleitet werde. In der Epikrise führte Dr. N. _____ aus, es beständen mehrere degenerative Veränderungen rheumatoiden Typs mit morphologisch veränderten Abschnitten der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie degenerative Veränderungen der kleinen Handgelenke. Die Funktion des lokomotorischen Bewegungsapparates sei mässig bis schwer eingeschränkt, besonders hinsichtlich schwerer körperlicher Arbeit, ebenso wie für präzises Arbeiten der Hände. Die Depression schränke die Arbeitsfähigkeit noch zusätzlich ein. Die Arbeitsfähigkeit des Versicherten sei um 60 bis 70 % reduziert.

E. 4.2.14

Im Schlussbericht vom 5. November 2013 (IV-act. 77) führte der RAD-Arzt Dr. D. _____ die bereits genannten Diagnosen auf (vgl. E. 5.2.12) und gab zusammengefasst an, die vorliegenden Befunde hätten schon seit 2006 bestanden. Aus psychiatrischer Sicht seien

mehrere F - Diagnosen genannt worden, welche jedoch nicht mit den somatischen Diagnosen addiert würden. Auch diese Diagnosen seien schon früher erwähnt worden und liessen eine eingeschränkte Tätigkeit zu. Die Arbeitsunfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit betrage weiterhin 50 %.

E. 4.2.15

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens wurden folgende Unterlagen der Poliklinika (...) zu den Akten gereicht: die Echosonographie des lokomotorischen Apparats vom 8. Juli 2013, die Befunde vom 8. und 11. Juli 2013 von Dr. med. O. _____, Facharzt für Psychiatrie und Rheumatologie, sowie der am 12. Juli 2013 ausgestellte Bericht von Dr. sc. P. _____ (act. 1, Beilagen 5 - 7. Übersetzung: act. 3). Zusammengefasst wurden die bereits erwähnten Beschwerdebilder und Diagnosen genannt. Dr. med. O. _____ führte zudem aus, der Versicherte leide an Schwindelanfällen, trockenen Augen und Geräuschen im Ohr. Dr. sc. P. _____ wies auf ein beidseitiges Karpaltunnelsyndrom und leichte Veränderungen des Spinalnervs S1 rechts hin und gab an, es dominierten die polyarthrotischen Störungen mit Anschwellen und Steifheit der grossen Arm- und Beingelenke sowie der Gelenke beider Hände. Der RAD-Arzt Dr. D. _____ äusserte sich zu den beschwerdeweise eingereichten Unterlagen in seiner Stellungnahme vom 31. Juli 2014 (IV-act. 86) dahingehend, dass die Einschränkungen in den Gelenken schon bekannt seien. Dies deute nicht auf eine seronegative rheumatoide Polyarthrititis hin, sondern die Beschwerden seien eigenständig. Die seronegative rheumatoide Polyarthrititis müsse erhöhte Entzündungsfaktoren aufweisen, welche nicht nachgewiesen worden seien. Die Veränderungen seien Arthrosen, nicht Arthritiden. Das beschriebene CTS sei therapierbar und nicht invalidisierend. Beim Zustand der Arthrose sei zu erwarten, dass eine Verschlechterung eintrete, was nicht heisse, dass dem Versicherten nicht eine Tätigkeit zumutbar sei. Es werde keine schwere Depression angezeigt, welche mehr als 50 % invalidisierend sei. Die Diagnosen würden nicht addiert.

E. 4.2.16

Mit der Triplik reichte der Beschwerdeführer weitere medizinische Berichte (act. 16, Übersetzung: act. 18) nach:

E. 4.2.16.1

In den fachärztlicher Befunden vom 10. März und 17. September 2014 des klinischen Krankenhauszentrums (...), psychiatrische Klinik, führte Dr. K. _____ aus, es liege eine Eskalation der psychosomatischen Beschwerden wegen der Schmerzen in Verbindung mit der rheumatischen Arthritis vor. Dr. Q. _____ der Poliklinika (...), Orthopädische Ambulanz, gab in seinem Bericht vom 25. September 2014 an, die bereits früher vorhandenen degenerativen Veränderungen des lokomotorischen Apparats hätten sich im Vergleich zur Untersuchung im Jahr 2012 erheblich verschlechtert. Hingegen führte Dr. R. _____ in seinem Befund des Allgemeinen Krankenhauses (...), welcher anlässlich einer am 23. Oktober 2014 erfolgten Untersuchung erstellt worden war, aus, die Gelenkkörper beider Iliosakralgelenke seien normal geformt, der morphologische Status beider SI-Gelenke sei ohne Befund. In der Röntgen- und Ultraschalldiagnostik von Dr. S. _____, Facharzt für Radiologie und Dr. T. _____, Ing. für medizinische Radiologie, Haus der Gesundheit in (...), wurde am 18. November 2014 zusammengefasst aufgeführt, es lägen fortgeschrittene, nicht altersgemässe, degenerative Veränderungen der Knochen sowie Sklerosierungen und Osteophyten an den Gelenken vor. Der Neurologe, Dr. sc. U. _____,

stellte im Befund der Poliklinika (...) vom 25. November 2014 folgende Diagnosen: Schwindel situativen Typs, Ohrtinnitus li., Bandscheibenschaden C5 - C7.

E. 4.2.16.2

Im Befund der Poliklinika (...) vom 20. November 2014 stellte Dr. med. O._____, Facharzt für Physiatrie und Rheumatologie, neben den bereits genannten Diagnosen eine Osteochondrose L5/S1, Radikulitis S1 und beidseitige Kniearthrosen fest. Neben den bereits erwähnten psychiatrischen Befunden wurde nun auch eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) aufgeführt. Zusammenfassend führte Dr. med. O._____ aus, seit Herbst liege eine Verschlimmerung der Schmerzen in Form einer Progression der Steifheit in den kleinen Gelenken beider Hände, beider Schultern und der HWS sowie eine Verschlimmerung der Pelzigkeit und Deformierungen an den Fingern beider Hände vor. Dreimal wöchentlich träten zeitweilige Schwindelanfälle sowie Geräusche im linken Ohr und Kopfschmerzen im Nacken auf. Dann komme es zu einer Progression der Depression bei Verschlimmerung der Schmerzen im linken Armgelenk. Im psychiatrischen Befund vom 19. Juli 2014 wurde zudem ausgeführt, die psychischen Funktionen seien im Sinne einer psychosomatischen Eskalation und reaktiven "Signanz" angegriffen; es lägen Angstzustände vor.

E. 4.3.1

Bei den Stellungnahmen des RAD-Arzt Dr. D._____ sowie der Spezialärzte des medizinischen Dienstes der IVSTA Dres. E._____ und F._____ 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 siehe Urteil des BGer 9C_323/2009 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 entscheidungsrelevante 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). Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 4.6.6 hiervor), kann auf Stellungnahmen des RAD resp. des medizinischen Dienstes nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen.

E. 4.3.2

Vorliegend führte Dr. D._____ für die Beurteilung des Leistungsanspruchs keine eigene ärztliche Untersuchung durch, sondern zog die Gutachten bzw. medizinischen Atteste der kroatischen Ärzte heran und wertete diese aus. Die Stellungnahmen vom 7. Juli 2011 (IV-act. 3), 22. November 2011 (IV-act. 18), 16. April 2013 (IV-act. 61), 5. November 2013 (IV-act. 77) und 31. Juli 2014 (act. 86) sind somit reine Aktenberichte (vgl. E. 4.6.6). Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, so ist doch zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens oder - wie im vorliegenden Fall - im Widerspruch mit einer vorhandenen Expertise entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen,

so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen, vgl. auch Urteil des BGer 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2).

E. 4.3.3

Auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes sowie der medizinischen Berichte aus Kroatien kann nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (E. 4.6.6 hiavor). Wie vorangehend ausgeführt, beurteilt das Bundesverwaltungsgericht den Sachverhalt bis und mit Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 31. März 2014 (siehe vorne E. 2.5). Nach diesem Zeitpunkt ergangene Arztberichte können deshalb - sofern sie keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vor der angefochtenen Verfügung erlauben - im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden. Die unter E. 5.2.1 bis E. 5.2.15 aufgeführten Arztberichte sind vor Erlass der angefochtenen Verfügung erstellt worden und somit Beurteilungsgegenstand. Hingegen sind die triplikweise eingereichten Arztberichte (E. 5.2.16) nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstellt worden. Jedoch zeigen diese Befunde den Krankheitsverlauf auf und geben eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Aus diesen Arztberichten lassen sich Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vor Erlass der angefochtenen Verfügung sowie den weiteren Verlauf ziehen, weshalb sie in die Beurteilung des vorliegenden Sachverhaltes einzubeziehen sind.

E. 4.3.4

Es ist zu prüfen, ob aus den kroatischen Krankenakten eine anspruchsbeeinflussende Änderung des Gesundheitszustandes und der damit einhergehenden Leistungsfähigkeit festgestellt werden kann. Diese muss im rechtsrelevanten Zeitraum - nämlich dem Zeitpunkt der Rentenzusprache am 31. August 2006 und dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 31. März 2014 - eingetreten sein.

E. 4.3.4.1

Während Dr. H. _____ am 17. Juni 2011 (IV-act. 6, S. 7; 15; 71) unter anderem feststellte, dass der Versicherte Fäuste bilden könne und die Gelenke nicht geschwollen seien, gab sie am 21. November 2011 an, die Handgelenke und Kniegelenke seien angeschwollen, druckempfindlich, erwärmt und die linke Hand könne nicht mehr geschlossen werden. Dr. M. _____, Facharzt für Orthopädie, führte in seinem Arztbericht vom 14. Juni 2012 (IV-act. 36; 38; 65, S. 6; 70) aus, der Versicherte leide an multiplen degenerativen Veränderungen des Rheumatoidtyps. Die Finger wiesen eine verkleinerte Flexion aus. Der Zustand des Bewegungsapparates sei dekompenziert, abgeschwächt und minderwertig. Er hielt den Versicherten für alle physischen Tätigkeiten arbeitsunfähig und betrachtete diesen Zustand als definitiv. Hingegen hielt Dr. N. _____, Facharzt für Anästhesie und Sachverständiger, den Versicherten am 8. Mai 2013 für 30 % bis 40 % arbeitsfähig (IV-act. 65, S. 1 - 3; 67). Zudem wurden im weiteren Krankheitsverlauf neue Diagnosen und Befunde angegeben, unter anderem Polyarthrosen an Händen und Füßen, Gonarthrosen, rheumatische Arthritiden und eine chronische Polyarthrititis; ausserdem wurden Schwindelanfälle, trockene Augen und Geräusche im Ohr genannt (IV-act. 6, S. 1; 23; 36; 65, S. 4; 67; 68). Dr. Q. _____ kam in seinem Bericht vom 25. September 2014 zum Schluss, dass sich der Gesundheitszustand im Vergleich zur Untersuchung im Jahr 2012 erheblich verschlechtert habe (E. 5.2.16.1). Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zeigt sich auch im Vergleich mit dem Arztbericht von Dr.

M. _____ vom 14. Juni 2012 (IV-act. 36, E. 5.2.11) und dem fachärztlichen Bericht von Dr. N. _____ vom 8. Mai 2013 (IV-act. 65, E. 5.2.13). In psychiatrischer Hinsicht wurde anlässlich der Rentenzusprache im Jahr 2006 angegeben, eine Depressivität habe lediglich im Zusammenhang mit der Kündigung des Arbeitgebers bestanden; eine Depression liege nicht vor. Der Versicherte wurde zum damaligen Zeitpunkt nicht als psychisch krank angesehen. Aus den kroatischen Akten geht hervor, dass bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (21. März 2014) beim Versicherte psychische Krankheitsbilder diagnostiziert wurden. So wurde bereits am 18. Juni 2011 im handschriftlichen Arztbericht des Allgemeinen Krankenhauses in (...) der Diagnosecode F41.2 (Angststörung) aufgeführt (IV-act. 6. S. 6; 14, S. 2). Dr. K. _____, Fachärztin für Psychiatrie, stellte im weiteren Verlauf verschiedentlich unter Verwendung der ICD:10-Codes psychiatrische Diagnosen (F43.9, F54, F32.9) fest und gab anlässlich der Kontrolluntersuchungen an, es lägen psychosomatische Beschwerden vor. Gemäss ihren Berichten verschlechterte sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers zunehmend. Anzumerken ist, dass die handschriftlichen Berichte von Dr. K. _____ (IV-act. 31 bis 34; 39, S. 13 - 18; 47 - 52) nicht datiert sind und lediglich das Eingangsdatum der Vorinstanz (9. September 2011, 9. Dezember 2011, 6. März 2013) tragen. Es ist also unklar, auf welchen Zeitraum sich die Befunde beziehen. Hingegen ist der anlässlich der fachärztlichen Untersuchung vom 7. Dezember 2012 erstellte Bericht (IV-act. 65, S. 10; 73) datiert und zeigt sowohl die Diagnosen als auch den weiteren Krankheitsverlauf auf. Danach sind die Beschwerden chronisch, psychosomatischer Natur und dauern weiter an. Zusammengefasst weisen die Arztberichte aus Kroatien darauf hin, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit dem Erlass der Rentenzusprache am 4. August 2006 verschlechtert hat. Obwohl in den Akten sowohl der Krankheitsverlauf des Beschwerdeverführers dokumentiert wird als auch teilweise Angaben zu seiner Arbeitsfähigkeit gemacht werden, ist nicht ersichtlich, mit welchem Grad er in seiner angestammten oder in einer adaptierten Tätigkeit arbeitsunfähig ist. Diesbezügliche Angaben sind widersprüchlich. Insgesamt stellen die medizinischen Berichte aus Kroatien keine genügende Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (21. März 2014) dar.

E. 4.3.5

Der RAD-Arzt Dr. D. _____ beurteilte die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der vorhandenen Akten des Dossiers, ohne diesen persönlich untersucht zu haben. In seiner ersten Stellungnahme vom 7. Juli 2011 (IV-act. 3) gab er an, psychische Erkrankungen hätten einzig im Zusammenhang mit der Kündigung bestanden, und verlangte für die weitere Beurteilung nur orthopädisch / rheumatologische Abklärungen. In seiner internen Stellungnahme vom 22. November 2011 (IV-act. 18) nannte er eine somatoforme Schmerzstörung, welche er jedoch nicht weiter abklären liess. Er forderte gestützt auf die Meinung der Spezialärztin Dr. E. _____ lediglich rheumatologische Abklärungsberichte. Die eingeforderten und weiteren Berichte aus Kroatien (IV-act. 23 - 25, 27 - 34, 36 - 39, 41, 45 - 52) wurden in der Folge Dr. F. _____ vorgelegt. Dieser führte am 8. April 2013 (IV-act. 61) nach Einsicht in das fachärztliche Gutachten von Dr. J. _____ (IV-act. 23, S. 1), den Arztbericht von Dr. M. _____ (IV-act. 36) und diversen Laborberichten (IV-act. 23, 25) aus, es lägen keine neuen Diagnosen vor, ohne auf die übrigen Arztberichte einzugehen. Gestützt auf die Einschätzungen von Dr. F. _____ gab Dr. D. _____ in seinen Schlussberichten vom 16. April 2013, 5. November 2013 und 31. Juli 2014 (IV-act. 61, S. 3 f.; 77; 86) an, es habe keine nachweisbare Verschlechterung stattgefunden, ohne die aus den Arztberichten hervorgehenden Veränderungen des

Gesundheitszustandes zu thematisieren (vgl. E. 5.4.3.2). Die neu aufgeführten Beschwerdebilder wie Kopfschmerzen oder Schwindel erwähnte er nicht. Zu den psychiatrischen Diagnosen gab er lediglich an, dass sowohl Anpassungs- als auch psychosomatische Störungen beschrieben worden seien, die Diagnosen jedoch nicht addiert würden. Eine interdisziplinäre Beurteilung hielt er nicht für notwendig, obwohl es gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bei Versicherten mit gesundheitlichen Beschwerdebildern physischer und psychischer Art unabdingbar ist, physische und psychische Beeinträchtigungen nicht isoliert, sondern interdisziplinär beurteilen zu lassen (vgl. Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2, mit weiteren Hinweisen). Obschon der RAD-Arzt bereits am 22. November 2011 eine somatoforme Schmerzstörung erwähnte und im weiteren Krankheitsverlauf neben dieser Diagnose psychosomatische Beschwerden festgestellt wurden, ist bezüglich dieser Krankheitsbilder keine Abklärung gemäss der zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses geltenden "Foerster"-Kriterien erfolgt. Überdies setzte sich Dr. D. _____ nicht mit den unterschiedlichen Angaben der kroatischen Ärzte zur Arbeitsfähigkeit auseinander. Anzumerken ist ausserdem, dass die beurteilenden Ärzte Dr. D. _____ als Facharzt für Allgemeinmedizin, Dr. E. _____ als Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Dr. F. _____ als Facharzt für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Allgemeine Innere Medizin (vgl. <http://www.doctorfmh.ch/>, eingesehen am 5. Juli 2016) nicht über einen Facharzttitel der Psychiatrie, Orthopädie oder Rheumatologie verfügen. Insgesamt sind ihre Beurteilungen nicht lückenlos, unvollständig und können nicht nachvollzogen werden. Sie genügen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht nicht. Die Voraussetzungen für eine blosser Aktenbeurteilung durch den RAD können nicht als gegeben erachtet werden.

E. 4.3.6

Unter den gegebenen Umständen ist festzuhalten, dass eine zuverlässige Einschätzung, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Jahr 2006 verändert hat, aufgrund der bestehenden Aktenlage und ohne dessen persönliche Untersuchung nicht rechtsgenügend beurteilt werden kann. Der rechtserhebliche Sachverhalt in medizinischer Hinsicht resp. die Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist durch die Vorinstanz nicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt worden (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 und Art. 49 lit. b VwVG), sodass die Verfügung vom 21. März 2014 aufzuheben ist.

E. 4.3.7

Vorliegend erscheint eine Rückweisung der Streitsache an die IVSTA auch im Lichte der Rechtsprechung nach BGE 137 V 210 ausnahmsweise möglich. Zu beachten sind insbesondere die Ausführungen des Bundesgerichts, wonach eine weitgehende Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene sachlich nicht wünschbar ist. Die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung litte empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, so das Bundesgericht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterliege. Im Rahmen der de lege lata gegebenen Organisation dränge es sich vielmehr auf, das drohende Defizit dort durch gerichtliche Expertisen auszugleichen, wo die Gerichte bei der Würdigung des Administrativgutachtens im Kontext der gesamten Aktenlage zum Schluss kommen, weitere Abklärungen seien notwendig (BGE 137 V 210 ff., E. 4.2).

E. 4.3.8

Hier liegt indessen nicht ein vom Bundesverwaltungsgericht zu würdigendes Administrativgutachten im Recht. Vielmehr war die Zulässigkeit eines Aktenberichts durch den RAD zu beurteilen. Wie sich vorstehend gezeigt hat, konnte dieser nicht auf für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen im Sinn der Rechtsprechung zurückgreifen. Eine Aktenbeurteilung war unter diesen Umständen offensichtlich nicht angezeigt, was zwangsläufig zur weiteren Sachverhaltsabklärungen hätte führen müssen. Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) abzuklären (sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann), auf das Gericht. In Fällen mit Auslandsbezug ist die Gefahr der Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene umso grösser, als dass die Aktenbeurteilung durch den RAD (oder den medizinischen Dienst der Vorinstanz) gestützt auf ausländische Arztberichte, die oftmals weder eine erforderliche interdisziplinäre Gesamtbeurteilung enthalten noch in Kenntnis der Vorakten und der spezifischen versicherungsmedizinischen Anforderungen der Invalidenversicherung verfasst werden, häufig vorkommen. Weiter ist zu beachten, dass für Fälle mit Auslandsbezug eine spezialisierte IV-Stelle eingerichtet worden ist. Daher und aufgrund dessen, dass vorliegend aufgrund der Aktenlage keine genügende Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers erfolgen konnte, ist die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die Rückweisung wird mit der Weisung verbunden, eine pluridisziplinäre, orthopädische, psychiatrische, rheumatologische sowie neurologische Begutachtung des Beschwerdeführers in der Schweiz durchzuführen und ausserdem abzuklären, ob und in welcher Höhe ein Leidensabzug vorgenommen werden kann (vgl. BGE 126 V 75). Betreffend einer allfälligen somatoformen Störung wird die Prüfung der Auswirkung dieser Diagnose unter Einbezug der neuen Indikatoren des Bundesgerichts (vgl. BGE 141 V 281) durchzuführen sein.

E. 5

Die Beschwerde vom 15. April 2014 ist daher insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 21. März 2014 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen der rechtserheblichen Tatsachen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge.

E. 6

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

E. 6.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Diesem ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 6.2

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, Art. 7 Abs. 1 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE], SR 173.320.2). Da dem obsiegenden Beschwerdeführer, welcher nicht anwaltlich vertreten ist, keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden sind resp. er keine solchen geltend gemacht hat, ist ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen.

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