

# **BVGer C-2466/2017 vom 7. Mai 2019**

Bundesverwaltungsgericht, 2019-05-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-2466\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2466_2017)

FR: TAF C-2466/2017 du 7 mai 2019

IT: TAF C-2466/2017 del 7 maggio 2019

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 4. April 2017, mit der die Vorinstanz die bisher ausgerichtete halbe Invalidenrente des Beschwerdeführers auf der Grundlage von Art. 17 Abs. 1 ATSG revisionsweise per Ende Mai 2017 aufgehoben hat. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer auch ab dem 1. Juni 2017 weiterhin Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat.

### **E. 3.1**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 4. April 2017) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein. Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C\_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1).

### **E. 3.2**

Der Beschwerdeführer ist Schweizer Staatsbürger, wohnt in Österreich und war in der Schweiz erwerbstätig, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der

Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zu beachten sind. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

#### **E. 4.1**

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

#### **E. 4.2**

Nach der Rechtsprechung führt Alkoholismus als solcher nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Dagegen wird er im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn er eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn er selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (vgl. BGE 124 V 265 E. 3c). Aus letzterem Leitsatz folgt nicht, dass die Auswirkungen eines Substanzmissbrauchs, der seinerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditätsbegründend sind. Die zitierte Praxis setzt vielmehr den Grundsatz um, dass funktionelle Einschränkungen nur anspruchsbegründend sein können, wenn sie sich als Folgen selbständiger Gesundheitsschädigungen darstellen (Art. 6 ff. ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG). Insofern verhält es sich ähnlich wie im Verhältnis zwischen psychosozialen oder soziokulturellen Umständen und fachärztlich festgestellten psychischen Störungen von Krankheitswert (BGE 127 V 294 E. 5a): Wo die Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erheben, welche in der Sucht ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in dieser aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Dies trifft zu, wenn davon auszugehen ist, dass sich beispielsweise ein depressives Zustandsbild bei einer (angenommenen) positiven Veränderung der suchtbedingten psychosozialen Problematik wesentlich bessern (und die damit verbundene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens sich entsprechend verringern) würde (Urteil des BGer 8C\_608/2018 vom 11. Februar 2019 E. 3.2.1 mit Hinweis).

#### **E. 4.3**

Angesichts der insoweit finalen Natur der Invalidenversicherung (BGE 120 V 95 E. 4c) ist nicht entscheidend, ob die Sucht Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist oder ob die Sucht ausserhalb eines Kausalzusammenhangs mit

dem versicherten Gesundheitsschaden steht. In beiden Konstellationen sind reine Suchtfolgen IV-rechtlich irrelevant, soweit sie als solche allein leistungsmindernd wirken. Hingegen sind sie gleichermassen IV-rechtlich relevant, soweit sie in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden stehen. Dies kann der Fall sein, wenn die Sucht - einem Symptom gleich - Teil eines Gesundheitsschadens bildet (BGE 99 V 28 E. 3b); dies unter der Voraussetzung, dass nicht allein die unmittelbaren Folgen des Rauschmittelkonsums, sondern wesentlich auch der psychiatrische Befund selber zu Arbeitsunfähigkeit führt. Sodann können selbst reine Suchtfolgen invalidisierend sein, wenn daneben ein psychischer Gesundheitsschaden besteht, welcher die Betäubungsmittelabhängigkeit aufrecht erhält oder deren Folgen massgeblich verstärkt. Umgekehrt können die Auswirkungen der Sucht (unabhängig von ihrer Genese) wie andere psychosoziale Faktoren auch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der Folgen eines Gesundheitsschadens beeinflussen (Urteil des BGer 8C\_608/2018 vom 11. Februar 2019 E. 3.2.1 mit Hinweis).

#### **E. 4.4**

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. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen.

#### **E. 4.5**

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

##### **E. 4.5.1**

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

##### **E. 4.5.2**

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Ist dagegen eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGer 9C\_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 mit Hinweis).

### **E. 4.5.3**

Als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte Beurteilung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und - bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens - Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4; 130 V 343 E. 3.5.2).

### **E. 4.6**

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 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

### **E. 4.7**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

### **E. 4.8**

Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung (en) des Sachverhalts - bezieht. Einer für sich allein betrachteten 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 2012 IV Nr. 18 [9C\_418/2010] E. 4.2; SVR 2013 IV Nr. 14 [8C\_441/2012] E. 6.1.2).

### **E. 4.9**

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4).

### **E. 4.10**

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409 E. 4.5.2), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

### **E. 5.1**

Die Vorinstanz hält in der angefochtenen Verfügung sowie in ihrer Vernehmlassung zusammengefasst fest, dass im Zeitpunkt der bidisziplinären Begutachtung eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers festgestellt worden sei. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer und schmerzmedizinischer Sicht bestehe nicht. Aus psychiatrischer Sicht lägen ebenfalls keine Befunde mehr vor, die die Arbeits- und Leistungsfähigkeit massiv hinderten. Die depressive Symptomatik sei remittiert. Es bestehe zwar eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, die mittelgradig ausgeprägt sei, aber insgesamt die Leistungsfähigkeit nicht massiv hindere. Sie sei zwar mit innerpsychischen Hemmnissen und Ressourcen- sowie Funktionsdefiziten verbunden, diese seien aber überwindbar. Die Gesundheitsbeeinträchtigung verursache keine Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. So wäre beispielsweise die Ausübung der erlernten Tätigkeit als Briefträger vollumfänglich zumutbar. Daran vermöge auch die im Nachgang vorgetragene Knieproblematik nichts zu ändern. Auch bei der am 17. Juli 2017 vorgesehenen Operation am Sprunggelenk sei bei einem komplikationslosen Verlauf eine angepasste Tätigkeit als (...) ohne langes Laufen und schwere Hebe- und Tragebelastung drei Monate nach dem Eingriff wieder zumutbar. Falls dies inskünftig nicht der Fall wäre, so sei dies im Rahmen eines neuen Leistungsgesuchs geltend zu machen.

### **E. 5.2**

Der Beschwerdeführer macht dagegen geltend, dass er nach wie vor nicht arbeitsfähig und nicht in der Lage sei, einer geregelten Beschäftigung nachzugehen. Aufgrund seiner Gehbeschwerden sei es ihm insbesondere unmöglich, seinen erlernten Beruf als Briefträger auszuüben. Wegen ständiger Schmerzen im Fussgelenk sei er nicht in der Lage, sich ohne Gehstock zu bewegen. Es sei eine Operation im Juni 2017 geplant. Er leide zudem an Depressionen und sei deswegen in monatlicher Behandlung bei einem Psychiater und nehme täglich Medikamente ein. Replikweise lässt der Beschwerdeführer vorbringen, dass sich sein Gesundheitszustand seit der Rentenzusprache nicht verbessert habe. Die

degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparates erlaubten es ihm insbesondere nicht, seinen angestammten Beruf als Briefträger auszuüben. Zusätzlich stelle die jahrelange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt sowie seine Wohnsitzverlegung ins Ausland eine Hürde dar. Zudem leide er an psychologischen Störungen, die es ihm verunmöglichten, einem geregelten Arbeitsalltag nachzukommen. Es sei nicht nachvollziehbar, wie die Vorinstanz die Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit von 0 % begründe. Auch wenn eine Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten sein sollte, so handle es sich sicherlich nicht um eine Verbesserung in diesem Ausmass.

#### **E. 6**

Für die im Hinblick auf eine Rentenrevision gestützt auf Art. 17 Abs. 1 ATSG zu beurteilende Frage, ob bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 4. April 2017 eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, hat die Vorinstanz als Vergleichsbasis die Verhältnisse im Zeitpunkt der ursprünglichen Zuspache der halben Rente mit Verfügung vom 14. Juni 2007 herangezogen. Dies ist nicht zu beanstanden. Den anspruchsbetätigenden Mitteilungen vom 4. Februar 2008 und vom 1. Juli 2010 lag keine umfassende Prüfung der gesundheitlichen Verhältnisse zugrunde, weshalb sie als Vergleichszeitpunkt ausser Betracht fallen (vgl. Urteil des BGer 9C\_213/2015 vom 5. November 2015 E. 4.3).

#### **E. 7**

Die mit Verfügung vom 14. Juni 2007 vorgenommene Zuspache der halben Rente ab 1. Juni 2005 beruhte auf der Annahme, dass dem Beschwerdeführer die Ausübung seiner angestammten Tätigkeit als Chauffeur nicht mehr zumutbar, er aber in einer behinderungsangepassten Tätigkeit noch zu 50 % arbeitsfähig war (vgl. act. 24 und act. 30). In medizinischer Hinsicht stützte sich diese Einschätzung im Wesentlichen auf die folgenden ärztlichen Berichte:

##### **E. 7.1**

Im Bericht der D. \_\_\_\_\_-Klinik vom 20. Juni 2003, wo der Beschwerdeführer vom 7. Januar bis 21. Mai 2003 stationär behandelt wurde, wurden als Diagnosen ein Alkoholabhängigkeitssyndrom vom Typ des Pegeltrinkers (ICD-10: F10.21), ein Verdacht auf eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) bzw. eine somatoforme Störung (ICD-10: F45.32) sowie eine Hepatopathie genannt (act. 7 S. 16 ff.).

##### **E. 7.2**

Der damalige Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in seinem Bericht vom 17. März 2004 die folgenden Diagnosen fest: Alkoholkrankheit vom Typ des Pegeltrinkers mit leichtgradiger Hepatopathie (Status nach wiederholten stationären Entzugstherapien), Persönlichkeit mit selbstunsicheren Zügen, Status nach arthroskopischer medialer und lateraler Teilmeniscektomie und Plicaentfernung links am 13. Mai 2003 mit erheblichen Restbeschwerden, chronisches Lumbovertebralsyndrom, Adipositas. Die Alkoholproblematik habe immer wieder zu Problemen am Arbeitsplatz geführt, weshalb der Beschwerdeführer die Stelle als Lastwagenfahrer verloren habe. Aktuell sei er aus orthopädischer Sicht zu 50 % und aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig (act. 7 S. 20 ff.).

##### **E. 7.3**

Laut einem Bericht der Psychiatrie F. \_\_\_\_\_ vom 30. April 2004 wurde der Beschwerdeführer dort vom 5. bis 20. April 2004 in der Tagesklinik behandelt. Als Diagnosen wurden Störungen durch Alkohol (ICD-10: F10.24), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) sowie der Verdacht auf eine artifizielle Störung, Hospital-Hopper-Syndrom (ICD-10: F68.1) genannt (act. 7 S. 22 ff.).

#### **E. 7.4**

Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hielt im IV-Arztbericht vom 9. Juni 2004 die bekannten Diagnosen fest. Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 8. März 2004 bis 23. Mai 2004 und von 50 % ab 24. Mai 2004 (act. 7 S. 2 f.).

#### **E. 7.5**

Der behandelnde Psychiater Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im IV-Arztbericht vom 12. Juli 2004 die folgenden Diagnosen aus seinem Fachgebiet mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: Alkoholabhängigkeit vom Typus Pegeltrinker (ICD-10: F 10.24) mit leichtgradiger Hepatopathie, Status nach mehreren stationären Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen, Persönlichkeit mit selbstunsicheren Zügen, mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1). Dr. med. G. \_\_\_\_\_ führte aus, dass ein geschützter Rahmen und die Anleitung durch eine väterliche Persönlichkeit es dem Beschwerdeführer durchaus ermöglichen würden, im Umfang von rund 50 % berufstätig zu sein, wobei seiner psychischen und seiner körperlichen Überforderung (Knieprobleme) Rechnung getragen werden müsste (act. 9).

#### **E. 7.6**

Der RAD-Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt am 18. August 2004 fest, dass die Komorbidität zur Suchtproblematik ausgewiesen sei. Es handle sich um einen ausgewiesenen invalidisierenden Gesundheitsschaden. Am 20. September 2004 führte die RAD-Ärztin Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, dass anhand der vorliegenden Berichte weder ausgewiesen sei, dass die Alkoholsucht Folge oder Symptom eines invalidisierenden körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens sei, noch dass sie einen erheblichen körperlichen und/oder geistigen Gesundheitsschaden verursacht habe. Hingegen werde in den neusten Berichten eine sich entwickelnde depressive Symptomatik im Sinne einer Komorbidität sowie eine Reihe psychosozialer Belastungsfaktoren erwähnt. Gemäss Dr. med. G. \_\_\_\_\_ bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (act. 12).

#### **E. 7.7**

Im IV-Arztbericht vom 16. Juni 2006 nannte der behandelnde Psychiater Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - Aktuell remittierte Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.20) bei früheren Hepatopathien, Status nach FIAZ und Arbeitsplatzverlust - Rezidivierende depressive Episode (ICD-10: F33.0), unter Antidepressiva aktuell leichtgradig - Status nach medialer und lateraler Teilmenishektomie und Plicaentfernung links mit Verminderung der Belastungsfähigkeit und einem früher geäusserten Verdacht auf Somatisierungsstörung/somatoforme Schmerzstörung - Persönlichkeit mit selbstunsicheren, unreifen, passiv-vermeidenden Zügen (ICD-10: Z73.1) Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine medikamentös kompensierte arterielle Hypertonie sowie eine leichte Adipositas. Seit 2004 werde eine Antabusbehandlung durchgeführt, die im Januar 2006 aufgehoben worden sei. Seither sei der Beschwerdeführer alkoholabstinent

geblieben. Seit April 2004 arbeite er in einer geschützten Arbeitsstelle. Er sei in der angestammten Tätigkeit als Chauffeur seit 14. Januar 2005 zu 100 % arbeitsunfähig. In welchem Umfang die Ausübung der bisherigen Tätigkeit noch zumutbar sei, sei noch unklar, falls ja dann nur halbtags. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei eine ganztägige Tätigkeit das Ziel (act. 16).

#### **E. 7.8**

Am 17. Juli 2006 übermittelte das Kriseninterventionszentrum (KIZ) der Psychiatrie F. \_\_\_\_\_ einen Bericht über einen stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 20. bis 26. Oktober 2006 (recte: 2005). Als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Diagnosedatum: 26. Oktober 2006 [recte: 2005]) wurde eine bekannte Alkoholabhängigkeit bei gegenwärtiger Abstinenz, jedoch in Behandlung mit Antabus (ICD-10: F10.23) genannt. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine leichtgradige depressive Episode (ICD-10: F32.0) sowie eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.28) genannt. Während der Behandlung vom 20. bis 26. Oktober 2005 habe im bisherigen Beruf eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden (act. 17).

#### **E. 7.9**

Laut Bericht des Hausarztes Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 21. August 2006 sei die Situation aktuell recht stabil. Die Suchtkrankheit sei unter Kontrolle. Beim Beschwerdeführer liege wohl eine durch das psychische Grundleiden und die Suchtkrankheit verursachte, verminderte Erwerbsfähigkeit vor. Diese dürfte wohl so etwa um die 50 % - 60 % anzusiedeln sein. Eine teilweise Erwerbstätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt gemäss der Ausbildung sei immerhin denkbar (act. 21).

#### **E. 7.10**

Dr. med. J. \_\_\_\_\_ berichtete am 6. September 2006, dass der Beschwerdeführer seit April 2006 im geschützten Rahmen mit einem Pensum von 35 Stunden pro Woche tätig sei. Dieser Arbeitsversuch ende im Oktober 2006. Aktuell sei er in der freien Wirtschaft aufgrund seiner Krankheit nur noch höchstens 50 % arbeitsfähig. Selbstverständlich sei es längerfristig das Ziel, dass er eine höhere Arbeitsfähigkeit erreiche (act. 22).

#### **E. 7.11**

Die RAD-Ärztin Dr. med. L. \_\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 6. November 2006 fest, dass aktuell von einer 50 %igen Restarbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft auszugehen sei. Prognostisch könnte eine höhere Arbeitsfähigkeit erwartet werden (act. 30).

#### **E. 8**

Im Rahmen der in den Jahren 2008 und 2010 durchgeführten amtlichen Revisionsverfahren holte die kantonale IV-Stelle die folgenden ärztlichen Berichte ein:

#### **E. 8.1**

Dr. med. J. \_\_\_\_\_ hielt im IV-Arztbericht vom 26. Januar 2008 als Diagnosen aus seinem Fachgebiet eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.24) mit erhöhten Leberwerten und Verlust des Führerausweises, eine unter Antidepressiva aktuell leichtgradige rezidivierende depressive Episode (ICD-10: F33.0) sowie eine Persönlichkeit mit selbstunsicheren, unreifen und passiv-vermeidenden Zügen (ICD-10: Z73.1) fest. Der Beschwerdeführer versuche aktuell den Alkoholkonsum auf geringem Niveau zu halten. Die Arbeitsfähigkeit als Hilfskraft betrage 50 %. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Die Entwicklung

seit der letzten Beurteilung gehe aber in Richtung ganze IV-Rente (act. 53). Der RAD ging gestützt darauf davon aus, dass sich die Arbeitsfähigkeit seit 2004 nicht wesentlich verändert hat (Stellungnahme vom 1. Februar 2008; act. 56).

### **E. 8.2**

Im IV-Arztbericht vom 8. Mai 2010 beschrieb Dr. med. K. \_\_\_\_\_ eine mässig labile Alkoholkrankheit, depressive Episoden mit leichten psychischen Wesensveränderungen und verminderter Belastbarkeit sowie Integrationsproblemen. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führte er eine leichte Gonarthrose links sowie eine arterielle Hypertonie auf. Eine mindestens 50 %ige Arbeitsfähigkeit im letzten Beruf als Briefträger bestehe unverändert weiter. Er riet zur beruflichen Reintegration (act. 61).

### **E. 8.3**

Dr. med. J. \_\_\_\_\_ führte im IV-Arztbericht vom 2. Juni 2010 als Diagnosen aus seinem Fachgebiet mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren, passiv-vermeidenden und Ich-schwachen, unreifen Zügen (ICD-10: F61.0), eine gegenwärtig leichtgradige rezidivierende depressive Störung sowie eine Alkoholproblematik, zwischen Abstinenz (unter Antabus), Missbrauch und Abhängigkeit schwankend (ICD-10: F10.1) auf. Die Arbeitsunfähigkeit im letzten Beruf als Wagenführer betrage weiterhin 100 %. Als Hilfskraft bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (act. 64).

### **E. 8.4**

Der RAD ging in der Stellungnahme vom 30. Juni 2010 von einem stationären Gesundheitszustand und einer unveränderten Arbeitsunfähigkeit von 50 % aus (act. 66).

### **E. 9**

Hinsichtlich der weiteren Entwicklung des Gesundheitszustandes bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 4. April 2017 ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen das Folgende:

#### **E. 9.1**

Gemäss einem MRT-Bericht vom 19. März 2012 wurde beim Beschwerdeführer im oberen Sprunggelenk eine breite Osteochondrosis dissecans (OD) an der lateralen Taluskopf-Zirkumferenz von ventral bis dorsal reichend, angrenzend an die Syndesmose bei intaktem Kapselapparat festgestellt. Ein freier Gelenkskörper war nicht nachweisbar (act. 99). In einem weiteren MRT vom 10. April 2014 wurde eine Ruptur im Meniskushinterhorn medial und lateral sowie eine Varusgonarthrose bei einer Chondromalazie Grad III festgestellt (act. 102).

#### **E. 9.2**

Laut Bericht der Klinik M. \_\_\_\_\_ vom 6. Februar 2015 leide der Beschwerdeführer an einer Leukoplakie an der Wangenschleimhaut beidseits (act. 101). Im Endoskopiebericht vom 5. Mai 2015 wurden als Diagnosen eine chronische Refluxkrankheit sowie eine kleine axiale Hiatushernie erwähnt (act. 100).

##### **E. 9.2.1**

Laut einem von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ in Vertretung von Dr. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, verfassten Bericht vom 15. Juli 2015, sei der Beschwerdeführer seit 2012 bei Dr. O. \_\_\_\_\_ in Behandlung. Als Diagnosen wurden eine selbstunsichere

Persönlichkeitsstörung, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, eine rezidivierende depressive Störung, eine somatoforme Störung sowie ein Zustand nach C2-Abusus genannt. Dr. med. N.\_\_\_\_\_ führte aus, dass sich der Beschwerdeführer unter regelmässiger psychiatrischer und medikamentöser Behandlung relativ gut habe stabilisieren können. Er sei auch sehr motiviert und compliant, jedoch weiterhin in seiner Belastbarkeit deutlich eingeschränkt (act. 104).

### **E. 9.3**

Der Beschwerdeführer wurde im Auftrag der Vorinstanz bidisziplinär psychiatrisch-rheumatologisch begutachtet (act. 114):

#### **E. 9.3.1**

Im rheumatologischen und schmerzmedizinischen Gutachten von Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, vom 1. Mai 2016 wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Als rheumatologische Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt: - Status nach OSG-Fraktur rechts (ICD-10: S82.88) ca. 2010 mit Osteosynthese und residuell leichter Einschränkung der Dorsalextension Fuss rechts (radiologisch posttraumatisch lateral betonte Arthrose und kleines dorsales loses Fragment) - Gichtarthropathie Grosszehe links (ICD-10: M10.09), rezidivierend und selten auftretend, ca. ein- bis zweimal jährlich (radiologisch Gichttophus Grosszehengrundgelenk links) - Beginnende Varusgonarthrose links (ICD-10: M17.1) mit Status nach Meniskusoperation ca. 2008, funktionell unauffällig Weiter führte Dr. med. P.\_\_\_\_\_ die folgenden internistischen Diagnosen auf: - Arterielle Hypertonie - Hypercholesterinämie, kontrollbedürftig - Adipositas, BMI 36 - Aktuell Bronchitis mit erhöhten Entzündungswerten (CRP 57 mg/l) Der Gutachter kam zum Schluss, dass der Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als LKW-Chauffeur infolge der Alkoholproblematik und Rückgabe des Führerausweises nicht mehr ausüben könne. Die Arbeitsfähigkeit im erlernten Beruf am Schalter bei der B.\_\_\_\_\_ betrage 100 %. Aus somatischer Sicht bestünden keine Einschränkungen für eine Verweistätigkeit.

#### **E. 9.3.2**

Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 1. Mai 2016 wurde folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: - Persönlichkeitsstörung vom selbstunsicheren, passiv vermeidenden, unreifen Typ, chronifiziert (ICD-10: F61.0) Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte der Gutachter: - Anamnestisch rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4) - Alkoholkonsum, zurzeit nicht abstinent (ICD-10: F10.0) Der Gutachter hielt fest, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht zunächst in einer Nischantätigkeit, später auch in einer üblichen Arbeitssituation zu 100 % arbeitsfähig sei. Es bestünden keine psychiatrischen Befunde, die eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit massiv beeinträchtigten. Aufgrund der Persönlichkeitsproblematik sei aber aus rein psychiatrischer Sicht dringend eine Nischantätigkeit zu empfehlen.

#### **E. 9.3.3**

Anlässlich der Konsensbesprechung vom 28. April 2016 kamen Dr. med. P.\_\_\_\_\_ und Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ zum Schluss, dass aus bidisziplinärer Sicht beim Beschwerdeführer keine objektiv begründbare Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (in angepasster Tätigkeit) vorliege.

#### **E. 9.4**

Der RAD-Arzt Dr. med. R. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, kam in Würdigung des bidisziplinären Gutachtens in seiner Stellungnahme vom 16. September 2016 zum Schluss, dass der Beschwerdeführer infolge seiner Selbstunsicherheit hinsichtlich Flexibilität, Umstellungsfähigkeit und Anwendung fachlicher Kompetenzen leicht eingeschränkt sei. Im Rahmen der Persönlichkeitsstörung bestehe eine leicht bis mittelgradige Einschränkung der Durchsetzungs- und Selbstbehauptungsfähigkeit. Die Frustrationstoleranz sei leicht- bis mittelgradig reduziert. Die affektive Belastbarkeit und das Selbstvertrauen seien als Folge der Persönlichkeitsstörung leicht beeinträchtigt. Im erlernten Beruf bei der B. \_\_\_\_\_ am Schalter bestehe seit dem 1. Mai 2016 keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit. Wegen der Alkoholproblematik sei eine Arbeit als LKW-Chauffeur nicht möglich (act. 119).

#### **E. 9.5**

Einwandweise reichte der Beschwerdeführer am 31. Mai 2018 die folgenden medizinischen Unterlagen ein:

##### **E. 9.5.1**

Dr. med. N. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 10. November 2015 folgende Diagnosen fest: Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung, Kombinierte Persönlichkeitsstörung, rezidivierende depressive Störung, Somatoforme Störung, Zustand nach C2-Abusus. Aus fachärztlicher psychiatrischer Sicht sei eine Wiedereingliederung in den normalen Arbeitsprozess derzeit und in absehbarer Zeit nicht vorstellbar (act. 123).

##### **E. 9.5.2**

Dr. med. S. \_\_\_\_\_, Arzt für Allgemeinmedizin, berichtete am 27. November 2015, dass der Beschwerdeführer wegen folgender Erkrankungen bei ihm in Behandlung stehe: Hypertonie, depressive Verstimmtheit, rezidivierende Gonalgie links bei Varusgonarthrose bei Chondromalazie Grad III und Meniskopathie, Zustand nach Gichtanfall Grosszehengrundgelenk, Gastritis, Refluxoesophagitis (act. 122).

##### **E. 9.5.3**

Gemäss einem Eintrag im Kartei-Blatt der Klinik T. \_\_\_\_\_ vom 14. Juni 2012 wurde der Beschwerdeführer am 11. Juni 2012 am rechten Knie operiert (Knorpel-Knochen transplantation). Es wurde von einem komplikationsfreien Verlauf berichtet (act. 127). Laut einem weiteren Eintrag vom 29. April 2014 leidet der Beschwerdeführer an einer medialen Gonarthrose, an einer Meniskusläsion links und an einer Bakerzyste (act. 126). Anlässlich einer Kontrolluntersuchung vom 15. Dezember 2016 habe der Beschwerdeführer über eine Zunahme der Beschwerden im (rechten) Sprunggelenk berichtet, die ihn im täglichen Leben einschränkten (act. 128). Nach einer MR-Untersuchung wurde am 19. Januar 2017 die Indikation zur ME (Metallentfernung) und begleiteten AS (Arthroskopie) des Sprunggelenks gestellt (act. 133).

#### **E. 9.6**

Der RAD nahm zu den einwandweise eingereichten Berichten wie folgt Stellung:

##### **E. 9.6.1**

Dr. med. U. \_\_\_\_\_, Facharzt für physikalische Medizin und Rehabilitation, hielt in seiner Stellungnahme vom 14. März 2017 fest, dass aufgrund der eingereichten Berichte eine

Verschlechterung der OSG-Problematik vermutet werden könne. Es liege ein Knorpeldefekt vor. Es werde eine Metallentfernung und eine arthroskopische Knorpelglättung empfohlen. An der Beurteilung durch den Gutachter Dr. med. P. \_\_\_\_\_ und den fallführenden RAD-Arzt Dr. med. R. \_\_\_\_\_ ändere sich nichts. Mit den angeführten Befunden sei der Beschwerdeführer nach wie vor für Tätigkeiten, die langes Gehen, Stehen, Treppensteigen, Gehen in unebenen Gelände etc. beinhalteten, nicht geeignet. Eine vorwiegend im Sitzen ausgeführte leichte Tätigkeit ohne die oben genannten Belastungen sollte aber zumutbar sein. Ob der Beschwerdeführer nach Durchführung der geplanten Operation wieder im alten Beruf als (...) tätig sein könne, sei aber äusserst fraglich (act. 135).

#### **E. 9.6.2**

Dr. med. R. \_\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 15. März 2017 aus, dass sich bezüglich der psychiatrischen Symptomatik nach dem vorgelegten Bericht vom Dr. med. O. \_\_\_\_\_ keine Veränderung ergebe. Dieser Bericht sei völlig unzureichend. Er enthalte keine Angaben zum aktuellen Krankheitsverlauf, keine Symptombeschreibung und keine Befunderhebung. Es bleibe unklar, weshalb eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess derzeit und auf absehbare Zeit nicht möglich sein solle. Darüber hinaus stamme der Bericht bereits vom 10. November 2015 (act. 135).

#### **E. 10**

Nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 4. April 2017 gingen folgenden ärztlichen Berichte ein:

##### **E. 10.1**

Im Beschwerdeverfahren legte der Beschwerdeführer die folgenden neuen ärztlichen Berichte vor (BVGer-act. 10):

###### **E. 10.1.1**

Dr. med. S. \_\_\_\_\_ berichtete am 2. Juni 2017, dass der Beschwerdeführer wegen eines metabolischen Syndroms, Hypertonie und depressiver Verstimmtheit in ärztlicher Behandlung stehe. Zudem leide er an degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparates.

###### **E. 10.1.2**

Laut Kartei-Blatt der Klinik T. \_\_\_\_\_ sei eine Operation am Aussenknöchel am 17. Juli 2017 geplant.

##### **E. 10.2**

Der RAD-Arzt Dr. med. U. \_\_\_\_\_ hielt dazu in seiner Stellungnahme vom 24. Juli 2017 fest, dass den eingereichten Berichten als einzige Neuigkeit die geplante Metallentfernung und Arthroskopie des rechten Sprunggelenks entnommen werden könne. Nach einem solchen Eingriff könne eine dreimonatige Arbeitsunfähigkeit, die zur Rehabilitation genutzt werden sollte, zugesprochen werden. Danach bestehe bei normalem Verlauf mindestens die gleiche Arbeitsfähigkeit wie zuvor, wenn nicht gar eine Steigerung der Leistungsfähigkeit. Bei komplikationslosem Verlauf und regelrechter Rehabilitation sei drei Monate nach der Operation eine angepasste Tätigkeit ohne langes Laufen und schwere Hebe- und Trageleistungen wieder zumutbar. Für die Tätigkeit als (...) sei der Beschwerdeführer arbeitsunfähig. Zumutbar sei dagegen die Tätigkeit am (...). Um den regelrechten Verlauf

zu dokumentieren, wäre das Einholen der Verlaufsberichte der postoperativen Kontrolluntersuchungen erforderlich (BVGer-act. 16).

### **E. 10.3**

Replikweise reichte der Beschwerdeführer die folgenden Arztberichte ein:

#### **E. 10.3.1**

Im Bericht vom 24. April 2018 nannte Dr. med. N.\_\_\_\_\_ die bisher gestellten Diagnosen. Er hielt fest, dass aus fachärztlicher psychiatrischer Sicht eine Wiedereingliederung in den normalen Arbeitsprozess derzeit und in absehbarer Zeit nicht vorstellbar sei (Beilage 1 zu BVGer-act. 23).

#### **E. 10.3.2**

In einem weiteren Bericht vom 28. Mai 2018 führte Dr. med. N.\_\_\_\_\_ aus, dass der Beschwerdeführer trotz erfreulichem Behandlungsverlauf nicht stabil und belastbar genug sei, um in den freien Arbeitsmarkt bei Vollzeitbeschäftigung eingegliedert zu werden. Ein geschütztes, therapeutisch begleitetes Arbeitsprojekt in einem Teilzeitpensum wäre dem Beschwerdeführer sehr wohl zuträglich und würde dem Gesundungsprozess sogar dienlich sein (Beilage 2 zu BVGer-act. 23).

#### **E. 10.3.3**

Der RAD-Arzt Dr. med. R.\_\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 17. August 2018 fest, dass Dr. med. O.\_\_\_\_\_ bzw. Dr. med. N.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 28. Mai 2018 erstmals einen psychiatrischen Befund mitgeteilt hätten. Es werde aber nicht begründet, weshalb eine Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt in Vollbeschäftigung nicht für möglich gehalten werde. Es würden keine näheren Ausführungen dazu gemacht, worin und wodurch die Einschränkungen begründet seien und wie hoch das Ausmass der Arbeitsfähigkeit einzuschätzen sei (Beilage zu BVGer-act. 29).

### **E. 11**

Zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausgeht, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitraum vom 14. Juni 2007 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 4. April 2017 in rentenrelevanter Weise verbessert hat und dass nunmehr eine rentenausschliessende Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer leidensadaptierten Tätigkeit besteht. 11.1.1 Für die Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit sowie der Veränderung des Gesundheitszustandes stellte die Vorinstanz im Wesentlichen auf das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. P.\_\_\_\_\_ und Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ vom 1. Mai 2016 ab. Dieses Gutachten basiert auf den Vorakten, einer detaillierten Anamneseerhebung und auf für die strittigen Belange umfassenden fachärztlichen Untersuchungen, die am 15. April 2016 stattgefunden haben. Sodann erfolgten eine interdisziplinäre Beurteilung und die Beantwortung der gestellten Fragen. Die Gutachter setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein, und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden für die rechtsanwendende Person nachvollziehbar begründet. Das bidisziplinäre Gutachten vom 1. Mai 2016, dem sich in medizinischer Hinsicht auch die RAD-Ärzte angeschlossen haben, erfüllt damit die allgemeinen beweisrechtlichen Vorgaben (vgl. E. 4.7 hiervor).

### **E. 11.2.1**

Hinsichtlich der Beurteilung des körperlichen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung die beklagten Beschwerden des Beschwerdeführers am linken Knie, am rechten Sprunggelenk sowie am linken Fuss abgeklärt und diagnostisch erfasst. Gestützt auf eine eingehende klinische Untersuchung sowie aktuelle radiologische Untersuchungen der Knie, des rechten Sprunggelenks sowie des linken Fusses wurde nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, dass keine Somatisierungsstörung vorliegt und aus somatischer Sicht keine anspruchsrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (in Bezug auf eine Tätigkeit am Schalter bei der B.\_\_\_\_\_) besteht. Diese Einschätzung steht in Einklang mit der Selbsteinschätzung und dem Aktivitätenniveau des Beschwerdeführers, der sich laut eigenen Angaben im Alltag körperlich nicht eingeschränkt fühle, drei- bis viermal täglich für eine Stunde und länger mit dem Hund spazieren gehe und bezüglich des Bewegungsapparates keine Behandlungen und Therapien in Anspruch nehme. Abweichende Einschätzungen behandelnder Ärzte lagen im Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens nicht vor. Zu bemerken ist zudem, dass die internistischen Diagnosen, insbesondere die festgestellte Adipositas hier keine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität bewirken (vgl. Urteil des BGer 8C\_663/2017 vom 12. Dezember 2017 E. 3.2).

### **E. 11.2.2**

Aus den nach Erstellung des Gutachtens einwandweise eingereichten Auszügen aus der Krankengeschichte der Klinik T.\_\_\_\_\_ ergeben sich Hinweise auf eine Verschlechterung der Beschwerden am rechten Sprunggelenk. Die behandelnden Ärzte haben eine Operation (Metallentfernung und Arthroskopie) empfohlen. Wie der RAD-Arzt Dr. med. U.\_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 14. März 2017 (act. 135) überzeugend dargelegt hat, ändert dies an der Einschätzung des Gutachters jedoch nichts, zumal der Beschwerdeführer mit den aufgeführten Befunden nach wie vor für Tätigkeiten, die langes Gehen, Stehen, Treppensteigen, Gehen in unebenem Gelände etc. beinhaltet nicht geeignet sei, ihm aber eine vorwiegend im Sitzen ausgeführte leichte Tätigkeit weiterhin zugemutet werden könne. Insgesamt werden die Beschwerden im Bereich des linken Knies, des rechten Sprunggelenks und des linken Fusses im vom RAD festgelegten Belastungsprofil ausreichend berücksichtigt.

### **E. 11.2.3**

Aus den im Beschwerdeverfahren eingereichten Arztberichten ergibt sich aus somatischer Sicht als einzige bisher nicht bekannte Tatsache, dass die Operation (Metallentfernung) am rechten Sprunggelenk gemäss Eintrag in die Krankengeschichte vom 12. Mai 2017 am 17. Juli 2017 durchgeführt werden soll. Zu beachten ist, dass das Operationsdatum und der Eintrag in der Krankengeschichte nicht in den rechtsprechungsgemäss massgebenden Zeitraum bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (hier: 4. April 2017) fallen und deshalb im vorliegenden Verfahren grundsätzlich nicht zu berücksichtigen sind. Neue Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in der vorliegend zu beurteilenden Periode bis zum 4. April 2017 ergeben sich daraus nicht, weshalb keine Zweifel an der Einschätzung des rheumatologischen Gutachters begründet werden.

### **E. 11.3.1**

Aus psychiatrischer Sicht wurde im Gutachten vom 1. Mai 2016 in Übereinstimmung mit der Einschätzung der behandelnden Ärzte eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Der

Gutachter hat überzeugend dargelegt, dass die Persönlichkeitsstörung in einer Nischentätigkeit zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führt, zumal diese nicht schwer ausgeprägt ist und die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers viele Jahre nicht beeinträchtigt hat. Nach Ansicht der Gutachter ist es dem Beschwerdeführer möglich, seine innerpsychischen Hemmnisse zu überwinden, vor allem dann, wenn er keinen Alkohol trinkt. Den aus der Persönlichkeitsstörung fliessenden Funktionsdefiziten, die unter Beizug des Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen (vgl. dazu Urteil des BGer 8C\_340/2015 vom 1. September 2015 E.4.3 mit Hinweisen) umschrieben wurden, wurde bei der Festlegung des Zumutbarkeitsprofils Rechnung getragen. Darüber hinaus wurden im psychiatrischen Gutachten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Der Gutachter hat dargelegt, dass keine depressive Episode vorliegt, was mit Blick auf die erhobenen Befunde, die gutachterlichen Verhaltensbeobachtungen, die Angaben des Beschwerdeführers zu seinen Beschwerden, seinem Tagesablauf und seinem sozialen Umfeld nachvollziehbar ist. Der Gutachter hat sich auch mit der Alkoholproblematik auseinandergesetzt und ist auf die Wechselwirkungen mit der depressiven Störung und der Persönlichkeitsstörung eingegangen. Er kam zum nachvollziehbaren Schluss, dass die Alkoholproblematik sekundärer Natur sei. Es leuchtet aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers und der vorliegenden medizinischen Akten ein, dass der Gutachter bezüglich Alkoholproblematik keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt hat, zumal auch die Grunderkrankung (Persönlichkeitsstörung) nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit führt und vom Beschwerdeführer im Rahmen der Schadenminderungspflicht auch eine Abstinenz gefordert werden kann.

### **E. 11.3.2**

Der äusserst kurz abgefasste Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. N. \_\_\_\_\_ vom 15. Juli 2015, in dem neben der Persönlichkeitsstörung auch eine rezidivierende depressive Störung sowie eine somatoforme Störung diagnostiziert wurden und eine deutliche Einschränkung der Belastungsfähigkeit attestiert wurde (act. 104), spricht mangels Begründung der gestellten Diagnosen und der attestierten Einschränkung nicht gegen die Zuverlässigkeit der Einschätzung des Gutachters. Soweit Dr. med. N. \_\_\_\_\_ in einem weiteren Bericht vom 10. November 2015, der dem Gutachter allerdings nicht vorlag, bei den gleichen Diagnosen ausgeführt hat, eine Wiedereingliederung in den normalen Arbeitsprozess sei aus fachärztlicher psychiatrischer Sicht derzeit und in absehbarer Zeit nicht vorstellbar, vermag dies die Beurteilung des Gutachters ebenfalls nicht in Zweifel zu ziehen, was auch der RAD-Arzt in seiner Stellungnahme vom 15. März 2017 (act. 135) überzeugend dargelegt hat. Denn der behandelnde Psychiater benennt keine relevanten Aspekte, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des BGer 9C\_319/2017 vom 15. Februar 2018 E. 2.4). Die erst im Beschwerdeverfahren aufgelegten Berichte von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ vom 24. April 2018 und vom 28. Mai 2018 wurden rund ein Jahr nach dem massgeblichen Verfügungszeitpunkt (4. April 2017) erstellt. Weder ist ersichtlich noch legt der Beschwerdeführer dar, inwiefern daraus Rückschlüsse auf den vorliegend relevanten Zeitraum gezogen werden könnten (vgl. Urteil 9C\_540/2015 vom 15. Oktober 2015 mit Hinweis auf BGE 121 V 362 E. 1b). Abgesehen davon fehlt es auch in diesen Berichten an eingehenden und begründeten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit (vgl. hierzu die Stellungnahme des RAD-Arzt Dr. med. R. \_\_\_\_\_ vom 17. August 2018; BVGer-act.

29).

### **E. 11.3.3**

Soweit der psychiatrische Gutachter keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert, hält dies auch vor der neuen Rechtsprechung gemäss BGE 143 V 409, BGE 143 V 418 sowie BGE 141 V 281 stand. Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ vom 1. Mai 2006 wurde erstellt, bevor das Bundesgericht am 30. November 2017 seine Rechtsprechung zum invalidisierenden Charakter psychischer Störungen geändert hat. Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren 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 141 V 281 E. 8). Dies ist vorliegend der Fall, insbesondere weil der Gutachter zu den Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 Stellung genommen hat, dies trotz Fehlens einer Diagnose, welche nach damaliger Rechtslage eine solche Prüfung bedingt hätte. Diesbezüglich ist vorab festzuhalten, dass hier keine Ausschlussgründe im Sinn von BGE 141 V 281 E. 2.2 vorliegen. Der Gutachter erwähnt keine Hinweise für eine Aggravation und ähnliche Erscheinungen. Im Rahmen der Kategorie «funktioneller Schweregrad» (BGE 141 V 281 E. 4.3) ist zunächst der Komplex «Gesundheitsschädigung» zu beurteilen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): Zum Indikator «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome» ist festzuhalten, dass keine depressiven Symptome vorliegen und die der Persönlichkeitsstörung zugrunde liegenden Befunde (wie Selbstunsicherheit, Unreife, Tendenz zum Rückzug vor der Realität) - aufgrund des Mini-ICF sowie im Lichte des geschilderten Tagesablaufs und des nicht eingeschränkten Aktivitätenniveaus (z.B. regelmässige Tagesgestaltung, Erledigung des Haushalts in der 3-Zimmerwohnung, Betreuung des elfjährigen Stiefsohnes) - nicht schwer ausgeprägt sind. Gegen eine schwer ausgeprägte Persönlichkeitsstörung spricht überdies, dass der Beschwerdeführer bis 2004 durchgängig gearbeitet hat, die Störung mit einer erheblichen Selbstlimitierung und Fixierung auf die Symptomatik verbunden ist und sich keine Beeinträchtigung in der persönlichen Beziehungspflege zeigt. Betreffend den Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2) geht aus den Akten hervor, dass der Beschwerdeführer in Österreich seit anfangs 2012 in psychiatrischer Behandlung ist (einmal im Monat) und eine antidepressive Medikation erhält (Venlafloxin). Eine stationäre Behandlung hat seit Zusprache der halben Rente aufgrund der Akten nicht mehr stattgefunden. Die bisherige Therapie wird vom Gutachter als adäquat beurteilt. Im Rahmen dieser Therapie verhält sich der Beschwerdeführer laut Angaben des behandelnden Psychiaters motiviert und compliant. Der Gutachter erachtet die Weiterführung der Therapie als sinnvoll, weshalb nicht von einer Behandlungs- und Eingliederungsresistenz auszugehen ist. Unter dem Aspekt der massgebenden Komorbidität (BGE 141 V E. 4.3.1.3; BGE 143 V 418 E. 8.1) ist zu beachten, dass der Alkoholkonsum vom psychiatrischen Gutachter als sekundär eingestuft wurde. Mit grosser Wahrscheinlichkeit habe der Beschwerdeführer seine Selbstunsicherheit mit der Alkoholwirkung kompensiert. Der Umstand, dass es dem Beschwerdeführer gelungen ist, sein Alkoholproblem in den Griff zu kriegen, deutet darauf hin, dass die Persönlichkeitsstörung nicht stark ausgeprägt ist. Zudem ist ihm eine Alkoholabstinenz im Rahmen der Schadenminderungspflicht zuzumuten. Weiter liegen auch somatische Beschwerden in Form von Knie- und Fusschmerzen vor, die den Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit und auch im Alltag aber nicht massgeblich

beeinträchtigen, weshalb ihnen keine ressourcenhemmende Wirkung zuzusprechen ist. Die Wechselwirkung zwischen somatischen und psychischen Beschwerden wurde überdies im Rahmen der Gesamtbeurteilung diskutiert. Laut Gutachter hat der Beschwerdeführer aufgrund seiner Persönlichkeit leicht verminderte Ressourcen. Anhaltspunkte dafür, dass die Persönlichkeit des Beschwerdeführers das Leistungsvermögen in einer angepassten Tätigkeit (Nischentätigkeit) einschränken würde, ergeben sich aus dem Gutachten und den Akten aber nicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.2). Der Komplex «sozialer Kontext» zeigt, dass der Beschwerdeführer über mobilisierbare Ressourcen verfügt (stabile und gute Beziehung zu seiner Ehefrau und seinem Stiefsohn). In der Kategorie «Konsistenz» ist in Bezug auf die Einschränkung des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1) ersichtlich, dass sich zwischen der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, der sich voll arbeitsunfähig fühlt, und seinen Tätigkeiten im Alltag und seiner Funktion in der Familie ein Ungleichgewicht besteht. Der ebenfalls zur Konsistenz gehörende Indikator «behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck» ist als erfüllt zu betrachten, nachdem der Beschwerdeführer laut Einschätzung des Gutachters therapeutische Optionen nicht vernachlässigt, sondern in ausreichendem Masse in Anspruch genommen hat. Nach dem Dargelegten besteht im Rahmen einer umfassenden Betrachtung der massgebenden Indikatoren kein Anlass, von der Beurteilung des psychiatrischen Gutachters abzuweichen.

#### **E. 11.4**

Das bidisziplinäre Gutachten äussert sich schliesslich auch ausreichend zum reversionsspezifischen Beweisthema aus medizinischer Sicht (Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes).

##### **E. 11.4.1**

Die nach Art. 17 Abs. 1 ATSG zu überprüfende Invalidenrente wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 14. Juni 2007 infolge eines psychischen Leidens bzw. eines Suchtleidens zugesprochen; die Auswirkungen der somatischen Befunde spielten damals bloss eine untergeordnete Rolle. Im Begründungsteil der Verfügung vom 14. Juni 2007 wurde festgehalten, dass eine Sucht im Vordergrund stehe. Süchte würden für sich alleine keine rechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit begründen. Hier liege jedoch eine sich entwickelnde depressive Symptomatik im Sinne einer Komorbidität sowie eine Reihe psychosozialer Belastungsfaktoren vor (act. 40). Wie den damaligen Berichten der behandelnden Ärzte sowie des RAD zu entnehmen ist, hing die im Vordergrund stehende Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.20), die im Zeitpunkt der Rentenzusprache zwar remittiert, aber noch nicht stabilisiert war, mit einer rezidivierenden depressive Störung (ICD-10: F33.0) sowie einer selbstunsicheren, unreifen passiv-vermeidenden Persönlichkeitsstruktur (ICD-10: Z73.1) zusammen. Dieser Zusammenhang wurde in verschiedenen Berichten erwähnt. So wies Dr. med. J. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 16. Juni 2006 darauf hin, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner auffälligen Persönlichkeitsstruktur schnell überfordert sei, woraus sich eine Alkoholerkrankung sowie eine rezidivierend auftretende depressive Störung entwickelt habe (act. 16). Im Bericht der D. \_\_\_\_\_-Klinik vom 20. Juni 2003 wurde festgehalten, dass sich der Beschwerdeführer aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur am Arbeitsplatz schnell überfordert fühle und darauf mit dem Konsum von Alkohol reagiere (act. 7 S. 16). Auch im hausärztlichen Bericht vom 30. Juli 2002 wird darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer im Rahmen psychischer Abstürze immer wieder Alkohol konsumiert habe (act. 7 S. 9).

#### **E. 11.4.2**

Im bidisziplinären Gutachten vom 1. Mai 2016 wurde im Rahmen der Konsensbeurteilung festgehalten, dass aus rein psychiatrischer Sicht - rückblickend mindestens schon seit 2010 - von einer Verbesserung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgegangen werden müsse. Im Vergleich zur Situation im Jahr 2007 wurde im bidisziplinären Gutachten vom 1. Mai 2016 die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.20) nicht mehr erhoben. Als Diagnose wurde ein Alkoholkonsum (zurzeit nicht abstinent; ICD-10: F10.0) gestellt, was impliziert, dass die Gutachter aktuell nicht mehr von längerdauernden Problemen mit Alkohol ausgegangen sind (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Aufl. 2015, S. 112). Im Rahmen seiner Stellungnahme zu den psychiatrischen Vorakten hielt Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ fest, dass die Alkoholproblematik zurückgegangen sei. Es sei nicht mehr zu stationären Behandlungen wegen des übermäßigen Alkoholkonsums gekommen, weshalb angenommen werden müsse, dass der Beschwerdeführer seinen Alkoholkonsum einigermaßen im Griff gehabt habe. Diese Einschätzung steht in Einklang sowohl mit den Aussagen des Beschwerdeführers, der gegenüber den Gutachtern angab, dass er pro Woche einen Liter Bier konsumiere und ansonsten keine Spirituosen zu sich nehme, als auch mit seinen seit der Heirat im Jahr 2011 und der Auswanderung nach Österreich bestehenden stabilen sozialen Verhältnissen (S. 11 Gutachten). Weiter gab er an, dass er früher wegen seiner Depression viel Alkohol getrunken habe. Das mache er heute nicht mehr. Eine Verbesserung der Alkoholproblematik lässt sich auch den Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. med. N.\_\_\_\_\_ entnehmen, in denen keine Alkoholprobleme erwähnt werden und als Diagnose ein Zustand nach C2-Abusus aufgeführt wird. Den Akten ist zudem nicht zu entnehmen, dass seit der Heirat im Jahr 2011 und der Auswanderung nach Österreich ambulante oder stationäre Suchttherapien stattgefunden hätten. Eine Verbesserung der Alkoholproblematik ist insgesamt ausgewiesen.

#### **E. 11.4.3**

Laut psychiatrischem Gutachten vom 1. Mai 2016 ist zudem die depressive Störung, die laut den damals behandelnden Psychiatern im Jahr 2004 mittelgradig und im Jahr 2006 leichtgradig ausgeprägt war, remittiert. Der Gutachter hält hierzu fest, dass aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde, den Angaben des Beschwerdeführers und der Aktenlage beim Beschwerdeführer keine depressive Episode mehr vorliege. Die Symptomatik sei unter aktuell nachgewiesener Behandlung mit dem Antidepressivum Venlafaxin remittiert. Diese Beurteilung ist aufgrund der Akten nachvollziehbar und lässt sich mit einer Änderung auf Befundebene erklären. So lagen im Jahr 2004 der mittelgradigen depressiven Episode laut dem behandelnden Psychiater Dr. med. G.\_\_\_\_\_ eine reduzierte Grundstimmung, verlorene Hoffnung, Resignation und Initiativmangel zugrunde (Bericht vom 12. Juli 2004; act. 9). Dr. med. J.\_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 16. Juni 2006 fest, dass der Beschwerdeführer über Stimmungsschwankungen und Spannungszustände klagte. Im Rahmen der Befunderhebung erwähnte er einen pessimistischen Blick auf seine Situation und seine Zukunft, Stimmungseinbrüche, in denen er passiv-gleichgültig sei (act. 16). Laut dem Bericht der Psychiatrie F.\_\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2015 klagte der Beschwerdeführer damals über Suizidgedanken, ein Leeregefühl, Antriebsarmut, Schwierigkeiten mit dem Alleinsein und über Spannungszustände. Als Befunde wurden eine leichtgradige depressive Symptomatik und eine latente Suizidalität erhoben (act. 17). Dagegen hielt der psychiatrische Experte im Gutachten vom 1. Mai 2016 fest, dass der Antrieb gegeben und

der Beschwerdeführer affektiv schwingungsfähig sei. Es fänden sich keine Hinweise auf eine durchgehende Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Interesselosigkeit oder Apathie. Die depressiven Symptome beschreibe der Beschwerdeführer nur vage und unbestimmt. Der Vergleich des psychiatrischen Befundes, wie er im Referenzzeitpunkt von den behandelnden Ärzten erhoben wurde, mit jenem, der im psychiatrischen Gutachten vom 1. Mai 2016 beschrieben wird, zeigt damit wesentliche Unterschiede im medizinischen Substrat und eine anspruchsrelevante Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands auf. In diesem Sinne beschreibt auch der aktuell behandelnde Psychiater Dr. med. N.\_\_\_\_\_, dass sich der Beschwerdeführer unter regelmässiger psychiatrischer Behandlung und medikamentöser Therapie psychisch relativ gut habe stabilisieren können (act. 123). Überdies ist seit der Heirat im Jahr 2011 und der Auswanderung nach Österreich von einer veränderten sozialen Situation auszugehen, die sich nicht mehr negativ auf das gesundheitliche Befinden des Beschwerdeführers auswirkt.

### **E. 11.5**

Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass die Vorinstanz gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten vom 1. Mai 2016 zu Recht von einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und einer nunmehr uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ausgegangen ist. Die den Experten vorgelegten Gutachterfragen waren zwar nicht revisionsspezifisch. Dennoch kann der Expertise entnommen werden, dass sich der massgebende medizinische Sachverhalt seit der ursprünglichen Rentenzusprechung wesentlich verbessert hat (vgl. Urteil des BGER 9C\_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.2.2), haben die Gutachter doch auch einlässlich zum Verlauf der Krankengeschichte seit der Rentenzusprache im Jahr 2007 Stellung genommen (vgl. S. 35 des Gutachtens, act. 114). Von weitergehenden medizinischen Abklärungen sind vorliegend keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb auf solche in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (vgl. BGE 122 V 1 57 E. 1d).

### **E. 12**

Zu prüfen ist weiter, ob die aus medizinischer Sicht geforderte Ausgestaltung des leidensangepassten Arbeitsplatzes eine Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt.

#### **E. 12.1**

Laut Einschätzung im psychiatrischen Gutachten vom 1. Mai 2016 kann der Beschwerdeführer die attestierte Arbeitsfähigkeit von 100 % zunächst nur in einer Niscentätigkeit verwerten (S. 34 und 35 des Gutachtens, act. 114). Der Gutachter bezeichnete eine Niscentätigkeit als eine Tätigkeit, bei der der Beschwerdeführer wohlwollend, täglich strukturierend geführt werde und im Wissen um die Selbstunsicherheit und die Rückzugs-tendenz des Beschwerdeführers auch Absenzen allenfalls mehr toleriert werden, als bei einem üblichen Arbeitsplatz. Am Arbeitsplatz selbst aber, unter guter wohlwollender Führung, mit wenig Anspruch an das Erlernen von Neuem, könne der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht eine Leistung von 100 % erbringen. Aus somatischer Sicht ist überdies zu beachten, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Knie- und Fussbeschwerden gemäss RAD-Stellungnahme vom 14. März 2017 für Tätigkeiten, die langes Gehen, Stehen, Treppensteigen, Gehen in unebenem Gelände etc. erfordern, nicht geeignet ist.

#### **E. 12.2**

Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln (Art. 16 ATSG; BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweis). Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch rechtsprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen (Urteil des BGER 9C\_910/2011 vom 30. März 2012 E. 3.1 mit Hinweis; vgl. BGE 138 V 457 E. 3.1). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteil des BGER 8C\_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 5.11 mit Hinweisen). Von einer Arbeitsgelegenheit kann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur noch in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (vgl. statt vieler: Urteile des BGER 8C\_434/2017 vom 3. Januar 2018 E. 7.2.1 und 9C\_253/2017 vom 6. Juli 2017 E. 2.2.1, je mit weiteren Hinweisen). Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgebend, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitsplätzen bestünde (statt vieler: Urteil des BGER 8C\_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 4.3.2).

### **E. 12.3**

Die aus der Persönlichkeitsstörung des Beschwerdeführers resultierenden Einschränkungen erweisen sich nicht als derart erheblich, dass es als ausgeschlossen erscheint, dass dieser die ihm verbleibende Arbeitskraft auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wirtschaftlich nutzen könnte. Es erscheint insbesondere nicht als unrealistisch, dass der im Verfügungszeitpunkt 43-jährige Beschwerdeführer einen Arbeitgeber findet, der genügend Geduld aufbringt, wenn es zu Leistungsschwankungen oder krankheitsbedingten Ausfällen kommt. Im Hinblick auch auf die somatisch bedingten Einschränkungen gibt es beispielsweise in der Industrie und im Gewerbe verschiedene einfache Hilfstätigkeiten, die leicht sind, vorwiegend sitzend ausgeübt werden können, Wechselbelastungen zulassen und keine überwiegenden Knie-Hockfunktionen und keine Arbeiten über Kopf oder auf Zehenspitzen verlangen (z.B. Kontroll- oder Sortierarbeiten am Fliessband, leichte Verpackungsarbeiten; Urteil des BGER 9C\_82/2009 vom 9. Oktober 2009 E. 5.5).

### **E. 12.4**

Der Beschwerdeführer macht geltend, dass die jahrelange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und die Auswanderung ins Ausland die Verwertung der Arbeitsfähigkeit behinderten. Die mehrjährige Abstinenz vom ersten Arbeitsmarkt ist jedoch nicht invaliditätsbedingt erfolgt (Urteil des BGER 8C\_393/2016 vom 25. August 2016 E. 3.7), weil der Beschwerdeführer seine seit der ursprünglichen Rentenzusprache ärztlich attestierte Restarbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht verwertet hat. Auch der geltend gemachte Umstand, dass die Auswanderung nach Österreich die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit erschwere, ist invaliditätsfremd und damit für die vorliegende Beurteilung nicht von Belang. Für nicht invaliditätsbedingte Schwierigkeiten bei der Wiedereingliederung hat die

Invalidenversicherung nicht einzustehen (Urteil des BGer 9C\_581/2017 vom 30. November 2017 E. 4.2).

### **E. 12.5**

Insgesamt ist damit davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer die Verwertbarkeit seiner Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt trotz seiner Persönlichkeitsstörung zumutbar ist.

### **E. 13**

Zu prüfen bleibt, wie sich die 100 %ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

#### **E. 13.1**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C\_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1). Für die Bemessung der Invalidität einer im Ausland wohnhaften versicherten Person sind Validen- und Invalideneinkommen grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2; Urteil des BGer 8C\_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.1).

#### **E. 13.2**

Bei einer Rentenrevision ist der Einkommensvergleich auf den Zeitpunkt hin durchzuführen, auf den die laufende Rente frühestens verändert werden kann (vgl. Urteil des BGer 9C\_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1), hier auf den 1. Juni 2017 (vgl. Art. 88bis Abs. 2 Bst. a IVV [SR] 831.201)).

#### **E. 13.3**

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgeblichen Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1; 129 V 222 E. 4.3.1 mit Hinweisen; Urteil des BGer 8C\_567/2013 vom 30. Dezember 2013 E. 2.2.1).

#### **E. 13.4**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person

nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb; 129 V 472 E. 4.2.1). Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 142 V 178 E. 1.3; 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2; 126 V 75 E. 5b; Urteil des BGer 9C\_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.1).

### **E. 13.5**

Im vorliegenden Fall ist das Valideneinkommen - wie bereits im Einkommensvergleich vom 7. November 2006 - anhand des letzten effektiv erzielten Lohnes aus dem Jahr 2004 von jährlich Fr. 59'800.- (inkl. 13. Monatslohn; act. 4) zu bemessen. Dieser Lohn ist auf das Jahr 2017 zu indexieren ( $1992 [\text{Indexwert } 2004] \times 2249 [\text{Indexwert } 2017]$ ); vgl. Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, abrufbar unter [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)), was Fr. 67'515.- ergibt.

### **E. 13.6**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens sind LSE-Tabellenlöhne (Tabelle TA1) heranzuziehen. Hierbei ist zu beachten, dass die in der angefochtenen Verfügung getroffene Annahme, dass dem Beschwerdeführer die erlernte Tätigkeit als Briefträger vollumfänglich zumutbar sei, dem vom RAD festgelegten Zumutbarkeitsprofil widerspricht. Da sich das Zumutbarkeitsprofil seit der Rentenzusprache aufgrund der neu hinzugetreten Beschwerden am Fussgelenk verändert hat, rechtfertigt es sich nicht, wie im Jahr 2006 lediglich die Branchen Verkehr und Nachrichtenübermittlung heranzuziehen, sondern es ist auf den Totalwert (Männer, Kompetenzniveau 1) abzustellen. Massgebend ist die LSE 2014, zumal die aktuelleren Zahlen der LSE 2016, die am 26. Oktober 2018 veröffentlicht wurden, im Verfügungszeitpunkt noch nicht vorlagen (vgl. Urteil des BGer 9C\_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2). Das standardisierte monatliche Einkommen von Fr. 5'312.- ist unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2017 von 41.7 Stunden pro Woche sowie der Nominallohnentwicklung bis 2017 ( $2220 [\text{Indexwert } 2014] \times 2249 [\text{Indexwert } 2017]$ ) auf ein Jahreseinkommen von Fr. 67'321.20 hochzurechnen ( $\text{Fr. } 5'312.- \times 12 : 40 \times 41.7 : 2220 \times 2249$ ).

### **E. 13.7**

Die Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen ergibt eine Einkommenseinbusse von jährlich rund Fr. 194.- und damit einen Invaliditätsgrad von gerundet 3 %. Selbst bei Gewährung des maximalen Leidensabzugs von 25 % resultiert im Einkommensvergleich ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 25 %.

### **E. 14**

Aus dem Dargelegten folgt, dass die Beschwerde abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 4. April 2017 zu bestätigen ist.

#### **E. 15.1**

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind jedoch keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weil seinem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit Zwischenverfügung vom 7. März 2018 stattgegeben wurde.

#### **E. 15.2**

Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. 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 obsiegende Vorinstanz hat ebenfalls keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

#### **E. 15.3**

Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat zufolge Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung einen Anspruch auf eine Entschädigung aus der Gerichtskasse. Er macht mit Honorarnote vom 3. Oktober 2018 eine Entschädigung von Fr. 4'104.25 (16.64 Stunden à Fr. 220.- zuzüglich Barauslagen von Fr. 150.- und Mehrwertsteuer von Fr. 293.45) geltend. Vor dem Hintergrund, dass nur der notwendige Aufwand zu entschädigen ist (Urteil des BGer 8C\_426/2018 vom 10. August 2018 E. 5.3) erscheint der geltend gemachte Aufwand von insgesamt 16.64 Stunden unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache, des Umfangs der Akten und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens als zu hoch, weshalb die Honorarnote zu kürzen ist. Mit Blick auf ähnlich gelagerte Fälle und die im Sozialversicherungsrecht geltende Untersuchungsmaxime (vgl. dazu Urteil des EVG I 786/05 vom 12. September 2006 E. 4.1) ist der geltend gemachte Aufwand im Zusammenhang mit der Erarbeitung der beiden Rechtsschriften von je drei Textseiten («Akten- und Rechtsstudium» und «Erarbeitung Rechtsschrift») von total 12.13 Stunden auf 10 Stunden zu reduzieren. Ebenfalls nicht gerechtfertigt erscheint es, die Kontakte zwischen der Substitutin bzw. dem Substituten und dem Beschwerdeführer per E-Mail und per Telefon von insgesamt 3 Stunden im vollen Umfang zum Anwaltstarif zu entschädigen. Hier erscheint eine Kürzung auf 1 Stunde angemessen. Insgesamt ist damit ein Aufwand von gerundet 12.5 Stunden zum geltend gemachten Ansatz von Fr. 220.- zu entschädigen, was ein Honorar von Fr. 2'750.- ergibt. Die geltend gemachten Auslagen von Fr. 150.-, die nach Art. 9 Abs. 1 Bst. b VGKE grundsätzlich zu ersetzen sind, werden zwar nicht detailliert ausgewiesen, erscheinen aber angemessen und sind daher zu entschädigen. Bei der unentgeltlichen Verbeiständung ist auch bei Wohnsitz des Beschwerdeführers im Ausland ein Mehrwertsteuerzuschlag im Sinne von Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE von 7.7 % zu gewähren. Dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ist somit zu Lasten der Gerichtskasse eine Entschädigung von Fr. 3'123.30 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuerzuschlag) zuzusprechen.

#### **E. 15.4**

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer der Gerichtskasse Ersatz zu leisten hat, wenn er zu hinreichenden Mitteln gelangt (Art. 65 Abs. 4 VwVG).

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