

BVGer C-2946/2014 vom 11. Mai 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-05-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2946_2014

FR: TAF C-2946/2014 du 11 mai 2017

IT: TAF C-2946/2014 del 11 maggio 2017

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 in Verbindung mit Art. 33 lit. d VGG und Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG, SR 831.20]) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (vgl. Art. 32 VGG). Das Bundesverwaltungsgericht ist 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 ATSG vorbehalten (vgl. Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 IVG). In formellrechtlicher Hinsicht finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.3

Der Beschwerdeführer ist als primärer Adressat der angefochtenen Verfügung vom 8. April 2014 durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG und Art. 48 Abs. 1 VwVG). Die Beschwerde wurde im Weiteren frist- und formgerecht eingereicht (Art. 60 ATSG, Art. 52 Abs. 1 VwVG), weshalb auf sie einzutreten ist.

E. 1.4

Mit der Beschwerde kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs von Ermessen), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG).

E. 1.5

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und zu prüfen, ob die Vorinstanz mit Verfügung vom 8. April 2014 die Rente des Beschwerdeführers zu Recht wegen einer Verbesserung des Gesundheitszustands aufgehoben hat. Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren dem Grundsatz nach anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist portugiesischer Staatsangehöriger mit Wohnsitz in seiner Heimat, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Freizügigkeitsabkommen (FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten.

E. 2.1.1

Nach Art. 3 Abs. 1 der bis zum 31. März 2012 in Kraft gewesenen Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831.109.268.1) hatten die Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnten, für die diese Verordnung galt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit die Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Dabei war im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 von Anhang II des FZA).

E. 2.1.2

Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (8. April 2014) finden vorliegend auch die am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11) Anwendung. Gemäss Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, sofern (in dieser Verordnung) nichts anderes bestimmt ist, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates.

E. 2.1.3

Im Rahmen ihres Geltungsbereichs tritt diese Verordnung an die Stelle aller zwischen den Mitgliedstaaten geltenden Abkommen über soziale Sicherheit. Einzelne Bestimmungen von Abkommen über soziale Sicherheit, die von den Mitgliedstaaten vor dem Beginn der Anwendung dieser Verordnung geschlossen wurden, gelten jedoch fort, sofern sie für die Berechtigten günstiger sind oder sich aus besonderen historischen Umständen ergeben und ihre Geltung zeitlich begrenzt ist. Um weiterhin Anwendung zu finden, müssen diese Bestimmungen in Anhang II aufgeführt sein. Ist es aus objektiven Gründen nicht möglich, einige dieser Bestimmungen auf alle Personen auszudehnen, für die diese Verordnung gilt, so ist dies anzugeben (Art. 8 Abs. 1 der Verordnung [EG] Nr. 883/2004). Die Bestimmung des anwendbaren Rechts ergibt sich aus Art. 11 ff. der Verordnung (EG) Nr. 883/2004. Die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe richten sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4; vgl. Art. 46 Abs. 3 der Verordnung [EG] Nr. 883/2004 i.V.m. Anhang VII). Ferner besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis

1996, S. 179; vgl. auch Zeitschrift für die Ausgleichskassen [ZAK] 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung durch das Gericht (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, seit 1. Januar 2007 Bundesgericht] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.; BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 2.1.4

Demnach beurteilt sich vorliegend die Frage, ob über den 31. August 2013 hinaus weiterhin ein Anspruch auf IV-Rentenleistungen gegenüber der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, allein aufgrund der innerstaatlichen schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 3.1

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Entscheides eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Weiter sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 130 V 329). Ein allfälliger (weiterbestehender) Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis-Regel; vgl. BGE 130 V 445).

E. 3.1.1

Damit finden vorliegend grundsätzlich jene materiellen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 8. April 2014 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung des streitigen Sachverhalts im vorliegend massgebenden Zeitraum von Belang sind (für das IVG: ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IV-Revision], ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision] sowie in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659; 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket]; die IVV in den entsprechenden Fassungen).

E. 3.1.2

Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) sowie der Revision der Invalidenrente und anderer Dauerleistungen (Art. 17) entsprechen den von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der 5. und 6. IV-Revision nichts geändert, weshalb im Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird (vgl. Urteil BGer 8C_944/2010 vom 21. März 2011 E. 3; Urteil BGer 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1; siehe auch BGE 135 V 215 E. 7; vgl. AS 2011 5659; 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket).

E. 3.2

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; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 E. 7.3). 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. 3.3

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, 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).

E. 3.4

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 [in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung], Art. 28 Abs. 1 IVG [in der ab 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung]).

E. 3.5

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. Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 212; vgl. BGE 128 II 145 E. 1.2.2, BGE 127 II 264 E. 1b).

E. 3.5.1

Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Max Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Auflage, Bern 1984, S. 136). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den

Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 360 E. 5b, mit Hinweisen). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz. 450; Alfred Kölz/Isabelle Häner/Martin Bertschi, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. Aufl., Zürich 2013, Rz. 153 und 537; Fritz Gygi, a.a.O., S. 274; vgl. auch BGE 122 II 469 E. 4a, BGE 120 Ib 229 E. 2b, BGE 119 V 344 E. 3c mit Hinweisen).

E. 3.5.2

Das Sozialversicherungsverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt. Zum einen findet er sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen); zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbeschrieben alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. Fritz Gygi, a.a.O., S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (vgl. BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des EVG I 520/99 vom 20. Juli 2000).

E. 3.5.3

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

E. 4.1

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93

E. 4, BGE 125 V 256 E. 4).

E. 4.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 4.3

Auch 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 (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c; zur Beweiskraft von Stellungnahmen der Regionalen Ärztlichen Diensten (RAD) vgl. etwa auch Bundesgerichtsurteil 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4; BGE 137 V 210 E. 1.2.1, vgl. dazu nachstehende E. 7.1).

E. 4.4

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). Liegt ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 m.w.H.).

E. 5.1

Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob ab dem 1. September 2013 weiterhin ein Rentenanspruch besteht.

E. 5.1.1

Soweit der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde kritisiert, die von der Vorinstanz praktizierte Sistierung der Rentenzahlungen per 1. Mai 2013 wegen fehlender Unterlagen aus Portugal sei rechtswidrig (BVGer-act. 1 S. 7 Ziff. 7), fehlt ein entsprechendes Rechtsschutzinteresse und ist insoweit auf die Beschwerde nicht einzutreten, da die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung (vom 8. April 2014) festgehalten hat, die mit Verfügung vom 12. März 2013 aufgehobene bzw. sistierte Rente werde für die Zeit vom 1. Mai 2013 bis 31. August 2013 gewährt bzw. nachbezahlt (vgl. IVSTA-act. 108 S. 6 f., vgl. auch BVGer-act. 5 S. 1 am Anfang).

E. 5.2

Die Vorinstanz begründete die Aufhebung der bisherigen halben Rente (gemäss Verfügung vom 8. April 2014) damit, dass sich der psychische Gesundheitszustand bzw. die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit dem 13. Mai 2013 (Datum der psychiatrischen Untersuchung von Dr. med. F. _____, IVSTA-act. 79 = BVGer-act. 18) verbessert habe (IVSTA-act. 108 S. 6 f.; vgl. auch Aktenbeurteilung des Psychiaters der Vorinstanz, Dr. med. I. _____, vom 3. September 2013, IVSTA-act. 92). Die Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsmonteur betrage zwar weiterhin 100%, dagegen seien dem Beschwerdeführer körperlich leichte, sitzende oder wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben von Gewichten über 10 kg uneingeschränkt zumutbar. Beim entsprechenden Einkommensvergleich (vom 26. September 2013 [IVSTA-act. 93]) resultiere eine Erwerbseinbusse von 31%.

E. 5.3

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt gar nicht ermittelt habe. Die psychiatrische Beurteilung von Dr. F. _____ vom 13. Mai 2013 umfasse lediglich wenige Zeilen und sei in Unkenntnis der medizinischen Vorakten erstattet worden. Die darauf beruhende Beurteilung des ärztlichen Dienstes der Vorinstanz vom 3. September 2013 habe als reine Aktenbeurteilung keine selbständige Bedeutung. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes sei nicht ersichtlich. Die Rentenaufhebung sei unbegründet (vgl. BVGer-act. 1 und 13).

E. 6.1

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung bildet vorliegend unbestritten der Einspracheentscheid der IV-Stelle Zürich vom 2. Februar 2004 (IV-act. ZH 3), mit welchem dem Beschwerdeführer rückwirkend ab dem 1. Juni 2001 eine halbe IV-Rente zugesprochen wurde und welcher sich auf das polydisziplinäre Gutachten der C. _____ vom 13. Juni 2003 stützte (IV-act. ZH 3 S. 3, vgl. auch angefochtene Verfügung vom 8. April 2014 [IVSTA-act. 108 S. 7] und Beschwerde vom 27. Mai 2014 [BVGer-act. 1 S. 5 Ziff. 4]). Die spätere Rentenbestätigung vom 29. Oktober 2008 (IVSTA-act. 26) beruhte nicht auf einer umfassenden Sachverhaltsabklärung, sondern einzig auf einer kurzen Aktenbeurteilung von Dr. J. _____ des medizinischen Dienstes der Vorinstanz vom 12. Oktober 2008, welche zwei wenig umfassende portugiesische Arztberichte berücksichtigte (psychiatrischer Bericht von Dr. K. _____ vom 31. März 2008 [IVSTA-act. 19] sowie Formularbericht E 213 vom 17. Januar 2008, IVSTA-act. 18).

E. 6.2

Laut Beurteilung der Gutachter der C._____ 2003 bestanden folgende Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (IV-act. ZH 3 S. 19, 22): anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit/bei zervikospondyloem und lumbospondyloem Schmerzsyndrom bei mediolinkslateraler Diskushernie C6/7 mediolateraler Diskushernie L3/4, L4/5 Status nach HWS-Distorsion 1995 und am 27. April 1997 (aus systematischen Gründen hier erwähnt, Einfluss auf die Schmerzkrankheit aber sehr ungewiss) anhaltende leichte bis mittelgradige Depression (ICD-10 F33.1) Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert, nannten die C._____ -Gutachter (IV-act. ZH 3 S. 22): sporadische dyspeptische Beschwerden bei Status nach Diagnose eines Ulcus duodeni, einer Refluxösophagitis Grad I bis II und einer Kardiainsuffizienz am 1. Februar 2002 Die Gutachter kamen zum Ergebnis, dass aus medizinisch interdisziplinärer Sicht in der angestammten Tätigkeit als Elektro-Hilfsmonteur eine Arbeitsfähigkeit von 50% resultiert. Dabei waren die rheumatologischen und psychopathologischen Befunde limitierend. Für eine körperlich leichte, in Wechselposition ausgeübte Tätigkeit bestand ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 50%, als limitierend wurden dabei jedoch nur die psychopathologischen Befunde eingeschätzt. In ihrer Beurteilung hielten die C._____ -Gutachter im Wesentlichen fest, nach Angaben des Beschwerdeführers seien erstmalig körperliche Beschwerden in der Folge eines leichten Heckauffahrunfalles 1995 aufgetreten. Der Beschwerdeführer sei damals weder zum Arzt gegangen noch sei er arbeitsunfähig gewesen. Eine Exazerbation der Beschwerden sei anlässlich eines zweiten wiederum typischen Heckauffahrunfalles am 27. April 1997 aufgetreten. Nach Lage der Akten habe der Beschwerdeführer eine erste ärztlich dokumentierte Spur im August 1998 hinterlassen im Sinne eines Röntgens der Halswirbel- und Lendenwirbelsäule. Er habe sich dann erst später (1999) in ärztliche Behandlung begeben, allerdings ohne diese beiden Unfälle je zu erwähnen. In der Folge seien dann insbesondere rechtsbetonte Kopfschmerzen und Schmerzen in der Halswirbelsäule aufgetreten, die sich rechtsbetont auf das ganze Achsenskelett ausgebreitet hätten. Ein MRI der HWS im September 1999 habe eine breitbasige linksseitige Diskushernie auf Höhe C6/7 gezeigt. Der Rheumatologe PD Dr. L._____ habe im Januar 2000 dann als erster Arzt eine Diagnose im Sinne eines Zervikobrachialsyndroms ausgesprochen und erwähnt, dass keine Unfälle bekannt seien (siehe oben). Während der zweiten stationären Behandlung am Spital M._____ im Februar/März 2001 sei die Diagnose einer schweren somatoformen Schmerzstörung mit psychovegetativem Syndrom respektive einem generalisierten Schmerzsyndrom gestellt worden. Weiter hielten die C._____ -Gutachter fest (IV-act. 3 S. 21 f.): "Unser Rheumatologe bestätigt aus seinem Fachgebiet das zervikospondylogene und lumbospondylogene Schmerzsyndrom bei insgesamt drei Diskushernien, ohne dass aktuell Zeichen einer Radikulopathie bestehen. (...) Die Frage nach der Kausalität der beiden Autounfälle in Bezug auf die aktuellen Beschwerden im Bewegungsapparat ist im Übrigen schwierig. (...) Als viel wahrscheinlicher erachtet es unser Rheumatologe, dass das Beschwerdebild einerseits auf die degenerativen Veränderungen der Bandscheiben zervikal und lumbal zurückzuführen ist und andererseits das Leiden eine erhebliche psychische Komponente aufweist (...). In Anbetracht der schwierigen Lebensumstände, insbesondere auch wegen des Wegzugs der Familie des Beschwerdeführers, aber auch wegen der Geldnot, ist die Prognose ungewiss". Der psychiatrische C._____ -Gutachter Dr. med. N._____ führte in seinem psychiatrischen Teilgutachten im Wesentlichen aus (IV-act. 3 S. 33): "Aus psychiatrischer Sicht ist aber wichtig, dass der Patient das typische Muster einer somatoformen

Schmerzstörung entwickelt hat, wobei praktisch die ganze rechte Körperhälfte betroffen ist und die Schmerzqualität als brennend beschrieben wird. Dazu kommt, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfall 1997 und insbesondere seit dem Wegzug seiner Familie nach Portugal im Juli 2001 eine leicht- bis mittelgradige reaktiv-depressive Verstimmung entwickelt hat. In der alten Beschreibungsweise würde man hier von einer depressiven Entwicklung sprechen, welche mit der Schmerzkrankheit in einem zirkulären Regelkreis interagiert. Es ist adäquat, dass der Patient weiterhin in psychiatrischer Behandlung bleibt, um sich mit seiner Lebenssituation aktiv auseinanderzusetzen und wieder einen Sinn und ein Ziel zu finden. Zudem sollen die Psychotherapie und die antidepressive Behandlung eine Schmerzdistanzierung bewirken (...). Die Arbeitsfähigkeit des Versicherten wird durch die Schmerzkrankheit und die Depression erheblich beeinträchtigt. Die Arbeitsunfähigkeit muss integriert beurteilt werden. Ich halte fest, dass die somatoforme Schmerzstörung und die Depression eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit von 50% begründet".

E. 6.3

In medizinischer Hinsicht stützte sich die Vorinstanz bei ihrer Annahme, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers auf psychischer Ebene verbessert habe und ihm seit 13. Mai 2013 eine angepasste Tätigkeit vollumfänglich zumutbar sei, auf die Stellungnahme von Psychiater Dr. I. _____ ihres internen medizinischen Dienstes vom 3. September 2013 (IVSTA-act. 92), welcher in seiner Aktenbeurteilung insbesondere die Befunde im psychiatrischen Arztbericht von Dr. F. _____ vom 13. Mai 2013 (IVSTA-act. 79 = BVGer-act. 18) berücksichtigte. In Bezug auf die Qualität des Berichts von Dr. F. _____ vom 13. Mai 2013 erklärte die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung vom 8. April 2014 (IVSTA-act. 108 S. 7 Mitte), es handle sich bei diesem Bericht nicht um einen Kurzbericht, sondern um einen vollständigen psychiatrischen Bericht, welcher in medizinisch-kritischer Hinsicht mit Anamnese, Leidensaufstellung, Status und Diagnose den hiesigen Qualitätsanforderungen in jeder Hinsicht entspreche und auf welchen habe abgestützt werden dürfen. Der Beschwerdeführer bezeichnete diese Auffassung der Vorinstanz in seinen Eingaben als bedenklich bzw. unhaltbar (BVGer-act. 1 S. 6 und BVGer-act. 13 S. 3). Für den Revisionszeitpunkt ist den medizinischen Akten hinsichtlich der sich stellenden Fragen im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

E. 6.3.1

Dr. O. _____, Berater für Neurochirurgie, hielt in seinem Bericht vom 13. Februar 2012 fest, der Beschwerdeführer habe im Jahr 1997 bei einem Verkehrsunfall eine Verletzung der Halswirbelsäule erlitten, die seitdem stark symptomatisch sei. Der Beschwerdeführer sei anschliessend wieder erwerbstätig gewesen, aber im Jahr 2003 während eines Aufenthalts in der Schweiz sei ihm eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden. In den vergangenen zwei Jahren - seit dem Datum der letzten Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit - seien keinerlei klinische Veränderungen aufgetreten (vgl. BVGer-act. 20, IVSTA-act. 50 = 69).

E. 6.3.2

Dr. P. _____, Facharzt für Psychiatrie, gab in seinem Gutachten vom 16. Februar 2012 an, der Beschwerdeführer habe bei einem Verkehrsunfall im Jahr 1997 eine Halswirbelsäulenverletzung erlitten. Er habe etwa drei Wochen im Krankenhaus verbracht, habe über längere Zeit keine Erwerbstätigkeit ausgeübt und sei im Jahr 2003 als arbeitsunfähig für seinen Beruf eingestuft worden. Der Beschwerdeführer äussere, dass er

seit dem Unfall an ständigen Kopfschmerzen leide und sein Konzentrations- und Erinnerungsvermögen beeinträchtigt sei. Darüber hinaus leide er an psychischen Störungen mit Niedergeschlagenheit und Angstzuständen, Schlafstörungen und Beeinträchtigungen des Kurzzeitgedächtnisses. Zeitweise benötige er eine medikamentöse Behandlung mit psychotropen Substanzen, um die Angstzustände zu lindern. Zurzeit nehme er zweimal täglich 0,5 mg Alprazolam ein. Der Beschwerdeführer leide an Angstzuständen bei gleichzeitiger depressiver Verstimmung (vgl. BVGer-act. 20, IVSTA-act. 47 = 66).

E. 6.3.3

Die Fachärztin für Radiologie Q._____ erwähnte in ihren Ultraschall-Befunden vom 15. Mai 2012 insbesondere eine diffuse Fettleber im Anfangsstadium sowie einen linksseitigen Nierenstein (vgl. BVGer-act. 20, IVSTA-act. 48 = 67).

E. 6.3.4

Dr. R._____ stellte in seinem Bericht vom 22. Mai 2012 fest, der Beschwerdeführer leide an einer chronischen osteoartikulären Erkrankung im Bereich der Halswirbelsäule, die auf einen Verkehrsunfall zurückzuführen sei, der sich im Jahr 1997 in der Schweiz ereignet habe und zu einer dauerhaften Erwerbsunfähigkeit mit einem entsprechenden Invaliditätsgrad geführt habe. Angegeben wurde eine regelmässige medikamentöse Behandlung mit Rantudil und Diazepam (vgl. BVGer-act. 20, IVSTA-act. 49 = 68).

E. 6.3.5

Dr. S._____ (Facharztqualifikation unbekannt) nannte in ihrem Formularbericht E 213 vom 30. August 2012 (IVSTA-act. 46 = 65) als Diagnosen eine Rückenverletzung sowie eine reaktive Depression (vgl. S. 3 Ziff. 7). Als derzeit vorrangige Beschwerden nannte Dr. S._____ Nackenschmerzen, depressive Verstimmungen, Kopfschmerzen sowie Konzentration- und Gedächtnisbeschwerden (vgl. S. 2 Ziff. 3.2) und als Befund in Bezug auf den seelischen Zustand eine Verlangsamung (vgl. S. 2 Ziff. 4.1). Dr. S._____ gab an, der Beschwerdeführer könne seine Tätigkeit als Elektriker nicht in Vollzeit ausüben (vgl. S. 7 Ziff. 11.4). Dr. S._____ machte keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (vgl. S. 7 Ziff. 11.5 und 11.6).

E. 6.3.6

Dr. F._____, Fachärztin für Psychiatrie, hielt in ihrem psychiatrischen Arztbericht vom 13. Mai 2013 (vgl. BVGer-act. 18 = IVSTA-act. 79) fest, der Beschwerdeführer sei bis zum Jahr 1997 gesund gewesen. Zu dieser Zeit habe er einen Verkehrsunfall erlitten, in dessen Folge bei ihm zwei Bandscheibenhernien diagnostiziert worden seien, durch die er arbeitsunfähig geworden sei. Er sei pensioniert worden und 2003 nach Portugal zurückgekehrt. Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass er in der Schweiz wegen eines depressiven Syndroms medizinisch überwacht worden sei, das auf die Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen gewesen sei, und er werde aktuell weiter fachärztlich betreut. Er erhalte 0,5 mg Alprazolam pro Tag. Der Beschwerdeführer klagte weiterhin über Angstzustände, leichte Reizbarkeit, Lärmunverträglichkeit und Schlafstörungen. Bei der allgemeinen Untersuchung habe er einen gepflegten Eindruck gemacht. Das äussere Erscheinungsbild entspreche dem tatsächlichen Alter. Die Kontaktaufnahme sei angemessen. Die Sprache sei kohärent, flüssig und spontan. Der Beschwerdeführer sei kooperativ und räumlich sowie zeitlich orientiert. Das Stimmungsbild sei neutral, der Beschwerdeführer zeige keine kognitiven Veränderungen oder Wahrnehmungsstörungen, die kritische Urteilsfähigkeit sei vorhanden. Zusammenfassend zeige der Beschwerdeführer typische Symptome einer

Anpassungsstörung mit Angstzuständen (Diagnose ohne Angabe einer ICD-10-Klassifikation), wodurch die Erwerbsunfähigkeit aufrechterhalten bleibe (Erwerbsunfähigkeit/Behinderung von 57%).

E. 6.3.7

Dr. T. _____ hielt in seinem Bericht vom 14. Mai 2013 fest, die motorische und sensorische Reizleitung des Nervus medianus und des Nervus cubitalis seien normal. Auch das EKG (recte: die EMG, vgl. auch nachfolgende E. 6.3.9 am Ende) der Muskeln des Schultergürtels sowie des rechten Arms, Vorderarms und der Hand sei normal (Untersuchung der Myotome C5 bis D1), ohne Anzeichen von Denervierung (vgl. BVGer-act. 20, IVSTA-act. 81).

E. 6.3.8

Der Facharzt für Neuroradiologie U. _____ nannte in seinem CT-Befund (der Halswirbelsäule) vom 15. Mai 2013 eine Begradigung der Halswirbelsäulenkurvatur mit Korrektur der Wirbelausrichtung, eine Verengung des intersomatischen Spalts C6-C7, eine Protrusion der posterioren und rechts posteriorlateralen Bandscheibe, was Druck auf die Nervenwurzel von C7 dieser Seite auszuüben scheine. Fraglich sei eine Radikulopathie C7 rechts. Auf der linken Seite zeige sich ein stenotisches Foramen infolge einer Unkarthrose. In den übrigen untersuchten intersomatischen Ebenen seien keine pathologischen Anzeichen erkennbar, die zu einer Nervenkompression führen könnten. Die Abmessungen des Wirbelkanals seien normal. Es seien keine Osteolysen oder Osteokondensationen erkennbar. Die paravertebralen Abstände seien normal (vgl. BVGer-act. 20, IVSTA-act. 83).

E. 6.3.9

Dr. med. E. _____, dem die bildgebenden EMG- und CT-Befunde (vom 14. bzw. 15. Mai 2013, E. 6.3.7 f. hier vor) vorlagen, hielt in seinem (mit 13. Mai 2013 unrichtig datiertem) orthopädischem Untersuchungsbericht nach allgemeinanamnestischen Angaben fest, aktuell träten rechtsseitige Genickschmerzen immer noch etwa viermal pro Monat auf und würden bei Bedarf mit Ibuprofen behandelt. Die Schmerzen träten immer wieder erneut auf. Der Beschwerdeführer werde wegen dieser Beschwerden nicht ärztlich überwacht und habe erklärt, dass keine relevanten chirurgischen Eingriffe vorgenommen worden seien. Es sei auch ohne externe Stützung kein hinkender Gang festzustellen. Es bestünden keine aktiven oder passiven Mobilitätseinschränkungen in den Gelenken der Wirbelsäule oder Gliedmassen. Es seien keine motorischen und sensorischen Defizite vorhanden. Muskel-Sehnen-Reflexe im Radius-Periost, Bizeps, Trizeps sowie in Patella- und Achillessehne seien beidseitig symmetrisch vorhanden. Es seien keine Kräfteinschränkungen vorhanden. Danach stellte er die bildgebenden CT- und EMG-Befunde dar (siehe oben E. 6.3.8 und 6.3.7). Zusammenfassend leide der Beschwerdeführer an rechtsseitigen Genickschmerzen, die auf die Bandscheibenprotrusion in C6-C7 zurückgingen. Aufgrund der Elektromyographie (EMG) bestünden keine Anzeichen einer Radikulopathie, die eine Einschränkung der üblichen Ausübung seines Berufs zur Folge hätte (vgl. BVGer-act. 20 = IVSTA-act. 78).

E. 6.3.10

Dr. G. _____ (Facharztqualifikation unbekannt) hielt in ihrem Formularbericht E 213 vom 5. Juni 2013 als Diagnosen HD-cervical und ein depressives Syndrom fest (vgl. IVSTA-act. 80 S. 3 Ziff. 7). Als derzeit vorrangige Beschwerden des Beschwerdeführers

gab Dr. G._____ eine Zervikobrachialgie, Parästhesien und Schlaflosigkeit an (vgl. S. 2 Ziff. 3.2). Als aktuelle Behandlung wurde etwa Alprazolam genannt (vgl. S. 2 Ziff. 3.3). In der zusammenfassenden Beurteilung wurde der Krankheitsverlauf als stationär bezeichnet und als Funktionseinschränkungen Schmerzen bei der Bewegung genannt (vgl. S. 6 Ziff. 8). Der Versicherte könne seine Tätigkeit nicht in Vollzeit ausüben (vgl. S. 7 Ziff. 11.4). Dr. G._____ machte keine Angabe zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (vgl. S. 7 Ziff. 11.5 f.).

E. 6.3.11

Der Facharzt für Allgemeine Innere Medizin des medizinischen Diensts der Vorinstanz, Dr. med. H._____, hielt in seiner Stellungnahme vom 17. Juli 2013 fest, gemäss den neuen Arztberichten aus Portugal würden auf somatischer Ebene die Probleme des Bewegungsapparates in Form einer Zervikobrachialgie verbleiben (zervikales und lumbales Schmerzsyndrom nach Diskushernie C6-C7, L3-L4 und L4-L5). Der aktuelle somatische Zustand stimme mit dem in der C._____-Expertise vom 13. Juni 2003 beschriebenen Zustand überein (l'état somatique reste superposable à l'état décrit dans l'expertise C._____ du 13.06.2003). Folgende Funktionseinschränkungen seien zu berücksichtigen: nur leichte Tätigkeiten, sitzende oder wechselnde Position, kein Heben von Gewichten über 10 kg. Die Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (als Hilfsmonteur) betrage weiterhin 50%, jene in der Ausübung einer den Funktionseinschränkungen angepassten Tätigkeit seit 13. Mai 2013 0%. Möglicherweise sei eine Verbesserung der psychischen Beschwerden eingetreten, was vom psychiatrischen Facharzt der Vorinstanz zu beurteilen sei (vgl. IVSTA-act. 90).

E. 6.3.12

Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des medizinischen Diensts der Vorinstanz, Dr. I._____, führte in seiner Aktenbeurteilung vom 3. September 2013 aus, die Gutachter der C._____ hätten in ihrem Gutachten vom 13. Juni 2003 als Diagnosen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und eine wiederkehrende, aktuell mittelgradige Depression (ICD-10 F33.1) festgehalten. Im Bericht von Dr. K._____ vom 31. März 2008 (IVSTA-act. 19, vgl. vorstehende E. 6.1) werde ein depressiver Zustand und im Bericht von Dr. P._____ vom 16. Februar 2012 Angstzustände bei gleichzeitiger depressiver Verstimmung angegeben (vgl. BVGer-act. 20, IVSTA-act. 47 = 66). Die Depression habe sich schrittweise verbessert. Das Stimmungsbild sei aktuell gemäss dem Bericht von Dr. F._____ vom 13. Mai 2013 neutral. Der leichte Angstzustand, der mit einer niedrigen Dosierung von Alprazolam (0,5 mg pro Tag) behandelt werde, habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. IVSTA-act. 92).

E. 6.3.13

Schliesslich hielt Dr. I._____ in seiner Stellungnahme vom 9. Februar 2014 fest, der für die Neubeurteilung entscheidende psychiatrische Befund (von Dr. F._____) vom 13. Mai 2013 enthalte alle für eine zuverlässige Beurteilung notwendigen Elemente und erfülle die qualitätsmässigen Anforderungen an einen entsprechenden Bericht. Dementsprechend könne er seine am 3. September 2013 abgegebene Beurteilung nur bestätigen (IVSTA-act. 102).

E. 7

Im Rahmen der Revision fraglich und zu prüfen ist, ob die - für die Invaliditätsbemessung massgebende - Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit - insbesondere gestützt auf die

Stellungnahmen des Psychiaters Dr. I. _____ des medizinischen Dienstes der Vorinstanz - zuverlässig beurteilt werden kann.

E. 7.1

Die RAD (bzw. der medizinische Dienst der Vorinstanz) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2bis IVG). Nach der Rechtsprechung ist es zulässig, im Wesentlichen oder einzig auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen abzustellen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. etwa Urteil BGer 9C_25/2015 vom 1. Mai 2015 E. 4.1). Auf die Stellungnahme eines versicherungsinternen Arztes kann nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügt. Sie muss insbesondere in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sein und in der Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchten; die Schlussfolgerungen sind zu begründen. Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. Urteil BGer 9C_323/2009 E. 4.3.1 mit Hinweisen, vgl. Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, N. 5 zu Art. 59 IVG). Vorliegend hat der Psychiater Dr. I. _____ keine eigene Untersuchung des Beschwerdeführers vorgenommen. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist nicht an sich ein Grund, um einen versicherungsinternen ärztlichen Bericht in Frage zu stellen (vgl. Art. 49 Abs. 2 IVV). Auch reine Aktengutachten können 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. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen der RAD (Urteil des BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2). Soweit IV-Ärzte wie hier nicht selber medizinische Befunde erheben, sondern die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht 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 sei, müssen die Akten für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen enthalten. Ist das nicht der Fall, kann die Stellungnahme des RAD 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). Entscheidend ist somit, ob es die vorliegenden medizinischen Akten dem medizinischen Dienst der Vorinstanz erlauben, sich ein lückenloses und einheitliches Bild über den Verlauf der gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der Rentenzusprache bis zum Revisionszeitpunkt zu machen (Verlaufsbeurteilung: Vergleich der Situation 2001/2004 mit jener von 2013), und ob die Schlussfolgerungen von Dr. I. _____ nachvollziehbar und schlüssig sind.

E. 7.2

Im Rahmen der Revision war zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Vergleich zum Zustand bei Rentenzusprache verändert hat. Aus den Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer wie bereits zum Zeitpunkt der Rentenzusprache an somatischen und psychischen Beschwerden leidet. Bei komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen muss die Einschätzung der Leistungsfähigkeit grundsätzlich auf umfassender, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierender Grundlage erfolgen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Während für die Rentenzusprache ein interdisziplinäres C._____-Gutachten von 2003 vorlag, standen Dr. I.____ (und auch Dr. H.____) für die Aktenbeurteilung im Revisionszeitpunkt mehrere fachärztliche heimatliche Berichte zur Verfügung; bei diesen handelt es sich allerdings nicht um allseitige Einschätzungen, welche das Zusammenwirken der verschiedenen Gesundheitsbeeinträchtigungen berücksichtigen. In den Akten befindet sich somit für den Revisionszeitpunkt keine interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers, auf die sich der medizinische Dienst der Vorinstanz hätte stützen können.

E. 7.3

Die Vorinstanz ging von einer Verbesserung der psychischen Beschwerden und von einem unveränderten somatischen Befund aus. Dr. I.____, auf welchen sich die Vorinstanz bei ihrer Rentenaufhebung per 1. September 2013 hauptsächlich beruft, nimmt ab 13. Mai 2013 (Datum des psychiatrischen Berichts von Dr. F.____) eine vollständige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit an. In dieser Stellungnahme fehlt jedoch eine überzeugende und nachvollziehbare Begründung einer vollständigen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit ab 13. Mai 2013. Dr. I.____ macht zwar aufgrund der Akten eine schrittweise Verbesserung der psychischen Befunde aus, er hat sich dabei aber nicht einlässlich zur im psychiatrischen Bericht von Dr. F.____, auf den er sich primär beruft (vgl. zweiten Bericht des medizinischen Dienstes) neben dem neutralen Stimmungsbild gleichzeitig attestierten typischen Bild einer Anpassungsstörung mit Angstzuständen und Erwerbsunfähigkeit bzw. Behinderung von 57% geäußert. Dr. I.____ erklärte zwar knapp, aber nicht genügend einlässlich, der leichte Angstzustand, der mit einer niedrigen Dosierung von Alprazolam (0,5 mg pro Tag) behandelt werde, habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Lichte der eingangs erwähnten Grundsätze zum Beweiswert von Aktenbeurteilungen versicherungsinterner Ärzte kann demzufolge nicht auf die Einschätzung von Dr. I.____ abgestellt werden, dies umso weniger, als kein lückenloser Befund vorlag, auf den Dr. I.____ hätte abstellen können (vgl. E. 7.1 hievore), wie nachfolgend ausgeführt wird.

E. 7.4

Auch auf den eingeholten psychiatrischen Bericht von Dr. F.____ vom 13. Mai 2013 kann nicht abgestellt werden, da in diesem einerseits teilweise günstige Befunde angegeben werden (neutrales Stimmungsbild) und gleichzeitig eine (unveränderte, vgl. Sachverhalts-Lit. A hievore) Erwerbsunfähigkeit bzw. Behinderung von 57% attestiert wird. Zudem gab Dr. F.____ diagnostisch an, der Beschwerdeführer zeige typische Symptome einer Anpassungsstörung mit Angstzuständen - vorliegend klagte der Beschwerdeführer über Angstzustände, leichte Reizbarkeit, Lärmunverträglichkeit und Schlafstörungen -, sie erwähnte jedoch - ausser einem längere Zeit zurückliegenden Verkehrsunfall von 1997 - keine zugehörige entscheidende Lebensveränderung bzw. ein belastendes Lebensereignis, d.h. sie begründete ihre Diagnose Anpassungsstörung mit

Angstzuständen nicht nachvollziehbar. Denn gemäss den Diagnostischen Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling/Mombour/Schmidt (Hrsg.), 10. Aufl. 2015, Ziff. F43.2 S. 209 f., sollen bei Anpassungsstörungen - deren Anzeichen unterschiedlich sind und depressive Stimmung, Angst, Besorgnis, ein Gefühl unmöglich zurechtzukommen, vorauszuplanen oder in der gegenwärtigen Situation fortfahren zu können, ferner eine Einschränkung bei der Bewältigung der täglichen Routine umfassen - das Vorhandensein eines belastenden Ereignisses, einer belastenden Situation oder einer Lebenskrise eindeutig nachgewiesen sein (und es müssen überzeugende, wenn auch vielleicht nur vermutete Gründe dafür sprechen, dass die Störung ohne Belastung nicht aufgetreten wäre). Zudem wurde ein typischer Tagesablauf - wie es etwa die Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie verlangen (vgl. S. 10 Ziff. 3.2.8 der 3. vollständige überarbeiteten und ergänzten Auflage vom 16. Juni 2016; in: SZS 2016 S 435 ff.), nicht erfragt. Auch die Formularberichte E 213 von Dr. S. _____ vom 30. August 2012 (mit den Diagnosen Rückenverletzung sowie reaktive Depression) und von Dr. G. _____ vom 5. Juni 2013 (mit den Diagnosen HD-cervical und depressives Syndrom) sowie das Gutachten von Psychiater Dr. P. _____ vom 16. Februar 2012 sind keine verwertbaren Beurteilungen, da sie primär die subjektiven Leiden des Beschwerdeführers darstellen, lückenhaft sind und auch keine Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit enthalten (die Fragen 11.5 und 11.6 in den Formularen E 213 wurden nicht beantwortet). Zudem ist in somatischer Hinsicht in Bezug auf die sich im Rahmen der Revision stellende Frage nach einer Veränderung des Gesundheitszustands bzw. der Arbeitsfähigkeit der Bericht von Dr. E. _____ vom 13. Mai 2013 nicht ausreichend. Bereits bezüglich der aktuellen Anamnese und der erhobenen Befunde erweist sich der Bericht als ungenau; frühere Befunde und Berichte mit Ausnahme der EMG und CT (E. 6.3.7 und 6.3.8) sind ihm offenbar unbekannt. Eine Radikulopathie C7 konnte nicht sicher ausgeschlossen werden (vgl. oben E. 6.3.8) und in Bezug auf die weiteren Befunde fehlt ein Vergleich mit dem Vorzustand.

E. 7.5

Vorliegend fehlt mithin eine sämtliche Leiden berücksichtigende, den Beweisanforderungen genügende interdisziplinäre Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit. Der Invaliditätsgrad lässt sich vorliegend aufgrund der vorhandenen lückenhaften und zum Teil widersprüchlichen medizinischen Akten damit nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beurteilen. Die Vorinstanz hätte sich unter diesen Umständen nicht mit Aktenbeurteilungen ihres medizinischen Dienstes begnügen dürfen, sondern hätte mit Blick auf die unklare Aktenlage weitere Abklärungen tätigen müssen.

E. 7.6

Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Die IVSTA wird bei bisher nicht mit der Beurteilung des Beschwerdeführers befassten medizinischen Fachpersonen in der Schweiz ein interdisziplinäres, insbesondere rheumatologisches,

internistisches und psychiatrisches MEDAS-Gutachten einzuholen haben, welches sich zur unter revisionsrechtlichem Gesichtspunkt massgeblichen Frage äussert, ob sich das Krankheitsbild des Beschwerdeführers, wie es sich aus den medizinischen Aktenbefunden zur Zeit des rechtskräftigen Einspracheentscheids vom 2. Februar 2004 ergibt, ab 1. September 2013 bis heute wesentlich verändert hat. Eine polydisziplinäre Expertise ist auch dann einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss als auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheint, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert ist (vgl. oben E. 6.3.3). Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.2 f.). Im Rahmen der erneuten Begutachtung ist die neue Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem "SuisseMED@P" zu ermitteln und sind dem Beschwerdeführer die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

E. 7.7

Sollten die bisher nicht mit der Beurteilung des Beschwerdeführers befassten medizinischen Fachpersonen zum Ergebnis kommen, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten ab September 2013 nicht wesentlich verändert hat, dass jedoch vorliegend hauptsächlich unklare Beschwerden bestünden (von der Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung und in der Vernehmlassung verneint [IVSTA-act. 108 S. 7 Mitte, BVGer-act. 5 S. 1, vgl. auch IVSTA-act. 39]), wäre von den Gutachtern in Anwendung der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; in Kraft seit 1. Januar 2012; nachfolgend: SchlB) zu prüfen, ob eine Erwerbstätigkeit trotz vorhandener Beschwerden aus objektiver medizinischer Sicht zumutbar ist. Denn vorliegend erreicht der am 20. April 1963 geborene Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Inkrafttretens der SchlB (1. Januar 2012) weder die Altersgrenze von 55 Jahren noch besteht ein mindestens 15-jähriger Rentenbezug (Rentenbeginn: 1. Juni 2001). Die Gutachter hätten sich in ihrem Gutachten somit auch mit der geänderten Praxis des Bundesgerichts zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine rentenbegründende Invalidität zu begründen vermögen, auseinanderzusetzen, d.h. die Indikatoren zu prüfen (BGE 141 V 281).

E. 8

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

E. 8.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu weiterer Abklärung und neuer Verfügung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (vgl. BGE 132 V 215 E. 6.1). Dem, soweit auf die Beschwerde einzutreten ist, obsiegenden Beschwerdeführer sind keine Kosten aufzuerlegen. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

Der, soweit auf die Beschwerde einzutreten ist, obsiegende, anwaltlich 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 der anwaltliche Vertreter keine Kostennote eingereicht hat, 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 sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- gerechtfertigt (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu etwa Urteil des BVGer C-3110/2015 vom 28. September 2016]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE).

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