

BVGer C-2995/2017 vom 22. August 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-08-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2995_2017

FR: TAF C-2995/2017 du 22 août 2018

IT: TAF C-2995/2017 del 22 agosto 2018

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung zur Erhebung der Beschwerde legitimiert (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde (BVGer act. 4), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 23. Mai 2017 einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 2

Zuständig zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen von Grenzgängern ist die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IV-Stelle für Versicherte im Ausland erlassen (Art. 40 Abs. 2 IVV [SR. 831.201]). Der Beschwerdeführer wohnte im Zeitpunkt der IV-Anmeldung in (...) in Frankreich und war als Grenzgänger bei der C. _____ angestellt (vgl. IV-act. 3 und 45). Die Zuständigkeit der kantonalen IV-Stelle E. _____ zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung sowie der Vorinstanz zum Erlass der Verfügung ist daher gegeben. Diese Kompetenzregelung gilt nicht nur bei der erstmaligen, sondern bei der revisionsweisen Prüfung des Rentenanspruchs (Rz. 4008 des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI], in der ab 1. Januar 2018 geltenden Version). Die Zuständigkeit der Vorinstanz zum Erlass der Revisionsverfügung gestützt auf die Abklärungen der IV-Stelle ist damit gegeben.

E. 3

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

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist französischer Staatsangehöriger und hatte seinen Wohnsitz im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 2. Mai 2017 in (...) in Frankreich, wo er heute noch wohnt. Der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich sowohl in materiell- als auch in

verfahrensrechtlicher Hinsicht nach schweizerischem Recht, insbesondere dem IVG, der IVV, dem ATSG sowie der ATSV ([SR 830.11]; BGE 130 V 253 E. 2.4; vgl. zur grundsätzlichen Anwendbarkeit des Freizügigkeitsabkommens und der entsprechenden Koordinierungsvorschriften Art. 2 Abs. 1 und Art. 3 Abs. 1 Bst. c der am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnung [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]).

E. 3.2.1

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 2. Mai 2017 in Kraft standen (so auch die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision [IV-Revision 6a], AS 2011 5659); weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 3.2.2

Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Nach Erlass des streitigen Entscheids ausgestellte Arztberichte (und andere einschlägige Dokumente) sind allerdings in die Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (vgl. Urteil 9C_136/2009 vom 10. August 2009 E. 2.5 mit Hinweisen). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis-Regel; vgl. BGE 130 V 445).

E. 3.3

Nach dem Gesetz setzt der Anspruch auf eine Invalidenrente Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) und Invalidität (Art. 8 ATSG) voraus (Art. 28 Abs. 1 IVG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte volle oder teilweise Unfähigkeit, zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 ATSG). 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]).

E. 3.3.1

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 8 ATSG bewirken. 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. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (Urteil BGer 8C_349/2015 vom 2. November 2015 E. 3.1 mit Hinweis auf BGE 135 V 201 E. 7.1.1). Nach Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen und liegt eine Erwerbsunfähigkeit zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

E. 3.3.2

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht von der Rechtsprechung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ähnliche Störungen und ihre Folgen vermutungsweise mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind (BGE 130 V 352, BGE 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3), Abstand genommen und eine neue Basis für die Beurteilung somatoformer Schmerzstörungen und ihrer Auswirkungen auf die juristisch zu beurteilende Arbeitsunfähigkeit begründet (E. 6).

E. 3.3.3

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss (E. 2). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt (E. 3.6). An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG - ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) - ändert sich dadurch nichts (E. 3.7). An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren (E. 4). Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad (E. 4.3) und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen (E. 4.4). Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes (E. 4.3.1.1) und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität (E. 4.3.1.3) wird verzichtet. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 Ingress). Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren (E. 5.1) wie auch bei deren - rechtlich gebotener - Anwendung im Einzelfall zusammen (E. 5.2). Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden (E. 4.2) die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. 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 nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen. Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in BGE 141 V 281 wie folgt: Kategorie "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3) Komplex "Gesundheitsschädigung" (E. 4.3.1) o Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) o Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) o Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) Komplex "Sozialer Kontext" (E. 4.3.3) Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (E. 4.1.3).

E. 3.3.4

Geht es bei der Beurteilung um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die eben erwähnten systematisierten Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und E. 4.1).

E. 3.3.5

Gemäss altem Verfahrensstandard (Rechtspraxis gemäss BGE 130 V 352) eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert (BGE 137 V 210 E. 6 in inito). Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8; Urteil BGer 9C_468/2017 vom 11. September 2017 E. 4.2.1).

E. 3.4.1

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. 3.4.2

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).

E. 3.5.1

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. 3.5.2

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; 125 V 351 E. 3a). 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; vgl. auch Urteil BGer 8C_329/2015 vom 5. Juni 2015; 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.; vgl. auch BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 3.6

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 Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. SVR 2010 IV Nr. 30 [9C_961/2008] E. 6.3; Urteil BGer 9C_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1.).

E. 3.7

Gemäss Art. 87 Abs. 2 IVV ist in einem Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Ob eine unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten erhebliche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht, mit demjenigen zur Zeit der

streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheids; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4).

E. 3.8

Unter Glaubhaftmachung ist nicht der Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verstehen. Die Beweisanforderungen sind vielmehr herabgesetzt, indem nicht im Sinne eines vollen Beweises die Überzeugung der Verwaltung begründet zu werden braucht, dass seit der letzten, rechtskräftigen Entscheidung tatsächlich eine relevante Änderung eingetreten ist. Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (Urteil des BGer 9C_635/2015 vom 16. Oktober 2015 E. 2.1; Urteil des BVGer C-7544/2014 vom 13. Oktober 2016 E. 2.2.2). Bei der Prüfung der Frage, ob die Vorbringen der versicherten Person glaubhaft sind, berücksichtigt die Verwaltung unter anderem, ob seit der rechtskräftigen Erledigung des letzten Rentengesuches lediglich kurze oder schon längere Zeit vergangen ist; je nachdem sind an das Glaubhaftmachen einer Änderung des rechtserheblichen Sachverhalts höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen (Urteile des BGer 9C_688/2007 vom 22. Januar 2008 E. 2.2 und 9C_286/2009 vom 28. Mai 2009 mit Hinweis auf BGE 109 V 262 E. 3).

E. 4

Streitig und zu prüfen ist im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV, ob eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist.

E. 4.1

Dabei gilt es den massgebenden Sachverhalt, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (vorliegend 12. September 2011), mit demjenigen zur Zeit der streitigen Verfügung (2. Mai 2017) zu vergleichen.

E. 4.1.1

Beim Erlass der Verfügung vom 12. September 2011 (IV-act. 36) betreffend die Ausrichtung einer Invaliditätsrente stützte sich die Vorinstanz auf das polydisziplinäre Gutachten (IV-act. 29 Seite 1-34), welches das H. _____ durch Dr. med. J. _____, FMH für Allgemeine Innere Medizin (Teilbegutachtung vom 24. Februar 2011, IV-act. 29 Seite 9-14), Dr. med. K. _____, FMH für Rheumatologie (Teilbegutachtung vom 28. März 2011, IV-act. 29 Seite 15-21), Dr. med. L. _____, FMH für Psychiatrie & Psychotherapie (Teilbegutachtung vom 31. März 2011, IV-act. 29 Seite 22-31), im Auftrag der SVA E. _____ erstellt hat. Das interdisziplinäre Gutachtertteam stellte in der Gesamtbeurteilung vom 11. April 2011 (IV-act. 29 Seite 31-34) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: ICD-10 F 32.1 mittelgradige depressive Episode ICD-10 / 73.1/ F60.8 Verdacht auf Persönlichkeitsproblematik ICD-10 F45.4 anhaltende somatoforme Schmerzstörung Chronischer Gesichts- und z.T. Kopfschmerz sowie Nackenschmerz linksbetont mit/bei o Mässigen degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule o

Radiologisch Hinweisen für Reizung der Intervertebralgelenke C3/4 rechts sowie C2/3 - C4/5 links (MRI 22.06.2010) o Dysfunktion des linken Kiefergelenkes (funktionelle Aufnahmen 2009) o Klinisch mögliche Supraspinatustendinose beidseits Belastungsabhängiges Lumbovertebralsyndrom mit/bei o Spondylarthrosen L4/5 und L5/S1 o Mässiger Fehlhaltung Beginnende Coxarthrosen links bei Offset-Störung beidseits Beginnende mediale Gonarthrose rechts mit/bei o Chondropathia patellae o Diskretem Einriss im Hinterhorn des Innenmeniskus (MRI 16.10.2009)

E. 4.1.1.1

Die Teilbegutachtung 28. März 2011 durch Dr. med. K._____, FMH für Rheumatologie (IV-act. 29 Seite 15-21), ergab aufgrund der aus rheumatologischer Sicht erhobenen relevanten Befunde, dass dem Versicherten körperlich schwere Arbeiten seit 2009 bleibend nicht mehr zugemutet werden könnten. Hingegen weiterhin zumutbar seien körperlich leichte bis maximal mittelschwere, wechselbelastende und rückenadaptierte Tätigkeiten ohne Zwangshaltung des Oberkörpers, ohne dauerndes oder wiederholtes Arbeiten mit dem Armen in oder über der Horizontalen, ohne Arbeiten, welche Gehen auf unebenem Grund, häufiges Besteigen von Treppen oder Leitern und wiederholtes kniendes Arbeiten notwendig machen. Entsprechend angepasste Arbeiten könnten dem Versicherten aus rheumatologischer Sicht vollschichtig, unter Berücksichtigung der Schmerzproblematik jedoch nur mit einer Leistungseinschränkung von 20 % zugemutet werden. Bei der Tätigkeit als ausgebildeter Koch müsse jedoch davon ausgegangen werden, dass es sich praktisch ausschliesslich um stehende und gehende Tätigkeit mit teilweise ungünstigen Haltungen des Oberkörpers (vornüber gebeugt) handle, insbesondere, da der Versicherte sehr gross sei und gemäss seinen Angaben alle Arbeitsflächen für ihn zu niedrig gewesen seien. Des Weiteren komme als ungünstiger Faktor dazu, dass die Arbeit häufiges Wechseln zwischen extremen Temperaturen (Kühlraum, Gefrierraum, Umgebungstemperatur) notwendig mache, was sich ebenfalls eher negativ auf die Schmerzen auswirken dürfte. Deshalb könne der Versicherte die zuletzt ausgeübte Arbeit aus rheumatologischer Sicht noch zu höchstens 50 % ausüben, es sollte aber auf jeden Fall eine Anpassung an die Körpergrösse des Versicherten erfolgen, da sonst die Einschränkung eher höher liegen dürfte.

E. 4.1.1.2

Mit der psychiatrischen Teilbegutachtung vom 31. März 2011 kam Dr. med. L._____, FMH für Psychiatrie & Psychotherapie (IV-act. 29 Seite 22-31 und 29 Seite 35-45) zur Feststellung, dass auch unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Angaben eine Persönlichkeitsproblematik anzunehmen sei, für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung lägen jedoch zu wenig sichere Angaben vor. Im Weiteren sei anzunehmen, dass der Explorand im Rahmen seiner langjährigen Schmerzen zunehmend in eine Überlastungssituation geraten sei, dadurch dann auch eine depressive Entwicklung durchlaufen habe, die sich subjektiv primär vor allem in kognitiven Schwierigkeiten geäussert habe. Hinzu komme, eine dauernde Angst, irgendetwas falsch zu machen oder zu vergessen. Nach der Nabelhernienoperation im Dezember 2009 habe das psychische Gleichgewicht schliesslich vollends dekomponiert und der Versicherte habe eine manifeste depressive Episode entwickelt, worauf er eine ambulante psychiatrische Behandlung aufgenommen habe, die er seither weiterführe. Insgesamt habe die Störung einen starken Krankheitswert erreicht, indem der Explorand eine intensive Betreuung von verschiedenen Seiten benötige. Er habe komplett auf die Stufe eines Kleinkindes regrediert, so müsse er

auch von seiner Frau umsorgt werden. Deshalb müsse die depressive Störung auf dem Hintergrund der angenommenen Persönlichkeitsproblematik als gravierend eingestuft werden. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit hält Dr. med. L. _____ fest, aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer aufgrund der depressiven Störung, die sich auf dem Hintergrund der angenommenen Persönlichkeitsproblematik noch zusätzlich ungünstig auswirke, nicht mehr in der Lage, Verantwortung zu übernehmen, er sei auch dem Arbeitsdruck nicht gewachsen und daher äusserst stark vermindert belastbar, er benötige dauernd Hilfe und sei schneller ermüdbar. Weiterhin sei er nicht in der Lage, unter Druck adäquat zu reagieren, auch zeigen sich deutliche Verhaltensauffälligkeiten. Die bisherige Tätigkeit als Koch mit Übernahme von Verantwortung sei daher nicht mehr möglich. Seit Dezember 2009 sei in der bisherigen Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Im Weiteren sei es auch fraglich, inwieweit der Versicherte in der Lage sei, eine alternative Tätigkeit durchzuführen. Schliesslich kam Dr. med. L. _____ zum Schluss, dem Versicherten sei möglicherweise eine klar strukturierte Tätigkeit ohne Übernahme von Verantwortung und ohne Zeitdruck halbtags noch möglich, allenfalls könnte die Arbeitsfähigkeit sukzessive gesteigert werden. Er benötige jedoch erst ein Belastungstraining und einen sukzessiven Einstieg ins berufliche Leben.

E. 4.1.1.3

Insgesamt halten die Autoren des polydisziplinären Gutachtens in der Gesamtbeurteilung vom 11. April 2011 (IV-act. 29 Seite 31-34) fest, in der angestammten Tätigkeit als gelernter Koch sei ihm wegen der psychischen Problematik die Arbeit nicht mehr zumutbar, in einer Verweistätigkeit jedoch sei eine höchstens halbtägige Arbeitsfähigkeit in einer klar strukturierten Tätigkeit möglich, sofern der Versicherte keine Verantwortung übernehmen müsse. Die Frage der Arbeitsbelastung müsse nach Meinung der Begutachter in Form einer Arbeitstrainings geprüft werden. Dabei müssten auch die aus rheumatologischer Sicht notwendigen Einschränkungen bzw. Anforderungen an den Arbeitsplatz berücksichtigt werden. Zur Frage der beruflichen Massnahmen halten die Begutachter fest, es bestehe beim Versicherten zwar eine instabile Situation, dennoch müsse wegen der Verfestigung der Chronifizierung empfohlen werden, baldmöglichst die beruflichen Massnahmen durchzuführen.

E. 4.1.2

Gemäss dem kurz zuvor erstellten rheumatologischen Gutachten vom 24. Februar 2011, welches zuhanden der Krankentaggeldversicherungen der Arbeitgeberin durchgeführt wurde, kam Dr. G. _____, FMH Rheumatologie, (IV-act. 26 Seite 2-15), zum Schluss, es könne keine klare Differenzierung gemacht werden, ob die psychischen Probleme aufgrund der Schmerzsymptomatik entstanden seien oder umgekehrt. Im Weiteren hielt er den Eindruck fest, dass auch der Versicherte dies nicht auseinanderhalten könne. Der Versicherte drehe sich somit in einem circulus vitiosus, die Schmerzen führten zur Psyche und die Psyche führe zu dieser Neuralgie. Insgesamt mache er einen eher unreifen Eindruck. Aufgrund der psychischen Situation mit ängstlich depressiven Zuständen und mit Begleitung einer Neuralgie in der linken Gesichtshälfte attestierte Dr. med. G. _____ zum Begutachtungszeitpunkt eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit, doch könne alleine aufgrund der Schmerzsymptomatik (Neuralgie, Myofaszialgie) keine volle Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden. Dabei sei von einer Leistungsminderung von 10 allerhöchsten 20 % auszugehen.

E. 4.1.3

Mit Stellungnahme vom 15. April 2011 bestätigte Dr. med. M._____, Facharzt Psychiatrie/Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) (IV-act. 31), die Beurteilung des polydisziplinären Gutachtens H._____. (IV-act.29 Seite 1-34). Insbesondere seien die Diagnosen und die Arbeitsfähigkeit plausibel begründet worden und die Begutachter hätten zu den Einschätzungen der behandelnden Ärzte Stellung bezogen.

E. 4.2

Im Vergleich dazu liegen für den revisionsrechtlichen relevanten Zeitraum von 12. September 2011 bis zur angefochtenen Verfügung vom 2. Mai 2017 im Wesentlichen folgende Berichte und Gutachten vor:

E. 4.2.1

Das polydisziplinäre Folgegutachten vom 26. November 2013 (IV-act. 119 Seite 1-30) wurde in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Orthopädie durchgeführt.

E. 4.2.1.1

Dr. med. J._____, FMH für Allgemeine Innere Medizin (Teilbegutachtung vom 3. Januar bzw. am 30. September 2013, IV-act. 119 Seite 10-14) führte zwei Anamneseerhebungen durch. Anlässlich des Erstgesprächs teilte ihm der Versicherte mit, er sei am 23. August 2012 Vater eines Sohnes geworden, was ihn sehr belaste. Da Dr. med. J._____ die gesundheitliche Situation insgesamt als nicht stabil bewertete, wurde das Anamnesegespräch abgebrochen und erst am 30. September 2013 weitergeführt. Dazwischen wurde der Versicherte stationär vom 7. Januar bis 1. März 2013 in der psychiatrischen Klinik N._____ in (...) (F) behandelt. Der Klinikaufenthalt habe sich gemäss Einschätzung des Versicherten gut auf ihn ausgewirkt, er besuche weiterhin wöchentlich die Psychotherapie, dennoch gehe es ihm psychisch wieder schlechter.

E. 4.2.1.2

Die psychiatrische Nachfolgegutachtung vom 14. Oktober 2013 durch Dr. med. L._____, FMH für Psychiatrie & Psychotherapie (IV-act. 119 Seite 11-18), ergab einen sehr auffällig darstellenden Exploranden, der in eher monotoner Art und Weise berichtete, der wiederholt in heftige Weinkrämpfe verfiel und dadurch einen sehr unreifen Eindruck hinterliess. Zudem sei er depressiv verstimmt, nicht aufhellbar und es gelinge ihm nicht, sich auf das Gegenüber einzulassen, es liessen sich gewisse kognitive Beeinträchtigungen feststellen. Insgesamt zeige sich gemäss Dr. med. L._____ ein praktisch identischer Explorand, wie bei der Erstbegutachtung vom 31. März 2011 (IV-act. 29 Seite 22-31 und 29 Seite 35-45). So zeigten sich auffällige Verhaltensweisen, die offenbar konstant geblieben seien und auch im privaten Bereich eine Rolle spielten. Demnach könne immer mehr die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bestätigt werden. Es zeigten sich auffällige narzisstische, zwanghafte und mögliche infantile Züge, allenfalls könnte differenzialdiagnostisch eine neurotische Persönlichkeitsstörung in Erwägung gezogen werden. Es bestehe auch weiterhin eine depressive Störung in etwas mittelschwerem Ausmass, wobei sich teilweise die Störung verändern lasse. Immerhin könne während der Hospitalisation eine deutliche Besserung erzielt werden, die allerdings nicht anhalte. Sobald der Explorand unter eine stärkere Belastung gerate, nähmen auch die depressiven Symptome wieder zu. Er regrediere dabei zunehmend und müsse wieder vermehrt umsorgt werden. Er befinde sich wieder auf

der Stufe eines Kindes, wo es ihm nicht gelinge, genügend Verantwortung zu übernehmen. Es bestehe immer noch eine Körperschmerzstörung mit multiplen Beschwerden mit auch hypochondrischer Selbstbeobachtung. Auch bestehe eine dauernde Angst davor, mit den körperlichen Beschwerden nicht ernst genommen und verstanden zu werden; er selbst habe grosse Mühe damit, einen geeigneten Umgang zu finden, was sicher teilweise auch mit seinen zwanghaften Verhaltenszügen zusammenhänge. Eine relevante Verschlechterung und Veränderung könne seit 2011 jedoch nicht festgestellt werden. Im Weiteren äusserte sich Dr. med. L._____ zu den Försterkriterien: Es könne angenommen werden, dass eine psychische Komorbidität im Sinne einer depressiven Störung bestehe, die etwa mittelschwer sei. Bezüglich der körperlichen Begleiterkrankungen verweist Dr. med. L._____ auf die somatische Teilbegutachtung. Es bestehe nun ein mehrjähriger und chronifizierter Krankheitsverlauf, der zwar zeitweise im stationären Rahmen etwas gebessert habe, doch nicht anhaltend genug sei, insbesondere könne keine Rückbildung erzielt werden. Es bestehe zwar nicht ein ausgesprochener sozialer Rückzug in allen Lebenslagen, doch beständen nur wenige soziale Kontakte, vor allem im familiären Kreise und zu einem Kloster. Es sei mit grosser Wahrscheinlichkeit von einem verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren Verlauf auszugehen, möglicherweise im Rahmen einer Konfliktbewältigung mit primärem Krankheitsgewinn, es zeigten sich Hinweise auf einen sekundären Krankheitsgewinn, indem der Explorand verschiedentlich umsorgt werde. Die bisherigen ambulanten und stationären Massnahmen könnten nur teilweise und vorübergehend eine Besserung erbringen, doch nicht in dauerhaftem Ausmass. Deshalb sei abschliessend von einem Scheitern auszugehen.

E. 4.2.1.3

Dr. med. O._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie (IV-act. 119 Seite 18-26), führte am 12. November 2013 die orthopädische Teilbegutachtung durch. In seiner Beurteilung nahm er auch auf die Diagnosen des behandelnden Rheumatologen Dr. P._____ aus (...) Bezug. Der behandelnde Rheumatologe gehe von einer entzündlichen Veränderung der Intervertebral-Gelenke zwischen C2 und C5 aus, wobei er nicht zwischen einem reinen rheumatischen Leiden und einem postinfektiösen Leiden unterscheide. Wechselweise verwende er die Beschreibung einer aseptischen Osteitis oder einer Osteoarthritis. Nach Durchsicht der Akten und insbesondere auch die vom Versicherten mitgebrachten bildgebenden Untersuchungen, beschreibt Dr. med. O._____ die intervertebralen Veränderungen eher als erosive degenerative Veränderungen. Wie er weiter ausführt, könnten diese beschriebenen Veränderungen möglicherweise analog den Aussagen des französischen Rheumatologen verstanden werden. Dennoch könne er aufgrund der Anamnese und der Klinik die postulierten Aussagen im Attest vom 2. März 2012 (IV-act. 119 Seite 71) von Dr. P._____ über eine postinfektiöse Affektion der HWS nicht unterstützen. Zur Beurteilung der körperlichen Belastbarkeit ist gemäss Dr. med. O._____ in erster Linie der erhobene klinische Befund massgebend und hierbei sei die relativ frei bewegliche Halswirbelsäule auffallend, wenn sich der Versicherte nicht beobachtet fühle. Die kräftige Schulter-Nackenmuskulatur sei im Wesentlichen nicht verspannt, ebenso sei die Palpation (Anm. Untersuchung durch Betasten) nicht besonders schmerzhaft gewesen. Der Leidensdruck der Untersuchung sei, mit Ausnahme der unvermuteten Weinkrämpfe, relativ bland. Frei beweglich sei der lumbosacrale Übergang. Ungünstig wirke sich die Adipositas per magna auf den Bewegungsapparat aus. Die vom Versicherten erwähnte Verdachtsdiagnose einer Fibromyalgie lasse sich, bezogen auf die Kriterien des American College of Rheumatology 2010 nicht nachvollziehen, da die

Schmerzausweitung und die Schmerzintensität diesen Kriterien nur zum Teil entsprechen würden.

E. 4.2.1.4

In der Gesamtbeurteilung vom 26. November 2013 (IV-act. 119 Seite 27-30) legten die Begutachter die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest: Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F 32.1) Verdacht auf Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und anankastischen Zügen (ICD-10 F 61 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4) Chronisches cervicovertebrales, myofaszial betontes Schmerzsyndrom o Erosive degenerative Veränderungen der Intervertebral-Gelenke von C2-C5 (MRT vom 26.01.2012) Lumbovertebral-Syndrom o Präsacrale Discopathien (MRT) In der gemeinsamen Beurteilung vom 26. November 2013 (IV-act. 119 Seite 1-30) hielten die Begutachter bezüglich Arbeitsfähigkeit fest, dem Versicherten seien Arbeiten in der angestammten Tätigkeit weiterhin nicht zumutbar. In einer leichten bis intermittierend mittelschweren, einfach strukturierten Tätigkeit bestehe nach wie vor eine Arbeitsfähigkeit zu 50 %.

E. 4.2.2

Gestützt auf das eben erwähnte polydisziplinäre Gutachten sowie die medizinischen Würdigungen durch Dr. med. M._____, Facharzt Psychiatrie/Psychotherapie, RAD, vom 29. November 2013 (IV-act. 121) und 28. Januar 2014 (IV-act. 126) teilte die IV-Stelle E._____ dem Versicherten am 5. Februar 2014 (IV-act. 130) vorbescheidswise mit, dass das Gesuch um Erhöhung der Rentenleistungen abgewiesen werde.

E. 4.2.3

In der Zeit zwischen dem ersten Vorbescheid vom 5. Februar 2014 (IV-act. 130) und dem zweiten Vorbescheid vom 1. März 2017 (IV-act. 223) durch die IV-Stelle war der Versicherte viermal in stationärer psychiatrischer Behandlung in der Clinique N._____ in (...), Frankreich (24. Februar - 17. April 2014, IV-act. 136; 11. Dezember 2014 - 29. Januar 2015, IV-act. 153; 13. November - 17. Dezember 2015, IV-act. 179; 12. Oktober - 1. Dezember 2016, IV-act. 217).

E. 4.2.4

Bis zum Erlass des zweiten Vorbescheids vom 1. März 2017 (IV-act. 223) wurde der Versicherte diverse Male durch verschiedene Spezialisten untersucht, die zum Teil zu divergierenden Befunden gelangten. Im Gegensatz zur psychiatrischen Begutachtung vom 14. Oktober 2013 durch Dr. med. L._____, FMH für Psychiatrie & Psychotherapie (IV-act. 119 Seite 11-18), welche eine mittelgradige depressive Episode attestierte, kommt Dr. Q._____, Psychiater, Clinique N._____, im Austrittsbericht vom 10. Mai 2014 (IV-act. 136) zur Feststellung, dass im Verlauf des Klinikaufenthalts keine depressiven Symptome mehr feststellbar seien, jedoch erwähnte er auch ein gewisses demonstratives Verhalten des Versicherten, welches in der Beurteilung durch den RAD-Arzt als Aggravation interpretiert wurde (IV-act. 143 Seite 3). Im Übrigen diagnostizierte Dr. Q._____ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. In der Stellungnahme vom 3. September 2014 bestätigte Dr. med. L._____, FMH für Psychiatrie & Psychotherapie vom (IV-act. 142) mit Bezugnahme auf den Klinikbericht (Clinique N._____) seinen bereits in seinem Teilgutachten vom 14. Oktober 2013 (IV-act. 119 Seite 11-18) geäußerten Verdacht einer Persönlichkeitsstörung. Im Rahmen einer solchen Persönlichkeitsstörung könnten auch Verstimmungszustände auftreten. Auch wenn der

Klinikbericht keine relevante depressive Symptomatik attestiere, so würden doch auffällige Verhaltenszüge erwähnt, die gemäss seiner Annahme als depressive Zustände im Rahmen der Persönlichkeitsproblematik zu interpretieren seien. Daher sei auch aufgrund des sehr labilen psychischen Zustands weiterhin keine verantwortungsvolle Tätigkeit möglich. Es sei aber offensichtlich nicht von einer dauerhaften Einschränkung durch eine depressive Störung auszugehen und daher sei die Einschätzung gemäss polydisziplinären Gutachtens zur Arbeitsfähigkeit dahingehend zu korrigieren, dass bei einer adaptierten Tätigkeit, ohne Übernahme von Verantwortung und ohne Zeitdruck, von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei.

E. 4.2.5

Aufgrund der unterschiedlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. L._____, FMH für Psychiatrie & Psychotherapie, im psychiatrischen Teilgutachten vom 14. Oktober 2013 (IV-act. 119 Seite 11-18) und seiner weiteren Stellungnahme vom 3. September 2014 (IV-act. 142) empfahl Dr. med. M._____, Facharzt Psychiatrie/Psychotherapie, RAD, mit Stellungnahme vom 29. September 2014 (IV-act. 143), ein weiteres psychiatrisches Gutachten einzuholen und dabei insbesondere die Frage zu klären, ob seit der polydisziplinären Begutachtung vom April 2011 in psychiatrischer Hinsicht eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustands oder der Arbeitsfähigkeit eingetreten sei.

E. 4.2.6.1

Gemäss psychiatrischem Gutachten von Prof. Dr. med. R._____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, S._____, GmbH, (...) vom 22. Juni 2015 (IV-act. 164) wurden als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) sowie eine histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4) genannt. So seien bei somatoformen Störungen deutliche Symptome von Depressionen und Angst häufig, die eine spezifische Behandlung erfordern können. Im Weiteren bestehe seit der Jugendzeit Hinweise auf eine histrionische Persönlichkeitsstörung (Anm. Form der spezifischen Persönlichkeitsstörung, die gekennzeichnet ist durch dramatische Selbstdarstellung, theatralisches Verhalten, situationsabhängige Affektivität und übertriebenen Gefühlsausdruck gemäss < <https://www.psychyrembel.de/histrionische%20Pers%C3%B6nlichkeitsst%C3%B6rung/KOG-PK/doc/> >; abgerufen am 12. Juli 2018). So dramatisiere der Versicherte bezüglich der eigenen Person, sei theatralisch und übertrieben im Ausdruck seiner Gefühle. Seine Beschwerdeschilderung sei egozentrisch und er nehme wenig Bezug auf andere. Er sei auch sehr kränkbar und vermittele einen infantilen Eindruck. Dies sei begründet durch eine niedrig normale Intelligenz, die wahrscheinlich wenige Ressourcen für andere Lösungen bzw. Konfliktbewältigung zur Verfügung stelle. Mit Bezugnahme auf allfällige divergierende Diagnosen anderer Ärzte und Institutionen führt Prof. Dr. med. R._____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, in ihrer Begutachtung sei kein relevanter Unterschied mit den Vorgutachtern zu finden. Obwohl in den Gutachten stets theatralisches Verhalten beschrieben worden sei (vgl. z.B. Bericht vom 10. Mai 2014 von Dr. Q._____, Psychiatrie, Clinique N._____, IV-act. 136, der das theatralische Aufschlagen mit dem Kopf auf den Schreibtisch beschreibt), seien eher narzistische Persönlichkeitszüge vermutet worden. Sowohl der Hausarzt als auch die Vorgutachter sowie der behandelnde Psychiater diagnostizierten eine affektive Störung des ängstlichen bzw. depressiven Typs, dies im Gegensatz zur Clinique N._____, in der er wiederholt

stationär beobachtet worden sei. Daher sei eher nicht von einer affektiven Störung auszugehen.

E. 4.2.6.2

Bezüglich der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit hält Prof. Dr. med. R. _____ fest, der Versicherte sei in qualitativer als auch quantitativer Hinsicht aufgrund der festgestellten Störungen massiv regrediert, deshalb sei davon auszugehen, dass er mit (passivem) Widerstand auf Bemühungen, ihn zur Arbeit zu bewegen, reagieren würde. In der Begutachtung seien neben der Verhaltensauffälligkeit auch Defizite in der Leistungsfähigkeit diagnostiziert worden, die sich im Bereich von Aufmerksamkeit, psychomotorischer Geschwindigkeit, kognitiver Flexibilität und Arbeitsgedächtnis zeigten. Dabei gelte es zu beachten, dass die zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit mit der geringen Intelligenz vereinbar gewesen sei. In der angestammten Tätigkeit sei er weiterhin zu 100% arbeitsunfähig. Eine Arbeitsfähigkeit sei jedoch weiterhin in einer leichten Verweistätigkeit von 50% möglich.

E. 4.2.6.3

Hinsichtlich medizinischer Massnahmen hält Prof. Dr. med. R. _____ fest, dass die medizinische Behandlung durch medizinische Diagnosen und Informationen erschwert würden. Im Weiteren müsse die Behandlung psychosomatisch ausgerichtet sein, wobei wegen der geringen intellektuellen Belastbarkeit Grenzen für eine Psychotherapie vorliegen würden. Zusammenfassend hielt Prof. Dr. med. R. _____ fest, es sei seit der Begutachtung im April 2014 in Bezug auf die Beschwerdesymptomatik und die daraus resultierende Beeinträchtigung von keiner wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes in psychiatrischer Hinsicht auszugehen. Diese Beurteilung überzeugt: Sie fusst auf einer eingehenden Würdigung der Vorakten, ausführlicher Anamneseerhebung, einer eingehenden Befundung, äussert sich widerspruchsfrei und einleuchtend zu den Diagnosen, codiert diese, diskutiert überzeugend den Verlauf der Erkrankung und abweichende fachärztliche Beurteilungen und schliesst überzeugend auf eine zumutbare Restarbeitsfähigkeit von 50 % in angepasster Tätigkeit.

E. 4.2.6.4

Gemäss Stellungnahme vom 25. Juni 2015 kommt Dr. med. M. _____, Facharzt Psychiatrie/Psychotherapie, RAD (IV-act. 166), mit Bezugnahme auf die Begutachtung von Prof. Dr. med. R. _____ vom 22. Juni 2015 (IV-act. 164), zur Schlussfolgerung, die Persönlichkeitsstörung habe sich nun manifestiert, indem sie die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Mit der Persönlichkeitsstörung liege eine Komorbidität zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung vor, die im Weiteren mit der im Jahre des Erstentscheids 2011 festgestellten Depressivität gleichwertig sei.

E. 4.2.6.5

In einer weiteren Stellungnahme vom 15. Oktober 2015 nimmt Dr. med. M. _____, Facharzt Psychiatrie/Psychotherapie, RAD (IV-act. 170), die inzwischen vom Bundesgericht geforderte Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 E. 3-5 zur Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit vor, auf die folgend eingegangen wird. 4.2.6.5.1 Zum Komplex "Gesundheitsschädigung" führte Dr. med. M. _____, Facharzt Psychiatrie/Psychotherapie, RAD (IV-act. 170 Seite 3/8), zur Beurteilung von Ausprägung und Schwere der diagnoserelevanten Befunde (histrionische Persönlichkeitsstörung und anhaltende somatoforme Schmerzstörung) aus, dass sich die histrionische

Persönlichkeitsstörung in einer verminderten Anpassungsfähigkeit in sozialen Situationen äussere, dies bisweilen in dysfunktionalen Verhaltensweisen. Beim Versicherten zeigten sich in der Untersuchung imponierende wechselnde Affektlage und wechselnde Affektreaktionen, bisweilen dramatisierende Ausdrucksweisen, die in Zusammenhang mit der Selbstwertproblematik einhergingen. Beim Versicherten liege zudem eine hohe subjektive Behinderungseinschätzung vor, eine seit längerem dauernde Arbeitskarenz und es bestehe eine Diskrepanz zwischen der subjektiven Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, und den objektiven Befunden, die mässig ausgeprägt seien. Dennoch habe sich die histrionische Persönlichkeitsstörung im Laufe des Lebens entwickelt und in den vergangenen Jahren ein Ausmass angenommen, welches die Arbeitsfähigkeit insbesondere in der angestammten Tätigkeit als Koch erheblich beeinträchtigt, indessen eine Verweistätigkeit mit einem Teilzeitpensum weiterhin erlaube. Zum Gesichtspunkt der Komorbiditäten erwähnte Dr. med. M._____, Facharzt Psychiatrie/Psychotherapie, RAD (IV-act. 170 Seite 3), dass die Wechselwirkung zwischen den erhobenen Diagnosen in Bezug auf die funktionellen Auswirkungen in allen Lebensbereichen gemäss Gutachten des H._____, vom 26. November 2013 (IV-act. 119 Seite 1-30) eine Beschäftigung für den Versicherten in der angestammten Tätigkeit nicht mehr zumutbar mache, sondern nur noch eine Teilarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit vorliege. 4.2.6.5.2 Zum Komplex "Persönlichkeit" erwähnte Dr. med. M._____ (IV-act. 170 Seite 4/8) gemäss Beschreibung des Versicherten lebe dieser in einer guten Ehe, es bestehe ein sozialer Rückhalt, zudem fahre er Auto. Die Fähigkeit, Autofahren zu können, spreche dafür, dass der Versicherte in der Lage sei, sich zu konzentrieren, über eine lange Zeit aufmerksam zu sein und umsichtig zu reagieren, sich den äusseren Umständen im Verkehr laufend anzupassen, und sich an sämtliche Regeln und Vorschriften des Strassenverkehrs anzupassen, aber auch diese Regeln und Vorschriften zu memorieren. 4.2.6.5.3 Zum Komplex "Sozialer Kontext" beschrieb Dr. med. M._____ (IV-act. 170 Seite 4/8) den Tagesablauf gemäss Gutachten (Anamneseerhebung) von Prof. Dr. med. R._____ (IV-act. 164). Der Versicherte kümmere sich um das Kind, bereite die Mahlzeiten vor und verbringe die Nachmittage mit Freunden, Nachbarn, dem Kinde sowie oft auch mit seiner Frau. Daraus werde ersichtlich, dass ein recht strukturierter und ausgefüllter Alltag bestehe, es bestehe folglich ein sozialer Rückhalt. Gemäss Stellungnahme des RAD-Arztes stimme dies gut mit der Restarbeitsfähigkeit von 50 % in einer Verweistätigkeit überein. 4.2.6.5.4 Zum Komplex "Konsistenz" erwähnte Dr. med. M._____ (IV-act. 170 Seite 4) einerseits die Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in den verschiedenen vergleichbaren Lebensbereichen, in denen gewisse Diskrepanzen bestünden. So fühle sich der Versicherte nicht in der Lage, irgendeine bestimmte berufliche Tätigkeit auszuüben, hingegen seien die medizinischen Befunde nur mässig ausgeprägt und die Funktionsfähigkeit im Alltag in vielen Bereichen erhalten geblieben. Zudem könne er sich zuverlässig um den Sohn (geboren am 23.08.2012) kümmern und fahre Auto. Dass der Versicherte die 50%ige Arbeitsfähigkeit in einem angepassten Rahmen im Zuge der Eingliederungsbemühungen nicht realisieren können, stelle eine Diskrepanz dar, die medizinisch nicht zu begründen sei. Andererseits befasste sich der RAD-Arzt auch mit der Konsistenz hinsichtlich des Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks. Der Versicherte sei in regelmässiger psychotherapeutischer Behandlung, in den Gutachten seien Verbesserungsvorschläge gemacht worden, doch könne aus den Akten nicht entnommen werden, ob die Behandlungen fachgerecht ausgeführt würden. Ob jedoch durch die Verbesserungsvorschläge in der Therapie auch die Arbeitsfähigkeit wesentlich

gesteigert werden könnte, sei fraglich. Gesamthaft müssten die verbleibenden Therapieoptionen als eher begrenzt angesehen werden. Auch wenn ein gewisses Optimierungspotential in der Therapie bestehe, könne nicht von einer Vernachlässigung der therapeutischen Optionen gesprochen werden. 4.2.6.5.5 Abschliessend hält Dr. med. M._____ (IV-act. 170 Seite 7) fest, dass im Lichte der BGE-Praxisänderung und nach erfolgter Analyse der Standardindikatoren aus medizinischer Sicht abschliessend davon ausgegangen werden könne, dass die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei, da sich bei dem Versicherten keine ausreichenden Ressourcen abbilden würden, die eine volle Arbeitsfähigkeit begründeten. Hingegen sei dem Versicherten trotz der histrionischen Persönlichkeitsstörung und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine 50%ige Arbeitstätigkeit in leichter Verweistätigkeit ohne Zeitdruck und ohne erhöhte Verantwortung zumutbar. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit werde auf der Grundlage des polydisziplinären Gutachtens H._____ vom 26. November 2013 (IV-act. 119 Seite 1-30) und des Gutachtens von Prof. Dr. med. R._____ (IV-act. 164) eingeschätzt. Aufgrund der histrionischen Persönlichkeitsstörung seit längerem eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Koch in Zentralküche bestehe sowie eine 50%ige Arbeitstätigkeit in leichter Verweistätigkeit ohne Zeitdruck und ohne erhöhte Verantwortung.

E. 4.3.1

Der Beweiswert der relevanten medizinischen Unterlagen (hiervor E. 4.2), welche der Verfügung der Vorinstanz vom 2. Mai 2017 zu Grunde lagen, zeichnen sich insgesamt nachvollziehbar und glaubwürdig aus (vgl. E. 3.5.2 hiervor). Dies trifft insbesondere auf die zahlreichen Stellungnahmen von Dr. med. M._____, Facharzt Psychiatrie/Psychotherapie, RAD, zu (vgl. Stellungnahmen vom 19. September 2012 [IV-act. 83], 27. Januar 2014 [IV-act. 125], 28. Januar 2014 [IV-act. 126], 6. Juni 2014 [IV-act. 138], 29. September 2014 [IV-act. 143], 25. Juni 2015 [IV-act. 166], 15. Oktober 2015 [IV-act. 170], 2. März 2016 [IV-act. 186], 24. August 2016 [IV-act. 203], 30. Januar 2017 [IV-act. 222] sowie vom 10. April 2017 [IV-act. 227]). In diesen Stellungnahmen würdigte der RAD-Facharzt regelmässig eingehend und detailliert die zahlreichen eingebrachten Arztberichte der behandelnden Ärzte des Versicherten in Frankreich. So unterlasse es beispielsweise Dr. med. P._____, Rheumatologe, in seinem Bericht vom 7. März 2017 (IV-act. 224 Seite 11), neue Befunde, Beschwerden oder anderweitige Argumente geltend zu machen, die eine massgebliche Verschlechterung begründen oder die Unrichtigkeit der gutachterlichen Einschätzung von Dr. med. O._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie (i.w. Chronisches cervicovertebrales, myofaszial betontes Schmerzsyndrom sowie Lumbovertebral-Syndrom gemäss IV-act. 119 Seite 18-26), belegen würden. Im Weiteren würde der Vergleich der psychopathologischen Befunde im zeitlichen Ablauf zeigen, dass mit einer geringen Variabilität stets die gleichen Symptome vorherrschend seien, wie die dysfunktionalen persönlichkeitsbedingten Verhaltensweisen, das erschwerte Coping mit den Schmerzen sowie depressive Reaktionen und Gedankeninhalte. Übereinstimmend mit den Aussagen von Prof. Dr. med. R._____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. Juni 2015 (IV-act. 164) gibt Dr. T._____, Psychiater, (...) (IV-act. 224 Seite 5), in seinem Bericht vom 11. März 2017 an, dass die psychischen Beschwerden des Versicherten seit langer Zeit unverändert seien. Zwar mache Dr. T._____ geltend, dass der Versicherte nicht arbeiten könne, doch differenziere er nicht zwischen angestammter Tätigkeit und Verweistätigkeit. In angestammter Tätigkeit sei bereits eine vollständige dauerhafte Arbeitsunfähigkeit attestiert

worden, wie dies insbesondere auch aus dem Gutachten von Prof. Dr. med. R. _____ vom 22. Juni 2015 hervorgehe. Daher liessen die seit Jahren unveränderten medizinischen Befunde und der unveränderte Gesundheitszustand es nicht zu, ohne plausible Gründe eine von den Abklärungen deutlich abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten vorzunehmen. Mit dem eben erwähnten letzteren Gutachten konnten allfällige Zweifel an der Würdigung der Diagnoseerhebung und Arbeitsfähigkeitsschätzung ausgeräumt werden.

E. 4.3.2

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das dem angefochtenen Entscheid zugrunde liegende medizinische Gutachten vom 22. Juni 2015 und die ergänzende Stellungnahme vom 29. Januar 2016 sowie die Stellungnahmen des RAD-Arztes auf allseitigen Untersuchungen beruhen, die geklagten Beschwerden berücksichtigten und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sind, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und die Schlussfolgerungen der Expertin begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; BGE 125 V 351 E. 3a). So konnte zwar in diversen Arztberichten und Stellungnahmen nicht immer eine eindeutige Abgrenzung zwischen den Diagnosen Depression bzw. Persönlichkeitsstörung vorgenommen werden; so stand anfänglich vermehrt die Diagnose Depression eigenständig im Vordergrund (z.B. IV-act. 2, IV-act. 81 Seite 5), zur Zeit der angefochtenen Verfügung eher die Persönlichkeitsstörung mit depressiven Episoden (z.B. IV-act. 157, IV-act. 164). Ob allenfalls die Diagnose Depression immer im Hintergrund stand, ist jedoch vorliegend nicht relevant, weil aus Sicht des Gerichts die 50%-ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit in den relevanten Gutachten (polydisziplinäres Gutachten H. _____, psychiatrisches Gutachten und Stellungnahmen des RAD-Facharztes) überzeugend hergeleitet und gewürdigt wurde (vgl. E. 4.2.1, E. 4.2.6.2 und E. 4.2.6.5.5 hiervor).

E. 4.4

Dass der Versicherte die 50%ige Arbeitsfähigkeit in einem angepassten Rahmen im Zuge der Eingliederungsbemühungen nicht realisieren konnte, stellt gemäss Stellungnahme des RAD-Facharztes eine Diskrepanz dar, die medizinisch nicht zu begründen sei (E. 4.2.6.5.5 hiervor). Aus dem Abschlussbericht vom 13. Juli 2012 zu den beruflichen Massnahmen (IV-act. 70) ist zu entnehmen, dass es dem Versicherten nicht möglich war, die Arbeitszeit von vier auf fünf Tage zu erhöhen. Daraufhin wurden, gemäss Mitteilung der IV-Stelle E. _____ vom 19. Juli 2012 (IV-act. 72), die beruflichen Massnahmen mit der Begründung abgeschlossen, der Versicherte sehe sich aus gesundheitlichen Gründen nicht massnahmefähig. Es liegt somit subjektiv kein Eingliederungswille vor. Gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung lassen sich aus der Eingliederung im Rechtssinne gewisse Rückschlüsse auf den Schweregrad der Gesundheitsschädigung ziehen. Denn so wie die zumutbare ärztliche Behandlung die versicherte Person als eine Form von Selbsteingliederung in die Pflicht nimmt, hat sich jene in beruflicher Hinsicht primär selbst einzugliedern und, soweit angezeigt, hat sie an entsprechenden Eingliederungs- und Integrationsmassnahmen (Art. 8 f., Art. 14 ff. IVG) teilzunehmen. Fallen solche Massnahmen nach ärztlicher Einschätzung in Betracht, bietet die Durchführungsstelle dazu Hand und nimmt die rentenansprechende Person dennoch nicht daran teil, gilt dies als starkes Indiz für eine nicht invalidisierende Beeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2).

E. 5

Abschliessend ist noch der von der Vorinstanz errechnete Erwerbsvergleich zu überprüfen.

E. 5.1

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b; ZAK 1990 S. 518 E. 2). Gemäss BGE 129 V 222 E. 4.1 und 4.2 sind für den Einkommensvergleich die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind. Mittels Aufindexierung der Einkommen kann die zeitidentische Grundlage erreicht werden.

E. 5.2.1

Aufgrund der Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin (IV-act. 79 Seite 31) hätte - gemäss Berechnungen der Vorinstanz (IV-act. 229) - der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 3.1 % im Sektor G (Handel) gemäss Bundesamt für Statistik (BFS) T1.1.10 Nominallohnindex Männer 2011-2015 ein Valideneinkommen von Fr. 62'860.- (Fr. 4'690 x 13 + 3.1 %) erzielen können.

E. 5.2.2

Die Vorinstanz hat unter Berücksichtigung einer ganztägigen Verweistätigkeit mit zumutbarem Belastungsprofil (leichte bis intermittierend mittelschwere, einfach strukturierte Tätigkeit) ein jährliches Einkommen von Fr. 29'994.- errechnet (IV-act. 229). Dabei stützte sich die Vorinstanz auf Angaben der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik 2014, Tabelle TA1_tsl, Privater Sektor total, Anforderungsniveau 1, Spalte Männer. Dies ergibt ein monatliches Einkommen von Fr. 5'312.-, basierend auf 40 Wochenstunden. Dieser Betrag wurde an die Nominallohnentwicklung von 0.3 % (BFS T1.1.10 Nominallohnindex Männer 2011-2015) und unter Umrechnung auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden angepasst und auf 12 Monate aufgerechnet. Dadurch ergibt sich ein jährliches Einkommen von Fr. 66'652.-. Nach Gewährung des Leidensabzugs von 10 % (Fr. 6'665.-) und Umrechnung auf das zumutbare Arbeitspensum ergibt das ein jährliches Einkommen von Fr. 29'994.-.

E. 5.3

Der Einkommensvergleich ergibt einen Invaliditätsgrad von 52 % (Fr. 62'860 - Fr. 29'994 = Fr. 32'866 = 52 % von Fr. 62'860.-), womit der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine halbe Rente verbleibt.

E. 6

Nach dem Erlass der streitigen Verfügung vom 2. Mai 2017 wurden vom Beschwerdeführer weitere Arztberichte eingereicht, mit denen eine weitere Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes geltend gemacht wird. Eine Verschlechterung der Gesundheit trat gemäss Bericht der Clinique N. _____ vom 11. September 2017 (B-act. 10 Beilage 7) insoweit auf, als bei der bisherigen Diagnose mittelgradige Depression (ICD-10 F32.1) nun auf eine schwere Depression (ICD-10 F32.2) geschlossen wird. Diese Unterlagen werden daher mit dem vorliegenden Urteil der Vorinstanz weitergeleitet, damit ein erneuter Revisionsanspruch geprüft werden kann (i.S.v. E. 3.2.2 hiervor). Ebenso geht aus den Akten hervor, dass der Beschwerdeführer am 23. August 2012 Vater eines Sohnes (IV-act 119 Seite 5) geworden ist. Im Rahmen des erneuten Revisionsanspruchs ist die Vorinstanz angehalten im Sinne der Aufklärungspflicht von Durchführungsorganen gemäss Art 27 Abs. 1 ATSG, den allfälligen Anspruch auf eine Kinderrente zu prüfen.

E. 7

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Vorinstanz das Gesuch des Beschwerdeführers um Erhöhung der Rente zurecht abgewiesen hat. Die angefochtene Verfügung vom 2. Mai 2017 erweist sich demnach als rechters, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde vom 23. Mai 2017 als unbegründet abzuweisen ist. Insoweit mit Bericht vom 11. September 2017 eine Verschlechterung geltend gemacht, ist die Sache als Revisionsgesuch an die Vorinstanz zu überweisen.

E. 8

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 8.1

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 800.- festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

E. 8.2

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist entsprechend dem Verfahrensausgang keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

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