

BVGer C-2927/2019 vom 6. November 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-11-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2927_2019

FR: TAF C-2927/2019 du 6 novembre 2020

IT: TAF C-2927/2019 del 6 novembre 2020

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und ob auf eine Beschwerde einzutreten ist (Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG, SR 172.021]; BVGE 2016/15 E. 1; 2014/4 E. 1.2).

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]) ist das Bundesverwaltungsgericht zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a - 26bis und Art. 28 - 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln finden diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.3

Als direkter Adressat ist der Beschwerdeführer von der angefochtenen Verfügung vom 24. Mai 2019 (act. 242; vgl. auch act. 240 und 241) berührt und er kann sich auf ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung berufen (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist deshalb einzutreten.

E. 1.4

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 24. Mai 2019, mit welcher die Vorinstanz die ganze IV-Rente des Beschwerdeführers in Anwendung von Art. 88bis Abs. 2 Bst. a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) auf eine halbe IV-Rente herabgesetzt hat. Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit dieser Verfügung und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Vorinstanz den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

E. 1.5

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

E. 2

Im Folgenden sind die weiteren, im vorliegenden Verfahren im Wesentlichen anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist Schweizer Staatsbürger und wohnt in der Tschechischen Republik, sodass vorliegend in erster Linie Schweizer Recht anwendbar ist. Ebenfalls kann das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (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), zur Anwendung gelangen. 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. 2.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 24. Mai 2019 in Kraft standen; weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 2.3

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). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 2.4

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche von psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser Schaden auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

E. 2.5

Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen "Validität" der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2, 141 V 281 E. 2.1.1). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7, 141 V 281 E. 4.1). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte

Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 und E. 2.2). Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3) und "Konsistenz" einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

E. 2.6

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in

einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1). Dies trifft auf den über die Schweizer Staatsbürgerschaft verfügenden Beschwerdeführer zu.

E. 2.7

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). Das Institut der Revision von Invalidenrenten gilt für alle Sozialversicherungen, welche Invalidenrenten ausrichten, und wurde vom Gesetzgeber in Weiterführung der entsprechenden bisherigen Regelungen übernommen. Da somit keine davon abweichende Ordnung beabsichtigt war, ist auch die dazu entwickelte Rechtsprechung grundsätzlich anwendbar (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 und E. 3.5.4). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3, 130 V 343 E. 3.5). Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3, 117 V 198 E. 4b).

E. 2.8

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und 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). Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, 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). Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigen-ständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2).

E. 2.9

Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den - den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden - Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 6.1.2). Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit

denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 136 E. 6.1.3).

E. 3

Vorab sind in einem ersten Schritt die beiden massgeblichen Vergleichszeitpunkte zu bestimmen:

E. 3.1

Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2, 125 V 368 E. 2; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls - sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden - ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4). Die weitere Ausrichtung einer Invalidenrente nach einer von Amtes wegen durchgeführten Revision, sofern dabei keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde, bedarf gemäss Art. 74ter Bst. f IVV keiner Verfügung. Die blosser Mitteilung eines solchen Revisiionsergebnisses ist, wenn keine Verfügung verlangt wurde (Art. 74quater Abs. 1 IVV; bis 31. Dezember 2011 Art. 74quater IVV), in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

E. 3.2

Nach dem vorstehend Dargelegten und mit Blick auf die (letzte) relevante materielle Überprüfung (vgl. hierzu E. 3.1 hiervor) bilden im vorliegenden Fall die massgeblichen zeitlichen Vergleichszeitpunkte die ursprünglich rentenzusprechende, unangefochten in Rechtskraft erwachsene Verfügung vom 26. August bzw. 14. Oktober 2011 (act. 38 S. 4, act. 39 und 115 S. 4) sowie die vorliegend angefochtene Revisionsverfügung vom 24. Mai 2019 (act. 242). Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in der Zeit vom 26. August bzw. 14. Oktober 2011 bis zum 24. Mai 2019 in rentenrelevanter Weise verändert hat.

E. 4

Gemäss den Verlaufsprotokolleinträgen der IV-Stelle C._____ vom 20. Juli 2010 war bei der Frage, ob eine Wiedereingliederung überhaupt möglich war, und im Zusammenhang mit der Rentenfrage in erster Linie die psychische Situation massgeblich (act. 38 S. 16 und 17). Unter diesen Umständen bzw. zufolge weiterer Einträge im Verlaufsprotokoll dienten der IV-Stelle C._____ im Rahmen der ursprünglich zugesprochenen ganzen IV-Rente ab

dem 1. Dezember 2010 (act. 39 S. 2) als Entscheidungsbasis in medizinischer Hinsicht in erster Linie das Gutachten von Dr. med. K._____ vom D._____ Dienst (...) (im Folgenden: D._____) vom 16. April 2011 (act. 38 S. 10) sowie die Stellungnahme von Dr. med. L._____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst vom 9. Mai 2011 (act. 38 S. 18). Darüber hinaus lagen der IV-Stelle C._____ in rein somatischer Hinsicht auch die Akten der Suva vor (act. 38 S. 16 und 17).

E. 4.1

Die von der IV-Stelle C._____ vorgenommene Zusammenfassung des Gutachtens von Dr. med. K._____ des D._____ vom 16. April 2011 beinhaltet die Diagnosen von hochgradigen Verdachten auf eine schwere kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, narzisstischen, dissozialen und schizoiden Anteilen (ICD-10: F61.0; bestehend seit der Kindheit/Jugend), ein Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS; ICD-10: F90; bestehend seit der Kindheit/Jugend) sowie auf eine gemischte Zwangsstörung mit Wasch- und Kontrollzwang (ICD-10: F42.2; bestehend seit wenigen Jahren). Weiter wurden eine Cannabis-Abhängigkeit (ICD-10: F12.25; bestehend seit dem 26. Lebensjahr) sowie ein chronisches Schmerzsyndrom (ICD-10: R52.1; bestehend seit zirka 1993) diagnostiziert (act. 38 S. 10). Die Experten attestierten dem Versicherten sowohl in der angestammten Arbeit als auch in einer Verweisungstätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (act. 38 S. 11).

E. 4.2

Dr. med. L._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie, vom RAD berichtete am 9. Mai 2011 (act. 38 S. 18), das Gutachten des D._____ sei ausführlich und schlüssig. Infolge der schweren strukturellen (Persönlichkeits-)Störung des Versicherten sei dieser auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt keinem Arbeitgeber zumutbar. Die Diagnosen stelle der D._____ zwar nur als hochrangig verdächtig dar. Dies liege aber mitunter daran, dass längere Beobachtungszeiten und Behandlungsverläufe fehlten und wofür wiederum das Störungsbild des Versicherten am ehesten die Ursache darstelle (fehlende Krankheitseinsicht). Auf das Gutachten könne daher abgestellt werden.

E. 5

Anlässlich der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 24. Mai 2019 stützte sich die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht insbesondere auf das Gutachten von Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. August 2018 (act. 209), die Stellungnahmen von Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. September und 11. Dezember 2018 (act. 217 und 222) sowie auf den Bericht von Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom 8. Mai 2019 (act. 239). Diese medizinischen Dokumente sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

E. 5.1

Dr. med. F._____ diagnostizierte in seiner Expertise vom 21. August 2018 (act. 209) eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0) mit emotional instabilen, dissozialen, schizoiden und narzisstischen Anteilen, mit neuropsychologischen Auffälligkeiten, mit regelmässigem Konsum von Tabak und Cannabinoiden sowie anamnestisch Gebrauch von Alkohol, Anabolika, Kokain und Amphetaminen/Ecstasy; dies bei einem Schmerzsyndrom. Weiter berichtete Dr. med. F._____, mit Bezug zum Gutachten der D._____ vom 16. April 2011 könne der damalige Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung

bestätigt werden. Für eine hyperkinetische Störung (ADS/ADHS bspw. gemäss ICD-10: F90) lägen jedoch keine klinischen Befunde vor, die von akzentuierten Persönlichkeitszügen abgrenzbar wären. Es fehlten zudem die geforderten (nicht nur spekulativen) Belege aus der Kindheit. Selbst wenn solche Defizite (spekulativ) angenommen werden sollten, dann seien sie nicht von relevantem Ausmass. Auch der Verdacht auf eine klinisch relevante Zwangsstörung lasse sich (ausser aufgrund der Selbsteinschätzungen des Versicherten) nicht objektiv begründen. Die entsprechende Definition werde nicht hinreichend erfüllt. Bereits die "Kerndefinition", dass die Zwangsgedanken wiederkehrend, stereotyp und quälend seien, sei nicht zu bestätigen. Zwangshandlungen würden vom Versicherten zwar erwähnt, aber nicht im Sinn der psychopathologischen Definition dargestellt und/oder beschrieben. Zwangsphänomene seien anlässlich der aktuellen Untersuchung nicht zu erkennen und würden die Untersuchung nicht behindern. Der Versicherte nenne jedoch auch anlässlich der Untersuchung weiterhin Zwangsphänomene. Allerdings sei seine Selbsteinschätzung zu relativieren, nachdem eine bewusstseinsnahe Aggravation wesentlich im Vordergrund stehe. Zusammenfassend sei allein aufgrund der Selbsteinschätzung des Versicherten als "Anhaltspunkt" weiterhin der Verdacht auf ein zwanghaftes Syndrom zu begründen, welcher aber eine Diagnose gemäss ICD-10: F42 aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht rechtfertige. Weitere (allfällig versicherungsmedizinisch relevante) Störungen gemäss ICD-10 (Kapitel F, psychische und Verhaltensstörungen) - insbesondere ein Suchtleiden - könnten im Fall des Versicherten ebenfalls nicht begründet werden. Es seien auch keine Störungen gemäss der Kategorie F45 (somatoforme Störungen inkl. anhaltender Schmerzstörung F45.4 bzw. chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren F45.41) zu begründen. Beim Versicherten würden auch pathologische somatische Befunde in den Akten aufgeführt. Gesamthaft ergäben sich unter Berücksichtigung der vorliegenden Arztberichte, der in den Akten dokumentierten fremdanamnestischen Angaben und des aktuellen Untersuchungsbefundes aus versicherungspsychiatrischer Sicht hinreichende Belege für eine aktuelle und im Verlauf stattgefundene bewusstseinsnahe Aggravation der beschriebenen Beeinträchtigungen. Sie stehe gegenwärtig wesentlich im Vordergrund. Gesamthaft stünden mittelschwer ausgeprägte Defizite in den Bereichen Fähigkeit zur Anpassung an Regeln/Routinen, Flexibilität/Umstellungsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Gruppenfähigkeit und Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen im Vordergrund. Demgegenüber verfüge der Versicherte über persönliche Ressourcen, Berufserfahrung und eine soziale Integration im Ausland. Beim Verlauf der Störung seien aber auch nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren und eine bewusstseinsnahe Aggravation zu beachten. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bezogen auf ein 100 %-Pensum liege bei 50 % bei ganztägiger Präsenz. In einer leidensangepassten Verweisungstätigkeit liege die Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein 100 %-Pensum bei 50 % bei ganztägiger Präsenz. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht könne die medizinische Beurteilung aufgrund des Gutachtens des D._____ nicht kritisch differenziert nachvollzogen werden. Sie sei retrospektiv zur Kenntnis zu nehmen. Für die Zeit zwischen April 2011 und Juli 2018 seien keine medizinischen Beurteilungen (insbesondere zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit) dokumentiert. Somit könne von der im vorliegenden Gutachten erläuterten Beurteilung ab dem Datum der Untersuchung am 26. Juli 2018 ausgegangen werden. Im Gutachten des D._____ vom 16. April 2011 seien unter anderem die Verdachtsdiagnosen AHDS und gemischte Zwangsstörung aufgeführt worden; diese seien beide nicht mehr zu begründen. Anlässlich der Untersuchung seien die

objektivierbaren psychopathologischen Befunde gar nicht bis gering ausgeprägt gewesen. Mit Bezug auf die im Gutachten von April 2011 dokumentierten objektiven psychopathologischen Befunde sei festzustellen, dass der Versicherte im Denken nicht mehr beschleunigt und/oder eingeengt sei. Sein Antrieb sei unauffällig. Der Versicherte sei auch nicht gedrückt, ängstlich, affektlabil und/oder affektinkontinent. Er verhalte sich weder distanziert noch distanzgemindert. Er habe sich erst im Nachgang zur Untersuchung per E-Mail gereizt geäußert. Eine bewusstseinsnahe Aggravation stehe gegenwärtig wesentlich im Vordergrund. Eine Einschränkung der Leistung von 50 % sei aufgrund eines erhöhten Betreuungsaufwands und einer eingeschränkten Belastbarkeit bei Defiziten in den Bereichen Fähigkeit zur Anpassung an Regeln/Routinen, Flexibilität/Umstellungsfähigkeit, Durchhalte-, Selbstbehauptungs- und Gruppenfähigkeit für jede Erwerbstätigkeit anzunehmen.

E. 5.2

In seiner Stellungnahme vom 14. September 2018 (act. 217) führte der Psychiater und Psychotherapeut Dr. med. H. _____ zusammengefasst aus, der Gutachter diagnostiziere eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, die er äusserst sorgfältig und präzise herleite. Andere - im Dossier genannten Diagnosen - verwerfe er, was er jeweils ebenfalls sorgfältig begründe. Die Schwere der Persönlichkeitsstörung werde allerdings nicht als gross eingeschätzt, was der Gutachter plausibel an den Aktivitäten des Versicherten ableite. Die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde sei gering. Zum Behandlungserfolg oder zur Behandlungsresistenz wie auch zum Eingliederungserfolg oder zur Eingliederungsresistenz könnten keine Aussagen gemacht werden, da sie nicht stattfinden würden. Komorbiditäten bestünden nicht. Der Versicherte leide unter einer Persönlichkeitsstörung. Diese sei aber nicht stark ausgeprägt. Dementsprechend verfüge der Versicherte über einige persönliche Ressourcen, wie der Gutachter ausführe. Der soziale Kontext sei erhalten und sei vom Versicherten auch in seiner neuen Umgebung aufgebaut worden. Einschränkungen im Aktivitätsniveau bestünden im Grunde nicht, zumindest seien sie nicht psychiatrisch begründet. Ein Leidensdruck bestehe - abgesehen von einer Frustration - nicht. Es bestehe eine bewusstseinsnahe Aggravation. Ergebnis der Begutachtung sei, dass eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl im angestammten Beruf wie auch in jeder Verweistätigkeit bestehe. Als Besserung des Gesundheitszustandes müsse man zufolge Ermangelung anderer Dokumente das Datum der Begutachtung nehmen. Der Gutachter äussere sich ausführlich zu den Verbesserungen hinsichtlich des psychiatrischen Gesundheitszustandes des Versicherten. Vor allem weise er auf die nicht mehr vorhandenen Befunde hin, die zu den Schlussfolgerungen im Gutachten vom 16. April 2011 geführt hätten. Weder gebe es Hinweise auf ein ADHS noch auf eine Zwangsstörung.

E. 5.3

In seinem Bericht vom 11. Dezember 2018 (act. 222) berichtete Dr. med. H. _____, bezüglich den Argumenten, ob Dr. F. _____ den Äusserungen des Versicherten, Selbstmord zu begehen, und ob er die Unangepasstheit und das aufbrausende Wesen zu wenig gewertet habe, sollte die IV-Stelle den Gutachter selber fragen. Seines Erachtens habe Dr. med. F. _____ das sehr wohl getan, jedoch könne eine bewusstseinsnahe Aggravation nicht als psychiatrischer Gesundheitsschaden gelten.

E. 5.4

Dr. med. I. _____ berichtete am 8. Mai 2019 (act. 239) zusammengefasst, gemäss den medizinischen Akten liege in somatischer Hinsicht ein Status nach einer Spondylodese C4 - C5 im Jahr 1993 und ein Zustand nach Erkrankung an der Rotatorenmanchette 2005 sowie der Mittelhand V links vor. Auch gehe aus den Dokumenten hervor, dass der Beschwerdeführer nach dem Autounfall von 1993 nach Behandlung nicht an einem defizitären neurologischen Syndrom mit einer Erkrankung der Halswirbelsäule gelitten habe. Gemäss Dr. med. M. _____ seien dementsprechend die Dysesthesien nach dem zervikalen Trauma als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eingestuft worden. Aus somatischer Sicht gebe es keine objektiven medizinischen Elemente, welche die Unzumutbarkeit einer 50%igen Arbeitsfähigkeit bescheinigen würden.

E. 6

Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 2.8 hiavor), kann auf Stellungnahmen von Fachärztinnen und -ärzten des RAD nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass deren Beurteilungen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht (resp. an ein Gutachten) genügen und zudem die beigezogenen Ärztinnen und Ärzte über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Den Berichten im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG der Dres. med. H. _____ und I. _____ könnte - obwohl solche ohne eigene Untersuchung resp. Abklärung vor Ort verfasst wurden - volle Beweiskraft zukommen, wenn die übrigen, von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung herausgearbeiteten Kriterien erfüllt sind. Weil vorliegend jedoch gewisse Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit an diesen ärztlichen Feststellungen wie auch am Gutachten von Dr. med. F. _____ bestehen, sind ergänzende Abklärungen unumgänglich (BGE 142 V 58 E. 5.1; BGE 135 V 465 E. 4.4; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162), wie nachfolgend zu erläutern ist:

E. 6.1.1

Hinsichtlich des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers in somatischer Hinsicht bezog sich die Vorinstanz vernehmlassungsweise am 30. August 2019 (B-act. 13) auf den Einspracheentscheid der Suva vom 7. September 2016 (act. 115) und machte geltend, der Kreisarzt der Suva habe am 9. Juni 2015 - gestützt auf Röntgenaufnahmen und eine eigene Untersuchung vom 8. Juni 2015 - festgehalten, dass die aktuelle klinische Untersuchung objektiv relativ bland bis auf die leichte Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule ausfalle. Es würden keine Muskelverspannungen und keine Myogelosen bestehen. Korrelierend hierzu fände sich auch radiologisch eine gute postoperative Situation ohne Sekundärveränderungen in den benachbarten Segmenten zum Spondylodesegebiet. Die Suva habe den Versicherten dementsprechend als eingeschränkt für Tätigkeiten mit repetitiven Kopfwendbewegungen und Blick nach oben beurteilt. Ansonsten seien ihm vollschichtig bis und mit mittelschwere Tätigkeiten zumutbar. Die angestammte Tätigkeit als Sportartikelverkäufer wäre dem Versicherten somit aus somatischen Gründen wieder vollschichtig zumutbar. Weiter gab die Vorinstanz den Inhalt der Stellungnahme von Dr. med. I. _____ vom 8. Mai 2019 wieder.

E. 6.1.2

Der Allgemeinmediziner Dr. med. I. _____ vertrat in seiner Stellungnahme vom 8. Mai 2019 die Auffassung, aus somatischer Sicht gäbe es keine objektiven medizinischen Elemente, welche die Unzumutbarkeit einer 50%igen Arbeitsfähigkeit bescheinigen würden. Insofern sich dieser Facharzt und die Vorinstanz auf den medizinischen Bericht des

Suva-Kreisarztes vom 9. Juni 2015 oder allenfalls gar noch ältere ärztliche Dokumente stützten, kann darauf mit Blick auf das massgebliche Verfügungsdatum vom 24. Mai 2019 mangels Aktualität zum Vornherein nicht abgestellt werden.

E. 6.1.3

Weiter ist festzuhalten, dass Dr. med. I. _____ einerseits über Informationsquellen in Form von Arztberichten verfügt hatte, er andererseits jedoch den Beschwerdeführer nicht selber untersucht hatte. Zwar steht dieser Umstand der Beweiskraft der Stellungnahme dieses Arztes vom 8. Mai 2019 grundsätzlich nicht entgegen. Da jedoch kein aktueller, lückenloser und fachärztlicher Untersuchungsbefund resp. ein vollständiges Bild über den Verlauf und den gegenwärtigen Status in somatischer (resp. in gesamtmedizinischer; vgl. E. 6.2.7 hiernach) Hinsicht (vgl. hierzu RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b) vorliegt und es nicht bloss um die fachärztliche Beurteilung eines - aufgrund eines (aktuellen) beweiskräftigen medizinischen Dokuments - an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, kann darauf nicht abgestellt werden. Es ist demnach auch nicht rechtsgenügend erstellt, ob sich der Gesundheitszustand während des in Frage stehenden Zeitraums zwischen dem 26. August bzw. 14. Oktober 2011 und der streitigen, vorliegend angefochtenen Revisionsverfügung vom 24. Mai 2019 (vgl. E. 3.2 hiervor) rentenrelevant verändert hat (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb; vgl. zum Ganzen auch E. 2.8 hiervor). Hinzu kommt, dass Dr. med. I. _____ nicht über einen Facharztstitel in den medizinischen Fachdisziplinen Orthopädie und/oder Orthopädische Chirurgie verfügt (vgl. E. 2.8 hiervor), weshalb seine Stellungnahme vom 8. Mai 2019 auch unter diesem Aspekt vorliegend nicht als uneingeschränkt beweiskräftig qualifiziert werden kann (vgl. zum gegenteiligen Fall Urteil des BVGer C-5379/2009 vom 28. März 2011 E. 3.3.2.1; vgl. auch Urteile C- 5286/2013 vom 1. Dezember 2014 E. 3.3.1 und C-2862/2010 vom 7. Mai 2012 E. 3.3.2 mit Hinweisen).

E. 6.1.4

Ergänzend ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass auch Dr. med. F. _____ darauf hingewiesen hatte, dass er zu allfälligen somatischen subjektiven Beschwerden und objektiven Befunden, Diagnosen, Therapien oder zur Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht abschliessend Stellung nehmen könne, weshalb auf entsprechende fachärztliche Beurteilungen verwiesen werde. Er äusserte sich hingegen nicht explizit, um welche Beurteilungen es sich dabei handelte.

E. 6.2

Zwar ist die Expertise von Dr. med. F. _____ vom 21. August 2018 umfassend. Sie beruht auch auf allseitigen Untersuchungen und Testungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Dennoch bildet sie für den vorliegenden Fall aus den folgenden Gründen keine vollständige, rechtsgenügende Entscheidungsgrundlage.

E. 6.2.1

Die durch Dr. med. F. _____ vorgenommene Feststellung der revisionsbegründenden Veränderung des gesundheitlichen Zustands erfolgte zwar in rein psychisch-psychiatrischer Hinsicht durch eine Gegenüberstellung des vergangenen und des aktuellen Zustandes. Da sich die Expertise von Dr. med. F. _____ ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht und sich dessen - von der Expertise von Dr. med. K. _____ des D. _____ vom 16. April 2011 abweichende - ärztliche Einschätzung

hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes in rein psychisch-psychiatrischer Hinsicht stattgefunden hat, kommt dem Gutachten von Dr. med. F._____ vom 21. August 2018 (act. 209) an sich ein gewisser Beweiswert zu (vgl. zum gegenteiligen Fall SVR 2018 IV Nr. 13 S. 40 E. 4.2 und 4.2.1). Insbesondere zeigte Dr. med. F._____ grundsätzlich nachvollziehbar und schlüssig auf, dass und inwiefern der damalige Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (vgl. E. 4.1 hiervor) bestätigt werden konnte und welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu der diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt hatten (vgl. hierzu SVR 2018 IV Nr. 13 S. 41 E. 4.2.2). Schliesslich erläuterte Dr. med. F._____ an sich auch nachvollziehbar und schlüssig, weshalb sich die seinerzeit geäusserten Verdachte auf ein Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS; ICD-10: F90) sowie auf eine gemischte Zwangsstörung mit Wasch- und Kontrollzwang (ICD-10: F42.2) nicht hatten bestätigen lassen (vgl. E. 4.1 hiervor). Obwohl Dr. med. F._____ an diversen Stellen seines Gutachtens erwähnt hat (act. 209 S. 32, 41 bis 43), aus versicherungspsychiatrischer Sicht könne die medizinische Beurteilung (insbesondere die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit) aufgrund des Gutachtens von Dr. med. K._____ nicht kritisch differenziert nachvollzogen werden und diese sei retrospektiv zur Kenntnis zu nehmen, ist letztlich mit Blick auf seine nachvollziehbaren und schlüssigen Ausführungen erstellt, dass es sich bei seiner Beurteilung nicht um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts handelt, was im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich wäre (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Damit kann es vorliegend jedoch nicht sein Bewenden haben.

E. 6.2.2

In psychischer Hinsicht ist betreffend die Ausführungen des Beschwerdeführers, wonach er bereit gewesen wäre, sich beim für seine hervorragenden Gutachten bekannten Dr. med. J._____ oder einem anderen Spezialisten ein Obergutachten zu erstellen, vorab zwar festzuhalten, dass er von Bundesrechts wegen keinen formellen Anspruch auf Beizug eines versicherungsexternen Gutachtens hat (vgl. hierzu BGE 123 V 175 E. 3d; BGE 122 V 157 E. 2c) und sich ein Mitwirkungsrecht im Sinne eines Wahlrechts bei der Bestimmung des Gutachters weder aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör noch aus der "Nähe" des Einspracheverfahrens zur streitigen Verwaltungsrechtspflege ableiten lässt (RKUV 1998 U 309 S. 460 E. 4b). In diesem Zusammenhang ist an den Untersuchungsgrundsatz zu erinnern, welcher besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss (vgl. hierzu BGE 117 V 282 E. 4a). Ergänzend ist an dieser Stelle auch darauf hinzuweisen, dass weder die Beauftragung von Dr. med. F._____ noch dessen Expertise für sich allein genommen - in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes - zu einer unvollständigen Erhebung des Sachverhalts geführt hatte (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; vgl. hierzu auch Urteil 8C_736/2014 vom 29. November 2014 E. 2.1).

E. 6.2.3

Der vom Beschwerdeführer bemängelten, kurzen persönlichen Befragung von 48 Minuten ist weiter zu entgegnen, dass es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt. Massgebend ist in erster Linie vielmehr, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl.

hierzu Entscheid des BGer 8C_942/2009 vom 29. März 2010, E. 5.2). Dies ist - wie vorstehend dargelegt (vgl. E. 6.2.1 hiervor) - vorliegend grundsätzlich der Fall. Daran ändert auch das vom Beschwerdeführer erwähnte Spannungsverhältnis dem Grundsatz nach nichts, zumal er selber hatte vorbringen lassen, dass es keine konkreten Indizien gäbe, dass der Experte Dr. med. F._____ parteiisch gewesen wäre.

E. 6.2.4

Jedoch ergibt sich mit Blick auf die Ausführungen von Dr. med. H._____ in dessen Stellungnahme vom 11. Dezember 2018 (act. 222), dass im Verwaltungsverfahren entgegen dessen Empfehlung darauf verzichtet worden war, beim Experten Dr. med. F._____ ergänzend in Erfahrung zu bringen, ob dieser die Äusserungen des Beschwerdeführers, Selbstmord zu begehen, und die Unangepasstheit sowie das aufbrausende Wesen korrekt und genügend gewürdigt hat. Da Dr. med. H._____ selber die Nachfrage bei Dr. med. F._____ empfohlen hatte, kann nicht als erstellt gelten, dass er dies "sehr wohl getan" hat.

E. 6.2.5

Weiter sind die Ausführungen von Dr. med. F._____, wonach aufgrund eines erhöhten Betreuungsaufwands und der eingeschränkten Belastbarkeit bei mittelschwer ausgeprägten Defiziten in vielen Bereichen (Fähigkeit zur Anpassung an Regeln/Routinen, Flexibilität/Umstellungsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit und Gruppenfähigkeit) dennoch eine 50%ige Leistungseinschränkung bestehen soll, ohne entsprechende Präzisierung nicht zweifelsfrei nachvollziehbar, zumal der Beschwerdeführer offenbar auch in hohem Masse unbeherrscht, aggressiv und reizbar ist (act. 209 S. 61 ff.). Unter diesen Umständen erscheint es zumindest fraglich, ob er einem Arbeitgeber oder einer Arbeitgeberin auf dem ersten, allgemeinen Arbeitsmarkt überhaupt noch zumutbar ist (vgl. zur Unzumutbarkeit bspw. Urteil des BGer 9C_277/2016 vom 15. März 2017 E. 4.3 mit Hinweisen).

E. 6.2.6

Zwar fiel die klinische Untersuchung im Juni 2015 objektiv relativ bland bis auf die leichte Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule aus (vgl. E. 6.1.1 hiervor). Trotz der entsprechenden, veralteten Beurteilung des Suva-Kreisarztes vom 9. Juni 2015 sowie den Äusserungen des Beschwerdeführers, er habe jeden Tag Schmerzen (act. 209 S. 63) und werde in Nachwirkung zu seinem Halswirbelbruch von chronischen, heftigen Nackenschmerzen geplagt (act. 133 S. 2), wurde im Verwaltungsverfahren trotz des durchaus möglichen Zusammenwirkens von somatischen und psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen darauf verzichtet, eine bidisziplinäre Verlaufsbeurteilung durchzuführen. Die Vorinstanz beschränkte sich vielmehr bloss auf die Einholung einer psychiatrischen Expertise bei Dr. med. F._____, ohne alle (allenfalls) relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu bringen (zum Zweck eines interdisziplinären Gutachtens vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4 S. 224; SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E. 2.1). Obwohl die ursprüngliche Rentenzusprache insbesondere auf den psychischen Beeinträchtigungen basierte (vgl. E. 4. hiervor), ist es mit Blick auf die veraltete Beurteilung des Suva-Kreisarztes vom 9. Juni 2015 sowie den vom Beschwerdeführer beklagten täglichen Schmerzen nicht gerechtfertigt, im Rahmen des vorliegend zu beurteilenden Revisionsverfahrens die psychischen Befunde und deren

Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit isoliert abzuklären. Insofern kann auch den Berichten der Dres. med. H. _____ und I. _____ vom 14. September und 11. Dezember 2018 sowie vom 8. Mai 2019 kein (voller) Beweiswert zukommen.

E. 6.2.7

Vielmehr wäre angesichts der Aktenlage und der Möglichkeit des Zusammenwirkens von somatischen und psychischen Beeinträchtigungen zumindest (vgl. E. 6.2.8 hiernach) eine bidisziplinäre Verlaufsbeurteilung in der Schweiz in den medizinischen Fachdisziplinen Psychiatrie und Psychotherapie sowie Orthopädie durchzuführen gewesen, um den aktuellen, gesamtheitlichen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit sowie allfällige medizinische Veränderungen gegenüber dem Zeitpunkt der Rentenzusprache unter Berücksichtigung sämtlicher bisher verfassten ärztlichen Berichte rechtsgenügend abzuklären (vgl. hierzu Urteil des BVerfG C-2875/2014 vom 8. September 2016 E. 3.3.5 mit Hinweis auf Urteile des BVerfG 8C_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2 und 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E.5 mit Hinweisen). Gemäss BGE 141 V 281 soll dabei nicht die Diagnose, sondern der Nachweis der Behinderung mit Hilfe von Indikatoren im Fokus der Beurteilung stehen. Im Übrigen dient eine rechtsgenügende und umfassende, nicht bloss monodisziplinäre Beurteilung auch zukünftigen Rentenrevisionen als äusserst taugliche und verwertbare Vergleichsbasis.

E. 6.2.8

Schliesslich ist mit Blick auf die von der Vorinstanz zwingend in Auftrag zu gebende Beurteilung darauf hinzuweisen, dass es den Gutachtern auch bei bidisziplinären Beurteilungen freisteht, die vom Bundesverwaltungsgericht bezeichneten Disziplinen (Psychiatrie und Psychotherapie und Orthopädie) gegenüber der Auftraggeberin zur Diskussion zu stellen, wenn ihnen die Vorgaben nicht einsichtig sind (vgl. hierzu BGE 139 V 349 E. 3.3; Entscheid des BVerfG 8C_277/2014 vom 30. Januar 2015 E. 5.2). Sollte sich ergeben, dass im Rahmen der von der Vorinstanz anzuordnenden Expertise die Berücksichtigung einer weiteren Fachdisziplin unumgänglich wäre, hätte eine solche - da somit nebst der Orthopädie und der Psychiatrie/Psychotherapie drei (oder sogar mehr) Fachdisziplinen beteiligt wären - bei einer Gutachterstelle zu erfolgen, mit welcher das Bundesamt für Sozialversicherungen eine Vereinbarung getroffen hat. Gemeint sind die Medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) im Sinne von Art. 59 Abs. 3 IVG, wobei die Vergabe der Aufträge nach dem Zufallsprinzip gemäss dem Zuweisungssystem "SuisseMED@P" vorzunehmen wäre (Art. 72bis Abs. 1 und 2 IVV; BGE 139 V 349 E. 2.2).

E. 7

Nach dem Dargelegten ist zusammenfassend festzustellen, dass der rechtserhebliche Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt worden ist (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG). Die vorliegenden medizinischen Berichte und Stellungnahmen im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG der Dres. med. H. _____ und I. _____ sowie die psychiatrische Expertise von Dr. med. F. _____ vermögen mit Blick auf die gesamtmedizinische Situation mangels voller Beweiskraft keine abschliessende Beurteilungsgrundlage zu bilden, sondern geben Anlass zu weitergehenden medizinischen Abklärungen (vgl. Urteil des BVerfG 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3; zum gegenteiligen Fall resp. zur antizipierten Beweiswürdigung vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3; vgl.

auch BGE 122 V 157 E. 1d; SVR 2005 IV Nr. 8 S. 37 E. 6.2, 2003 AHV Nr. 4 S. 11 E. 4.2.1; vgl. zum Ganzen auch Urteil des BGer 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweisen). Die damit verbundene Rückweisung der Sache in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung ist möglich, da einerseits kein umfassendes, von der Vorinstanz eingeholtes bidisziplinäres Administrativgutachten vorliegt, und andererseits eine Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene sachlich nicht wünschbar ist (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.2).

E. 8

Nach neuer Ermittlung des vollständigen und richtigen medizinischen Sachverhalts hat die Vorinstanz auch einen neuen Einkommensvergleich durchzuführen und abzuklären, ob und in welchem Ausmass der Beschwerdeführer zufolge seines Gesundheitszustandes auf dem ihm nach seinen Fähigkeiten noch offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch erwerbstätig sein könnte (vgl. hierzu etwa Urteil des BVGer C-5644/2018 vom 27. Mai 2019 mit Hinweis auf Urteil des BGer 9C_921/2009 vom 22. Juni 2010 E. 5.3). Dabei ist zu berücksichtigen, dass an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten praxismässig nicht übermässige Anforderungen zu stellen sind (vgl. hierzu Urteile des BGer 9C_118/2015 vom 9. Juli 2015 mit Hinweisen; 9C_744/2008 vom 19. November 2008 E. 3.2; 9C_236/2008 vom 4. August 2008 E. 4.2; Urteil des EVG I 349/01 vom 3. Dezember 2003 E. 6.1) und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person nach der Tätigkeit zu beurteilen ist, die sie - im Rahmen der Schadenminderungspflicht (vgl. Art. 21 Abs. 4 ATSG) - nach ihren persönlichen Verhältnissen und gegebenenfalls nach einer gewissen Anpassungszeit bei gutem Willen ausüben könnte (vgl. Urteil des BVGer C-4315/2009 vom 22. August 2011 E. 5.2 mit Hinweisen).

E. 9

Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass nach der Rechtsprechung ganz allgemein der Grundsatz gilt, dass eine invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern; deshalb besteht kein Rentenanspruch, wenn sie selbst ohne Eingliederungsmassnahmen zumutbarerweise in der Lage wäre, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. hierzu BGE 138 I 205 E. 3.2 und 113 V 22 E. 4a; SVR 2007 IV Nr. 1 S. 3 E. 5.1). Berufliche Eingliederungsmassnahmen setzen zwar in genereller Hinsicht insbesondere auch die Erfüllung der versicherungsmässigen Kriterien und die subjektive und objektive Eingliederungsfähigkeit von versicherten Personen voraus (vgl. hierzu bspw. Urteil des BGer 8C_667/2015 vom 6. September 2016 E. 4.2 mit Hinweisen). Jedoch erfüllte der in Tschechien wohnhafte, nicht mehr in der Schweiz erwerbstätige Beschwerdeführer im massgebenden Zeitpunkt des Verfügungserlasses (24. Mai 2019) die versicherungsmässigen Voraussetzungen für Leistungen der Invalidenversicherung gemäss Art. 1b IVG in Verbindung mit Art. 1a AHVG nicht mehr. Da die für sämtliche Eingliederungsmassnahmen geltende, in Art. 9 Abs. 1bis IVG statuierte Voraussetzung der Versicherungsunterstellung zur Folge hat, dass das Recht auf entsprechende Leistungen erlischt, sobald die betreffende Person nicht mehr versichert ist, hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen (vgl. BGE 145 V 266 E. 4.2 und 5 mit Hinweisen).

E. 10

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vom 12. Juni bzw. 12. Juli 2019 insofern gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 24. Mai 2019 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen sind.

E. 11

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 11.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Auf die Einholung eines Kostenvorschusses wurde im vorliegenden Fall infolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung verzichtet (B-act. 10). Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 11.2

Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat zufolge Gewährung des Rechts auf unentgeltliche Verbeiständung einen Anspruch auf eine Entschädigung aus der Gerichtskasse. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- angemessen (inklusive 7.7%iger Mehrwertsteuer [seit 1. Januar 2018; vgl. Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Mehrwertsteuer vom 12. Juni 2009 {MWSTG; SR 641.20}]); zur Berücksichtigung der Mehrwertsteuer bei der Entschädigung des unentgeltlichen Rechtsbeistands vgl. BGE 141 III 560 E. 2. und 3.).

E. 11.3

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.