

# **BVGer C-2788/2014 vom 17. September 2015**

Bundesverwaltungsgericht, 2015-09-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-2788\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2788_2014)

FR: TAF C-2788/2014 du 17 septembre 2015

IT: TAF C-2788/2014 del 17 settembre 2015

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach den Vorschriften des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32), des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021 [vgl. auch Art. 37 VGG]) sowie des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1 [vgl. auch Art. 3 Bst. dbis VwVG]).

### **E. 1.2**

Gemäss Art. 31 VGG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen im Sinne von Art. 5 VwVG, sofern - wie vorliegend - keine Ausnahme nach Art. 32 VGG gegeben ist. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

### **E. 1.3**

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, sodass er im Sinne von Art. 59 ATSG beschwerdelegitimiert ist (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Da die Beschwerde im Übrigen unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes während Ostern frist- und formgerecht eingereicht wurde (Art. 38 Abs. 4 ATSG; Art. 60 ATSG; Art. 22a Abs. 1 VwVG; Art. 52 VwVG), ist darauf einzutreten.

### **E. 2.1**

Anfechtungsobjekt bildet vorliegend die Verfügung der Vorinstanz vom 14. April 2014, mit welcher die halbe Invalidenrente des Beschwerdeführers per 1. Juni 2014 eingestellt wurde (IV-act. 92).

### **E. 2.2**

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens können die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids gerügt werden (Art. 49 VwVG).

### **E. 2.3**

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BGE 128 II 145 E. 1.2.2, 127 II 264 E. 1b).

### **E. 3**

Der Beschwerdeführer besitzt die türkische Staatsbürgerschaft und hat während des Beschwerdeverfahrens nach mehrjährigem Aufenthalt in der Türkei wieder Wohnsitz in der Schweiz genommen (BVGer-act. 9), womit Schweizer Recht zur Anwendung kommt. Würde der ordentliche Wohnsitz mangels dauernder Absicht des Verweilens (Art. 23 Abs. 1 ZGB) weiterhin in der Türkei angenommen, so wären Ansprüche des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung gemäss dem Abkommen zwischen der Schweiz und der Republik Türkei über soziale Sicherheit vom 1. Mai 1969 (SR 0.831.109.763.1) ebenfalls nach schweizerischen Rechtsvorschriften zu beurteilen (Art. 1, Art. 4 Abs. 1 und Art. 8 ff. des Abkommens).

### **E. 4.1**

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 220 E. 3.1.1; 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).

### **E. 4.2**

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 14. April 2014) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen grundsätzlich Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 9C\_803/2009 vom 25. März 2010 E. 5).

### **E. 4.3**

In materiell-rechtlicher Hinsicht ist auf jene Bestimmungen des IVG und der IVV (SR 831.201) respektive des ATSG und der ATSV (SR 830.11) abzustellen, die für die Beurteilung eines Rentenanspruchs jeweils relevant waren und in Kraft standen. Vorliegend ist die Rentenauszahlung ab 1. Juni 2014 strittig, weshalb das IVG in Kraft ab dem 1. Januar 2012 in der Fassung vom 18. März 2011 [6. IV-Revision; AS 2011 5659] mit der entsprechenden Fassung der IVV [AS 2011 5679] massgebend ist. Weiter sind auch diejenigen Vorschriften anwendbar, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind (das IVG in Kraft ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [4. IV-Revision; AS 2003 3837] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision] mit den entsprechenden Fassungen der IVV [AS 2003 3859, 2007 5155]).

### **E. 5.1**

Gemäss Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall. Art. 7 ATSG definiert die Erwerbsunfähigkeit als durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachten und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibenden ganzen oder teilweisen Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Arbeitsunfähigkeit ist die durch 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).

### **E. 5.2**

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 (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c). 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 werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Art. 10 des Abkommens zwischen der Schweiz und der Republik Türkei über soziale Sicherheit sieht keine abweichende Regelung vor.

### **E. 5.3**

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Für die Frage, ob es der versicherten Person zuzumuten ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen, ist eine objektivierte Betrachtungsweise massgeblich und das subjektive Empfinden unerheblich (BGE 140 V 290 E. 3.3; Urteil des BGer 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 E. 3.7.1).

### **E. 5.4**

Zur Annahme einer Invalidität nach Art. 8 ATSG ist - auch bei psychischen Erkrankungen - ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das klinische Beschwerdebild darf

nicht einzig aus Beeinträchtigungen bestehen, welche von belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, sondern hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen, etwa eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, die in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden und in diesen aufgehen, liegt kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vor (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des BGer 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

### **E. 5.5**

Gemäss der bisherigen Rechtsprechung des Bundesgerichts zu somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren ätiologisch unklaren syndromalen Zustandsbildern, auf die sich die Vorinstanz sowie der RAD vorliegend stützten, begründete eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr wurde von der Vermutung ausgegangen, die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen seien mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar. Die Unzumutbarkeit des Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess wurde nur ausnahmsweise beim Vorliegen bestimmter Kriterien angenommen. Im Vordergrund stand dabei die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Als weitere qualifizierte Kriterien galten: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 E. 2.2.2; 131 V 49 E. 1.2; SVR 2008 IV Nr. 23 S. 72 E. 2.1).

### **E. 5.6**

Mit Grundsatzentscheid 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 leitete das Bundesgericht eine Praxisänderung ein. Die Vermutung, wonach psychosomatische Leiden in der Regel mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar sind, wird aufgegeben und durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt (E. 3.5 f.). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen andererseits - tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 3.6). Dabei ist der Aspekt der funktionellen Auswirkungen stärker als bisher zu gewichten. Rückschlüsse auf die Folgen der psychosomatischen Störung geben Verlauf und Ausgang von Therapien und beruflichen Eingliederungsbemühungen. Das bisher im Vordergrund stehende Kriterium der psychischen Komorbidität verliert an Bedeutung und wird mit dem Kriterium der körperlichen Begleiterkrankungen zu einem einheitlichen Indikator zusammengefasst, um eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen zu ermöglichen (E. 4.3.1). Stärker als bisher

sind die Ressourcen, welche die Leistungsfähigkeit begünstigen können, zu gewichten. Dabei sind insbesondere die Persönlichkeit und der soziale Kontext zu berücksichtigen (E. 4.3.2 f.). Unter dem Gesichtspunkt der Konsistenz ist sodann entscheidend, ob die geltend gemachten Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen gleichermaßen auftreten und ob sich der Leidensdruck in der Inanspruchnahme therapeutischer Massnahmen niederschlägt (E. 4.4). Im Ergebnis ist die erreichbare Leistungsfähigkeit nunmehr nach folgendem normativen Prüfungsraster zu beurteilen (E. 4.1.3): A. Kategorie "funktioneller Schweregrad" 1. Komplex "Gesundheitsschädigung" a) Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde b) Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz c) Komorbiditäten 2. Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) 3. Komplex "Sozialer Kontext" B. Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens) 1. Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen 2. Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck.

### **E. 6.1**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4).

### **E. 6.2**

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 begründet sind (BGE 137 V 210 E. 6.2.2, 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a).

### **E. 6.3**

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; 123 V 331 E. 1c; zur Beweiskraft von Stellungnahmen der Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) vgl. Urteil des BGer 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4; BGE 137 V 210 E. 1.2.1).

### **E. 7.1**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft

entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

## **E. 7.2**

Gemäss lit. a der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (6. IV-Revision, in Kraft seit 1. Januar 2012) werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind (Abs. 1).

## **E. 8**

Zeitliche Vergleichsbasis bildet vorliegend die - auf dem E.\_\_\_\_\_ -Gutachten vom 20. August 2001 basierende - rentenzusprechende Verfügung der IVD vom 24. Mai 2002 (IVD-act. 34). Das rheumatologisch-psychiatrische E.\_\_\_\_\_ -Gutachten vom 20. August 2001 (IVD-act. 21) hält fest, dem Beschwerdeführer zufolge seien Ende 1996 Schmerzen im mittleren Rückenbereich, 1998 zusätzlich im rechten Ellbogen, später auch in der Halswirbelsäule und 2001 schliesslich im Bereich des lateralen rechten Knies und Malleolus aufgetreten. Diverse Therapiebemühungen hätten nicht oder nur vorübergehend zu einer Linderung der Schmerzen geführt. Dr. med. Fg.\_\_\_\_\_, rheumatologischer Konsiliarier der E.\_\_\_\_\_, führte im rheumatologischen Teilgutachten (IVD-act. 19) aus, die vom Versicherten angegebenen Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule seien mit hoher Wahrscheinlichkeit mit einer ungenügenden Kraftausdauer der Rückenextensoren zu erklären. Mögliche Ursache der unterschiedlichen Gelenkbeschwerden sei eine allgemeine Bandlaxität. Ein Fibromyalgiesyndrom liege nicht vor. Es bestehe ein hörbares endexpiratorisches Giemen im Rahmen einer COPD bei chronischem Nikotinkonsum. Die Arbeitsfähigkeit seitens des Bewegungsapparates betrage mindestens 50% und sei nach Rehabilitation schätzungsweise auf 75-100% in der bisherigen Tätigkeit als Kebanbieter sowie für alle leichten Arbeiten steigerbar. Für körperlich schwere Belastungen bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50-75%. Dres. Fh.\_\_\_\_\_, Oberärztin Psychiatrie, und

Fi.\_\_\_\_\_, Neuropsychologin und Klinische Psychologin, hielten im psychiatrischen Teilgutachten (IVD-act. 20) fest, der Versicherte leide seit 1996 an einem Schmerz-syndrom, für das es keine ausreichende körperliche Erklärung gebe. Die Belastungen, die mit der zeitlich zusammenfallenden Eröffnung eines Kebab-Stands in C.\_\_\_\_\_ einhergingen, seien als Auslöser der Schmerzsymptomatik denkbar. Die Arbeitsfähigkeit betrage aus psychischer Sicht 50%. Die Langzeitprognose sei aufgrund der Chronifizierung ungewiss, die immer aufrecht erhaltene selbständige Erwerbstätigkeit bilde einen prognostisch günstigen Faktor. Diagnosen mit relevantem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei funktionell mechanischem thorako-spondylogem Syndrom; - Epicondylitis humeri radialis rechts. Diagnose mit relevantem Krankheitswert: - Asthma bronchiale bei Nikotinabusus. Die Gutachterärzte Dres. Fj.\_\_\_\_\_ und Fk.\_\_\_\_\_, Oberarzt Dr. Fl.\_\_\_\_\_ sowie Chefarzt Dr. Fm.\_\_\_\_\_ hielten in der Synthese fest, eine Objektivierung der vom Versicherten beklagten Symptomatik falle schwer. So passten die im thorako-lumbalen Übergangsbereich liegenden Schmerzen nicht mit denjenigen Symptomen im Bereich des rechten Beins im Sinne einer radikulären Symptomatik zusammen. Zeichen eines entzündlichen Prozesses hätten sich weder klinisch noch labormässig eruieren lassen. Da es sich um eine Erkrankung mit psychiatrischem Schwerpunkt und Projektion auf die Wirbelsäule handle, sei ein psychiatrisches und rheumatologisches Teilgutachten veranlasst worden. Die Erkrankung habe im Jahr 1996 begonnen. Der Versicherte zeige offensichtlich einen Leidensdruck. Einschränkungen in der Tätigkeit als Kebab-Stand-Betreiber seien hinsichtlich körperlich schwerer Arbeiten wie dem Heben schwerer Gewichte vorhanden. Sämtliche administrativen Arbeiten seien jedoch zumutbar. Gesamthaft resultiere in rheumatologischer und psychiatrischer Hinsicht eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 50%. Eine Berufsausübung dürfte die Prognose in psychiatrischer und rheumatologischer Sicht verbessern. Die aktuelle Arbeit entspreche grösstenteils den Erfordernissen einer angepassten Tätigkeit. Es sollte sich um eine leichte Tätigkeit mit allenfalls vereinzelt mittelschweren Belastungen unter Vermeidung schwerer Anstrengungen handeln. Für schwere Tätigkeiten bestehe eine dauerhafte Einschränkung zwischen 50% und 60%. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit nach Durchführung der geforderten beruflichen und medizinischen Massnahmen liege zwischen 75% und 100%.

### **E. 9.1**

Die Vorinstanz stützte sich bei der Annahme, dass sich die somatoforme Schmerzstörung nicht auf die Erwerbsfähigkeit auswirke und eine Willensanstrengung zur Verwertung der Arbeitsfähigkeit zumutbar sei, neben MRI- und Röntgenaufnahmen (Januar/ März 2013) sowie Laboruntersuchungen (November 1999, Februar 2001, Dezember 2009, Februar 2013) namentlich auf den Bericht von Dr. Fn.\_\_\_\_\_ vom 27. Juni 2011 sowie das interdisziplinäre, rheumatologisch-psychiatrische Gutachten der Dres. Fd.\_\_\_\_\_ und Fc.\_\_\_\_\_ vom 20./21. März 2013 (IV-act. 92).

### **E. 9.2**

Dr. Fn.\_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 27. Juni 2011 (IV-act. 50) fest, es sei eine traumatische Geschichte vorhanden. Bildgebend und im Labor sei keine akute Knochenpathologie vorgefunden worden. Untersuchung: Lumbalschmerzen, Laseq [recte: Lasègue]-Test am linken Bein positiv. Befund: Lumbago (M54.5).

### **E. 9.3**

Dr. Fd. \_\_\_\_\_, Spezialarzt für Rheumatologie, hielt im rheumatologischen Gutachten vom 20. März 2013 (IV-act. 60) fest, der Versicherte habe das Fortbestehen der thorakospondylogenen Symptomatik, die früher während Jahren das Schmerzbild beherrscht hatte, verneint. Im Vordergrund stünden nun Nacken- und Kreuzschmerzen. Klinisch habe sich die Halswirbelsäule normal beweglich bei zum Teil sakkadierter Abwehr gefunden. Ein radikuläres Geschehen der Nackenmuskulatur sei nicht erkennbar. Die Lendenwirbelsäule sei leicht bewegungseingeschränkt bei daneben unauffälligen Verhältnissen. Ein eigentliches Schmerzniveau sei nicht erkennbar, vielmehr sei die Wirbelsäule von Th1 bis zur Sakrumspitze druckdolent und es bestehe ein extremer paravertebraler Hautrollschmerz, verbunden mit einer massiven Hyperventilation. Zudem habe der Versicherte erhebliche Schmerzen bei der seitlichen Kompression des Rippenthorax sowie an diversen anderen Körperstellen geäußert, welche sich klinisch nicht erklären liessen. Aus den Akten und den objektiven Befunden sei zu schliessen, dem geklagten Beschwerdebild lägen in erster Linie extrasomatische Ursachen zugrunde, da sich keine relevanten, körperlichen Veränderungen objektivieren liessen. Der effektive Stellenwert der beklagten Schmerzen müsse hinterfragt werden, da der Versicherte mit 1-2 Tabletten Parafon pro Woche auskomme und folglich keine effektive Schmerzbehandlung erfahre. Somit bestehe zwischen den beklagten Beschwerden und den objektiven Befunden eine erhebliche Diskrepanz, die sich auch mit einer somatoformen Schmerzstörung nicht ausreichend erklären lasse. Bewusstseinsnahe Tendenzen dürften zusätzlich eine Rolle spielen. Relevante Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit auf körperlicher Ebene liessen sich nicht objektivieren. Seit der E. \_\_\_\_\_-Untersuchung 2001 sei eine gewisse Symptomverlagerung eingetreten, das subjektive Kranksein habe sich nicht verändert. Der Versicherte sei damals aus somatischer Sicht als Kejobstand-Geschäftsinhaber arbeitsfähig gewesen und wäre es auch heute noch. Die bisherige Tätigkeit entspreche nach wie vor einer angepassten Tätigkeit. Der Versicherte sei in einer leichten bis, nach Rekonditionierung, mittelschweren Arbeit aus somatischer Sicht voll arbeitsfähig.

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Chronisches zervikales Schmerzsyndrom (bestehend seit vielen Jahren, verstärkt nach einem Verkehrsunfall vom November 2004; altersnormale Klinik, keine Hinweise auf ein radikuläres Syndrom; Spondylose C4-C7; myo-faszio-kutane Schmerzsymptomatologie nuchal, Schultergürtel und Thoraxvorderseite); - chronisches thorako-lumbo-sakrales Schmerzsyndrom (bestehend seit vielen Jahren; altersnormale Klinik; Dolenz des gesamten Achsenskeletts; keine Hinweise auf ein radikuläres Geschehen; extreme myo-faszio-kutane Schmerzsymptomatologie; bildgebend altersübliche Veränderungen); - Zustand nach thorakospondylogem Syndrom (während Jahren subjektiv im Vordergrund und therapieresistent, aktuell anamnestisch nicht mehr vorhanden); - aktenanamnestisch generelle Hyperlaxität (nicht mehr nachweisbar); - aktenanamnestisch rechtsbetonte Epicondylopathia humeri-radialis (erhebliche lokale Druckdolenz, aber schmerzloses Anspannen der Epikondylus-abhängigen Muskulatur gegen Widerstand); - Diverse atypische Schmerzphänomene und -projektionen ohne erkennbare Ursache; - Diabetes mellitus; - Asthma bronchiale; - Zustand nach Duodenalulcus, erosiver Gastritis und Bulbitis 1998/99.

### **E. 9.4**

Dr. med. Fc.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im psychiatrischen Gutachten vom 2. April 2013 (IV-act. 58) folgende Diagnosen: - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4); - Schädlicher Alkoholkonsum (ICD-10: F10.1). Der Versicherte habe angegeben, täglich 3-4 dl Schnaps zu konsumieren. Vermutlich bestehe eine familiäre Veranlagung, klinisch seien aber keine hirnorganischen Schädigungen auszumachen. Die 2001 gestellte Diagnose der somatoformen Schmerzstörung treffe nach wie vor zu. Es falle auf, dass Lebensprobleme - Eheschwierigkeiten mit folgender Scheidung, der Untergang des eigenen Geschäfts - zur Verstärkung der Schmerzen geführt hätten. Die Schmerzen seien durch einen Unfall 2004 verstärkt worden und stünden im Hauptfokus seines Interesses. Nachdem seine erste Ehe gescheitert sei, sei der Beschwerdeführer in eine depressive Krise geraten. Die im Juli 2000 [von Dr. Fo.\_\_\_\_\_, IVD-act. 9] diagnostizierte Anpassungsstörung könne nachvollzogen werden. Die psychischen Beschwerden hätten sich im Lauf der Jahre zurückgebildet, eine gewisse Missstimmung sei jedoch geblieben. Verstimmungen und hypochondrische Ängste seien in der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung enthalten. Eine eigenständige psychische Störung sei nicht nachweisbar. Der Versicherte habe mitgeteilt, sein psychischer Zustand habe sich verbessert, seit er wieder in seiner Kultur [Rückkehr in die Türkei] lebe, nach der Trennung von seiner ersten Ehefrau wieder eine Familie gegründet habe und erneut Vater geworden sei. In Bezug auf die Auswirkungen der somatoformen Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. Fc.\_\_\_\_\_ fest, es liege weder eine psychische Komorbidität noch ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf oder eine chronische körperliche Begleiterkrankung vor. Der Versicherte sei insbesondere durch das Gründen einer neuen Familie sozial integriert. Die Persönlichkeitsstruktur sei nicht auffällig. Die Schmerzstörung sei progredient und chronifiziert, jedoch nicht in einem die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Ausmass. Die Prognose sei günstig und eine Psychotherapie nicht notwendig. Aus psychischer/ psychosomatischer Sicht sei der Versicherte in der früher ausgeübten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Im Vergleich zur ersten Begutachtung 2009 habe sich die Arbeitsfähigkeit verbessert. Künftig sei nicht mit einer Verschlechterung zu rechnen. Der Versicherte sei dekonditioniert und müsse diesen Zustand überwinden, was zumutbar sei.

#### **E. 9.5**

In der interdisziplinären Beurteilung vom 8. April 2013 (IV-act. 61) hielten Dres. Fc.-\_\_\_\_\_ und Fd.\_\_\_\_\_ fest, es liege ein chronisches Schmerzsyndrom ohne relevante somatische Grundlage vor. Aus somatisch-rheumatologischer Sicht sei der Versicherte arbeitsfähig. Es zeige sich eine weitgehend wiederhergestellte Zumutbarkeit der früher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten.

#### **E. 9.6**

RAD-Arzt Dr. Fp.\_\_\_\_\_, Spezialarzt für Allgemeinmedizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 25. Juni 2013 (IV-act. 65) in Übereinstimmung mit den Gutachtern Dres. Fc.\_\_\_\_\_ und Fd.\_\_\_\_\_ fest, die somatoforme Schmerzstörung wirke sich vorliegend nicht invalidisierend aus.

#### **E. 9.7**

Der vom Beschwerdeführer beauftragte Dr. med. Fe.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, äusserte in seinem Gutachten vom 4. September 2013 (IV-act. 76) Zweifel an den Schlussfolgerungen des von der Vorinstanz eingeholten interdisziplinären

Gutachtens. Da sich die Schmerzen des Versicherten im Lauf des letzten Jahrzehnts weiter chronifiziert hätten, leuchte es nicht ein, der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung einen invalidisierenden Charakter abzusprechen. Die Schmerzen hätten eine derartige Bewusstseinsferne erreicht, dass sie willentlich durch nichts zu beeinflussen und nicht zu überwinden seien. Als objektiver Befund wurde festgehalten, das Denken sei ohne Besonderheiten, es bestünden keine Zwänge oder Ängste, mit Ausnahme von Ängsten hinsichtlich des wirtschaftlichen Fortkommens sowie leichten hypochondrischen Ängsten. Seitens der Affektivität habe sich der Versicherte in einer deutlich depressiven Stimmungslage befunden. Dabei sei er affektarm gewesen, habe ratlos und verzweifelt bei bisweilen deutlich spürbarer innerer Unruhe gewirkt. Antrieb und Psychomotorik seien verlangsamt gewesen. Er habe kaum Gestik und ein eingeschränktes Minenspiel gezeigt. Das deutlich erschwerte Atmen deute auf eine obstruktive Lungenerkrankung hin. Zur somatoformen Schmerzstörung komme vorliegend eine erhebliche psychiatrische Komorbidität im Sinne einer depressiven Symptomatik dazu, ferner werde das gesamte Krankheitsbild durch die als mindestens mittelschwer, wenn nicht gar schwer, zu bezeichnende Lungenerkrankung beeinträchtigt. Die Lungenerkrankung, die auf Grund der Anamnese am ehesten einer COPD (chronic obstructive pulmonary disease) entspreche, sei näher im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu untersuchen. Unter diesen Aspekten wäre es logisch gewesen, anstelle einer niedrigeren eine höhere Arbeitsunfähigkeit mit höherem Invaliditätsgrad zu attestieren.

#### **E. 9.8**

Dr. Fq. \_\_\_\_\_, Ausbildungs- und Forschungsrankenhaus H. \_\_\_\_\_, diagnostizierte am 24. September 2013 eine koronare Herzkrankheit (IV-act. 78).

#### **E. 9.9**

RAD-Arzt Dr. Fr. \_\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 28. November 2013 zum Gutachten von Dr. Fe. \_\_\_\_\_ (IV-act. 81) fest, Dr. Fe. \_\_\_\_\_ begründe den höheren Invaliditätsgrad weniger mit der depressiven Symptomatik als mit der Chronifizierung der somatoformen Schmerzstörung. Eine psychiatrische Diagnose lasse sich dem Gutachten nicht entnehmen. Der objektive Befund könnte auf eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) hindeuten, jedoch nur, falls die Symptome andauernd und nicht nur während der Konsultation vorhanden seien. Der Gutachter äussere sich nicht zur Entwicklung dieser Symptome im Lauf der Zeit. Er schliesse aus diesen auch nicht auf eine verminderte Arbeitsfähigkeit.

#### **E. 9.10**

Im Auftrag der Vorinstanz (IV-act. 82) bezog Dr. Fc. \_\_\_\_\_ am 31. Dezember 2013 Stellung zum Gutachten von Dr. Fe. \_\_\_\_\_ (IV-act. 86). Die im Gutachten geschilderten Befürchtungen bezüglich des wirtschaftlichen Fortkommens sowie die gedrückte Stimmungslage liessen sich mit der angekündigten Streichung der IV-Leistungen erklären. Dr. Fe. \_\_\_\_\_ habe sich nicht mit den Kriterien, die auf eine Unüberwindbarkeit hindeuten, auseinandergesetzt. Es sei nicht Aufgabe des Arztes, bloss die Klagen des Patienten wiederzugeben, sondern die Symptome zu einer Diagnose zu bündeln, was unterblieben sei. Somit sei keine psychische Komorbidität diagnostiziert worden. Da die von Dr. Fe. \_\_\_\_\_ beobachteten Klagen nach Ankündigung der Rentenaufhebung entstanden seien, könne eine depressive Reaktion (ICD-10: F43.20) angenommen werden. Es handle sich dabei um ein rückbildungsfähiges Leiden, das keinem eigenständigen

psychischen Krankheitsbild entspreche und keine rentenrelevante psychische Komorbidität darstelle. Dem Gutachten von Dr. Fe.\_\_\_\_\_ sei nichts zu entnehmen, was etwas an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ändern würde. Dr. Fe.\_\_\_\_\_ sei jedoch darin zuzustimmen, es sei nicht auf die COPD eingegangen worden. Hierzu könne er sich nicht äussern. Sollten Zweifel an einer vollen Arbeitsfähigkeit wegen des Lungenleidens bestehen, seien entsprechende Abklärungen bei einem Facharzt durchzuführen.

#### **E. 9.11**

RAD-Arzt Dr. Fr.\_\_\_\_\_ stimmte in seiner Stellungnahme vom 31. Januar 2014 (IV-act. 88) Dr. Fc.\_\_\_\_\_ darin zu, dem Gutachten von Dr. Fe.\_\_\_\_\_ lasse sich nichts entnehmen, was die Einschätzung der somatoformen Schmerzstörung im Gutachten von Dr. Fc.\_\_\_\_\_ in Zweifel ziehen würde.

#### **E. 9.12**

RAD-Arzt Dr. Fp.\_\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 4. Februar 2014 (IV-act. 88 S. 5 f.) fest, das Gutachten von Dr. Fc.\_\_\_\_\_ werde durch dasjenige von Dr. Fe.\_\_\_\_\_ nicht in Zweifel gezogen. Die medizinischen Abklärungen seien genügend. Hauptdiagnose: Somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.9); Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Schädlicher Alkoholkonsum. Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen und in einer Verweistätigkeit 100% arbeitsfähig.

#### **E. 10**

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass die nach Verfügungserlass (14. April 2014) verfassten, nachstehend erwähnten Berichte ebenfalls zu berücksichtigen sind, da diese (rückwirkend) Bezug auf den - bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vorliegenden - gesundheitlichen Zustand des Beschwerdeführers nehmen, demnach mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und allenfalls geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. BGE 116 V 80 E. 6b).

#### **E. 10.1**

Bericht Fs.\_\_\_\_\_ und Dr. Ft.\_\_\_\_\_ vom 16. Mai 2014 (Beilage zu BVGer-act. 11), Diagnose: Chronisch obstruktive Lungenerkrankung, nicht definiert (COPD, J44.8).

#### **E. 10.2**

Bericht Dr. Ff.\_\_\_\_\_, Facharzt Pneumologie und Innere Medizin, vom 22. Juli 2014 (Beilage zu BVGer-act. 11), Befund: Unbehinderte Nasenatmung, Sinus indolent, Rachen reizlos, Thorax unauffällig, normales Atemgeräusch, keine Nebengeräusche. Störend sei das Missverhältnis von Peak Flow und FEV1, was oft als mangelnde Mitarbeit interpretiert werde. Es liege keine Diffusionsstörung vor. Klinisch bestehe eine Tachypnoe, blutgasanalytisch eine schwere chronische Hyperventilation mit stark erniedrigtem pCO2 und Bikarbonat. Die Durchführung der apparativen Untersuchungen habe sich durch die immer wieder auftretenden Hyperventilationen und Schwächeanfälle schwierig gestaltet. Durch die psychische Überlagerung sei es schwierig, innerhalb einer Konsultation eine klare Diagnose zu stellen. Die bei Bedarf durchgeführte Inhalation mit Pulmicort schein objektiv nicht hilfreich, vielleicht aber psychologisch. Das erhöhte CO-Hämoglobin von 5.2% spreche für einen deutlich höheren Nikotinkonsum als die vom Beschwerdeführer angegebenen 5-8 Zigaretten täglich. Zu überlegen wäre die Durchführung einer Lungen-CT zur Objektivierung einer COPD. Diagnosen: - Obstruktive Ventilationsstörung; -

anhaltender Nikotinkonsum; - chronische Hyperventilation; - Depression.

### **E. 10.3**

Austrittsbericht Klinik L. \_\_\_\_\_ vom 5. November 2014 (Beilage zu BVGer-act. 15), Befund bei Aufnahme: keine inhaltlichen Denkstörungen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Im Affekt niedergeschlagen, emotionale Schwingungsfähigkeit stark reduziert, Antrieb und Psychomotorik reduziert, Morgentief, innere Unruhe, Schlafstörungen, diffuse Ängste, keine Zwänge, keine akute Suizidalität oder Fremdgefährdung. Auslöser der depressiven Störung sei die Ablehnung der IV-Rente nach einem Autounfall in der Türkei sowie die Scheidung von der zweiten Ehefrau mit der anschliessenden Rückkehr in die Schweiz, sozialer Vereinsamung und fehlender Tagesstruktur gewesen. Der Versicherte habe sich freiwillig wegen suizidaler Gedanken zur Krisenintervention eingewiesen. Er sei stark blockiert, fast mutistisch gewesen und habe in Einzelgesprächen durch die Trennung von seiner Ex-Frau stark gekränkt gewirkt, Wertlosigkeitsgefühle und Lebensüberdruß geäußert und wenig Veränderungsmotivation gezeigt. Er habe jedoch telefonisch zu seinem Sohn in der Türkei Kontakt aufgenommen und sich zu Spaziergängen motivieren lassen. Gegen Ende des Aufenthalts habe er aufgehellter gewirkt, sei jedoch weiterhin sehr zurückgezogen gewesen. Psychiatrische Diagnosen: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2); - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41). Somatische Diagnosen: - Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (E11.90); - obstruktive Ventilationsstörung (J44.9); - koronare Herzkrankheit (I25.19); - Harnverhaltung unter Trazodon (R33); - Hyperlipidämie (E78.5).

### **E. 10.4**

Bericht Dr. Fe. \_\_\_\_\_ vom 18. November 2014 (Beilage zu BVGer-act. 15): Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf sowie in jeder zumutbaren Verweistätigkeit. Zumindest seit Beginn 2014 und mutmasslich auch weiterhin dürfte die Einsatzfähigkeit nahe Null liegen. An eine Rückkehr in den Arbeitsmarkt sei nicht zu denken. Aktuell leide der Versicherte zusätzlich an einer akuten Lungenentzündung, sodass soziale Integrationsmassnahmen obsolet seien. Diagnosen: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F32.11); - Diabetes mellitus Typ II (E11.90); - COPD (chronic obstructive pulmonary disease, J44.9); - koronare Herzkrankheit (I25.19); - Hyperlipidämie (E78.5).

### **E. 10.5**

Mit Stellungnahme vom 23. Oktober 2014 (Beilage zu BVGer-act. 13) führte RAD-Arzt Dr. Fp. \_\_\_\_\_ aus, gemäss den eingereichten Dokumenten leide der Beschwerdeführer an einer mittelschweren chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) infolge Rauchens, welche nichts an der bisherigen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ändere. Die chronische Hyperventilation habe keinen dauerhaften Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Atembeschwerden seien nicht gravierend, da diese keine Oxygenotherapie erforderten. Anhand des Austrittsberichts aus der Klinik sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit dem 11. September 2014 - dem Datum der Hospitalisierung - glaubhaft gemacht.

### **E. 10.6**

RAD-Ärztin Dr. Fu. \_\_\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in der abschliessenden Beurteilung vom 30. Dezember 2014 (Beilage zu BVGer-act. 17) fest, die von Dr. Fe. \_\_\_\_\_ beschriebene depressive Stimmung mit eingeschränkter Schwingungsfähigkeit und verminderter Psychomotorik sei bereits im E. \_\_\_\_\_-Gutachten 2001 beschrieben worden. Eine Diagnose für die depressive Symptomatik habe Dr. Fe. \_\_\_\_\_ nicht gestellt. Sein Gutachten stütze sich weitgehend auf die subjektiven Angaben des Versicherten. Somatoforme Störungen seien immer mit depressiv gefärbten Symptomen verbunden. Aufgabe des Gutachters sei es, diese zu erhärten, was Dr. Fe. \_\_\_\_\_ nicht getan habe. Verschiedene psychosoziale Faktoren seien ohne kritische Würdigung in den Bericht von Dr. Fe. \_\_\_\_\_ eingeflossen. Den Akten liessen sich keine Hinweise auf eine relevante depressive Störung bis zum Zeitpunkt der Verfügung vom 14. April 2014 entnehmen. Aus dem Austrittsbericht der Klinik L. \_\_\_\_\_ gehe hervor, dass es sich bei der Entwicklung um ein reaktives Geschehen handle. Die Inkonsistenz der Befunde, die verabreichte tiefe Medikation und der Verlauf, bei dem durch eine leichte anxiolytische Therapie eine schnelle Besserung erreicht werden konnte, spreche gegen eine schwere depressive Episode. Vieles spreche für eine Aggravation im psychischen Bereich wie auch bei den Beschwerden im körperlichen Bereich. Betreffend Interpretation der subjektiven Beschwerden sei darauf hinzuweisen, dass der Versicherte überdurchschnittlich schnell auf äussere Ereignisse mit Somatisation oder einer depressiv gefärbten Reaktion reagiere. Dabei handle es sich jedoch nicht um eine psychische Störung mit Krankheitswert, sondern um ein Verarbeitungsmuster des Versicherten. Um den Gesundheitszustand neu zu beurteilen, müsste aufgrund der komplexen psychosozialen Faktoren ein Nachgutachten angeordnet werden.

#### **E. 11.1**

Der Beschwerdeführer rügt, die Vorinstanz habe den medizinischen Sachverhalt nicht umfassend abgeklärt, da die von ihr beauftragten Gutachter insbesondere das seit längerer Zeit bestehende Lungenleiden übergangen hätten. Zudem habe der Gutachter Dr. Fe. \_\_\_\_\_ festgestellt, die somatoforme Schmerzstörung sei nicht überwindbar.

#### **E. 11.2**

Dem Beschwerdeführer ist darin zuzustimmen, dass sich den Akten Hinweise auf ein langjähriges Lungenleiden entnehmen lassen, dessen Verlauf und Ausmass bisher ungeklärt geblieben sind. So hielt Dr. Fg. \_\_\_\_\_ bereits im rheumatologischen E. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 17. Mai 2001 (IVD-act. 19) fest, es bestehe ein hörbares endexpiratorisches Giemen im Rahmen einer COPD [chronisch obstruktiven Lungenerkrankung] bei erhöhtem Nikotinkonsum. Das E. \_\_\_\_\_-Gutachten wies als "Diagnose mit relevantem Krankheitswert" jedoch keine chronisch obstruktive Lungenerkrankung, sondern ein "Asthma bronchiale bei Nikotinabusus" aus. Ausführungen zum Krankheitswert und zum Asthma finden sich im Gutachten nicht; weitergehende fachärztliche Abklärungen seitens der IVD sind offensichtlich unterblieben. Dr. Fd. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im rheumatologischen Gutachten vom 20. März 2013 (IV-act. 60) ebenfalls ein Asthma bronchiale. Ausführungen zur Diagnose und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fehlen jedoch auch hier. Der Gutachter Dr. Fc. \_\_\_\_\_ merkte in seiner Stellungnahme denn auch an, eine fachärztliche Untersuchung der COPD sei bisher unterblieben und im Zweifelsfall nachzuholen (IV-act. 86). Eine entsprechende Untersuchung wurde auch vom Pneumologen Dr. Ff. \_\_\_\_\_ (Beilage zu BVGer-act. 11) vorgeschlagen, wobei dieser die Diagnose einer COPD weder bestätigen noch ausschliessen

konnte. Die RAD-Ärzte Dres. Fr. \_\_\_\_\_ und Fu. \_\_\_\_\_ äusserten sich in den nachfolgend eingeholten Stellungnahmen nicht zur Lungenproblematik, sondern lediglich zur somatoformen Schmerzstörung und der Frage der psychischen Komorbidität (IV-act. 88; Beilage zu BVGer-act. 17). Die von Dr. Ft. \_\_\_\_\_ am 16. Mai 2014 (Beilage zu BVGer-act. 11) gestellte Diagnose der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung ist anhand des äusserst rudimentären Berichts nicht nachvollziehbar. Auf die offensichtlich ohne fachärztliche Untersuchung gestellte Diagnose von Dr. Fe. \_\_\_\_\_ (Beilage zu BVGer-act. 15) kann ebenfalls nicht abgestellt werden. Das Vorliegen einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung mit allfälliger Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lässt sich somit anhand der Akten nicht ausschliessen, jedoch auch nicht zweifelsfrei bestätigen. Der medizinische Sachverhalt erweist sich insofern als unvollständig abgeklärt, was von der Vorinstanz nachzuholen ist. Bei der Abklärung des Asthma bronchiale wird der Pneumologe zur Bestimmung des klinischen Schweregrades ausser Spirometriedaten auch andere Parameter heranzuziehen haben. So sind bei Asthma auch die tageszeitabhängige Symptomatik (tagsüber-nachts) sowie die PEF-Schwankungen zu berücksichtigen. Entscheidend für die Leistungsbeurteilung sind die Häufigkeit der Asthmaanfälle, die Schwere der Atemwegsobstruktion anhand der klinischen Befunde und der Funktionsbefunde (Urteil des BVGer C-6292/2012 vom 9. Oktober 2014 E. 6.3.3 mit Hinweisen auf die Fachliteratur).

### **E. 11.3**

Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, er leide zusätzlich an einer fachärztlich abzuklärenden koronaren Herzkrankheit, lassen die vorliegenden medizinischen Unterlagen (Bericht von Dr. Fq. \_\_\_\_\_ vom 24. September 2013, IV-act. 78; Austrittsbericht der Klinik L. \_\_\_\_\_ vom 5. November 2014, Beilage zu BVGer-act. 15) in Ermangelung einer Begründung der Diagnose einer koronaren Herzerkrankung sowie sich allfällig daraus ergebenden erwerblichen Auswirkungen noch keinerlei Rückschlüsse zu. Bei Lungen- und/oder Herzerkrankungen ist jeweils auch dem Umstand einer möglichen Wechselwirkung Rechnung zu tragen; so wird die COPD oft von Herzerkrankungen begleitet (Matthias Hermann, Herz und COPD, Herz und Lunge sind oft zugleich krank, in: Info@Herz+Gefäss 2/2012 S. 15 ff. mit Hinweisen auf die Fachliteratur). Folgerichtig wird neben der Lungenfunktion auch die Herzfunktion fachärztlich abzuklären sein. Im Hinblick auf den von Dr. Fc. \_\_\_\_\_ im Gutachten vom 2. April 2013 (IV-act. 58) diagnostizierten schädlichen Alkoholkonsum ist ferner der Suchtanamnese besondere Beachtung zu schenken. Namentlich ist abzuklären, ob der Alkoholkonsum zu dauerhaften somatischen Organschäden geführt hat.

### **E. 11.4**

Des Weiteren besteht hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers Unsicherheit. So hält das psychiatrische Gutachten von Dr. Fc. \_\_\_\_\_ vom 2. April 2013 (IV-act. 58) einerseits fest, die im Juli 2000 diagnostizierte Anpassungsstörung sei nachvollziehbar. Andererseits wird festgestellt, nachfolgend habe sich eine Stabilisierung in psychischer Hinsicht ergeben, die unter anderem mit der Gründung einer Familie mit der zweiten Ehefrau nach dem Scheitern der ersten Ehe begründet wird. Im Austrittsbericht der Klinik L. \_\_\_\_\_ vom 5. November 2014 (Beilage zu BVGer-act. 15) ist wiederum festgehalten, der Beschwerdeführer leide an einer rezidivierenden depressiven Störung. Als Auslöser der Verschlechterung in psychischer Hinsicht werden die Ablehnung des Rentenbegehrens sowie die Scheidung von der zweiten

Ehefrau genannt. Unter diesen Umständen kann nicht beurteilt werden, ob es sich bei den vorgebrachten Beschwerden um bloss Reaktionen auf schwierige Lebensverhältnisse handelt, welche für sich allein keine invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigungen bilden (vgl. BGE 127 V 294 E. 5; 107 V 17 E. 2c; Urteil des BGer 9C\_437/2012 vom 6. November 2012 E. 3.4), oder ob eine eigenständige psychische Erkrankung vorliegt. Auf die vom Pneumologen Dr. Ff. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 22. Juli 2014 (Beilage zu BVGer-act. 11) gestellte Diagnose einer "Depression" kann mangels Fachqualifikation und Präzisierung nicht abgestellt werden. Das Privatgutachten von Dr. Fe. \_\_\_\_\_ trägt nicht zur Klärung dieser Frage bei, da es sich auf die unreflektierte Widergabe der subjektiven Beschwerden beschränkt, ohne die Befunde zu einer psychiatrischen Diagnose zu bündeln. Weshalb von einer - gar erheblichen - psychischen Komorbidität ausgegangen werde, erläutert Dr. Fe. \_\_\_\_\_ nicht, zudem fehlt eine Beurteilung der Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung auf die Arbeitsfähigkeit. Somit erfüllt das Gutachten von Dr. Fe. \_\_\_\_\_ nicht die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Grundlage. Aufgrund der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung sind die Äusserungen von Dr. Fe. \_\_\_\_\_ ohnehin mit Vorsicht zu würdigen (Urteil des BGer 8C\_189/2008 vom 4. Juni 2008 E. 5; BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Auch der Beweiswert des Gutachtens von Dr. Fe. \_\_\_\_\_ erscheint fraglich, da dieses mit seiner rudimentären Begründung nicht den Anforderungen der "Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung" der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie vom Februar 2012 (zugänglich unter <http://www.psychiatrie.ch>) entspricht (vgl. hierzu BGE 140 V 260 E. 3.2.2). Anhand der mangelhaften Aktenlage lässt sich der psychische Gesundheitszustand somit ebenfalls nicht schlüssig beurteilen.

### **E. 11.5**

Im Ergebnis ist es unklar, welche psychischen, pulmonalen und kardiologischen Beeinträchtigungen vorliegen und wie sich diese in Wechselwirkung mit der somatoformen Schmerzstörung auf die Leistungsfähigkeit auswirken. Da es sich vorliegend um einen komplexen Fall mit multiplen psychischen und physischen Beeinträchtigungen handelt, ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine interdisziplinäre Abklärung und Beurteilung durch entsprechende Fachärzte unabdingbar (vgl. Urteile des BGer 9C\_235/2013 vom 10. September 2013, E. 3.2 und 8C\_733/2010 vom 10. Dezember 2010 E. 5.2 mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 9.3). Eine isolierte Betrachtung von somatischen und psychischen Befunden und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ist aus beweisrechtlicher Sicht ungenügend (vgl. Urteile des BGer 8C\_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2 und 8C\_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweisen). Entsprechend hat die Vorinstanz ein pluridisziplinäres Gutachten einzuholen. Bei der Abklärung der somatoformen Schmerzstörung ist - unter Berücksichtigung der vom Bundesgericht mit Urteil 9C\_492/2014 eingeleiteten Praxisänderung - besonderes Augenmerk auf die funktionellen Auswirkungen zu legen und dabei nach dem neu vorgegebenen normativen Prüfungsraster vorzugehen (vgl. E. 5. 6 hievore).

### **E. 12.1**

Der Beschwerdeführer beantragt sodann die Übernahme der Kosten von Fr. 1'000.- für das von ihm in Auftrag gegebene Gutachten bei Dr. Fe. \_\_\_\_\_. Das Gutachten sei zur Klärung der Sachlage notwendig gewesen und habe namentlich aufgezeigt, dass weiterer Abklärungsbedarf bestehe. Die Vorinstanz beantragt die Abweisung des Begehrens, da das Privatgutachten nicht von der IVSTA veranlasst worden sei und die Beurteilung der

medizinischen Sachlage durch den RAD nicht zu beeinflussen vermocht habe.

### **E. 12.2**

Gemäss Art. 78 Abs. 3 IVV werden die Kosten von Abklärungsmassnahmen von der Versicherung getragen, wenn die Massnahmen durch die IV-Stelle angeordnet wurden oder, falls es an einer solchen Anordnung fehlt, soweit sie für die Zusprechung von Leistungen unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Eingliederungsmassnahmen bilden.

### **E. 12.3**

Das Gutachten von Dr. Fe. \_\_\_\_\_ wurde nicht von der Vorinstanz angeordnet, sondern vom Beschwerdeführer in Auftrag gegeben. Da dem Gutachten vorliegend entscheidende Bedeutung dafür zugekommen ist, dass zusätzliche medizinische Begutachtungen insbesondere in psychiatrischer Hinsicht für notwendig erachtet werden (vgl. E. 11.4 f. hievor), kommt dem Gutachten massgebende Bedeutung für den Verfahrensausgang zu (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [heute Bundesgericht] I 1008/6 vom 24. April 2007 E. 3.3). Somit ist das Begehren des Beschwerdeführers um Kostenübernahme gutzuheissen und sind die Kosten für das Privatgutachten der Vorinstanz aufzuerlegen.

### **E. 13**

Im Ergebnis können die multiplen gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers mitsamt deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit anhand der Aktenlage nicht abschliessend beurteilt werden. Somit muss vorerst offen bleiben, ob die Aufhebung der Rente gestützt auf lit. a der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG durch die Vorinstanz rechtmässig war. Unter diesen Umständen rechtfertigt sich eine Rückweisung an die Vorinstanz zur Abklärung des in einigen Punkten vollständig ungeklärt gebliebenen medizinischen Sachverhalts (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; 139 V 99 E. 1.1; Urteil des BGer 8C\_633/2014 vom 11. Dezember 2014 E. 3.2). Die Beschwerde ist somit insofern gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 14. April 2014 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese unter Berücksichtigung der vom Bundesgericht eingeleiteten Praxisänderung zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei somatoformen Schmerzstörungen (vgl. E. 5.6) ein pluridisziplinäres Gutachten auf psychiatrischem, pneumologischem und kardiologischem Gebiet einhole - wobei der Auftrag nach Zufallsprinzip zu vergeben ist - und neu über die Rentenbetreffnisse verfüge.

### **E. 14**

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

#### **E. 14.1**

Der Beschwerdeführer, der die Aufhebung der angefochtenen Verfügung mit Rückweisung der Sache an die Vorinstanz sowie die Kostenübernahme für das von ihm eingeholte Privatgutachten beantragte, ist mit seinen Begehren vollständig durchgedrungen. Die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiterer Abklärung und neuer Verfügung gilt praxismässig als volles Obsiegen (vgl. Urteil des BGer 9C\_492/2014 E. 11.1; BGE 132 V 215 E. 6.1). Somit sind weder dem Beschwerdeführer noch der Vorinstanz Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 e contrario und 2 VwVG; vgl. BGE 132 V 215 E. 6.1).

#### **E. 14.2**

Der obsiegende, amtlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen aktenkundigen Aufwandes, der Bedeutung der Streitsache sowie des vollständigen Obsiegens ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- angemessen (ohne Mehrwertsteuer, die vorliegend nicht geschuldet ist, vgl. Art. 2 i.V.m. Art. 8 Abs. 1 des Mehrwertsteuergesetzes [MWStG] sowie Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE). Unter dem Titel Parteientschädigung sind auch die Kosten des Privatgutachtens zu vergüten, soweit dieses - wie vorliegend (E. 12. 3 hievor) - für die Entscheidungsfindung unerlässlich war (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 1008/'6 vom 24. April 2007 E. 3.1). Insgesamt hat die Vorinstanz dem Beschwerdeführer somit eine Parteientschädigung von Fr. 3'800.- zu leisten.

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