

# **BVGer C-3423/2014 vom 20. Juli 2017**

Bundesverwaltungsgericht, 2017-07-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3423\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3423_2014)

FR: TAF C-3423/2014 du 20 juillet 2017

IT: TAF C-3423/2014 del 20 luglio 2017

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 des VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA.

### **E. 1.2**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

### **E. 1.3**

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Verfügung der IVSTA vom 19. Mai 2014. Der Beschwerdeführer ist als Adressat durch diese Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG). Die Beschwerde wurde fristgemäss (IVSTA-act. 66; Art. 60 Abs. 1 ATSG) und formgerecht (Art. 52 Abs. 1 und 2 VwVG) eingereicht. Damit ist auf die Beschwerde einzutreten, nachdem der Beschwerdeführer aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege keinen Kostenvorschusses zu leisten hat.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes sowie Unangemessenheit des Entscheides rügen (Art. 49 VwVG).

### **E. 2.2**

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). Es kann 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. BVGE 2009/65 E. 2.1).

### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer ist kosovarischer Staatsangehöriger und seit dem Jahre 2010 wieder im Kosovo wohnhaft. Das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der (ehemaligen) Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung vom 8. Juni 1962 (SR 0.831.109.818.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) ist ab dem 1. April 2010 nicht weiter auf kosovarische Staatsangehörige anwendbar (BGE 139 V 263). Dies hat namentlich zur Folge, dass IV-Renten von Staatsangehörigen des Kosovos, die für den Zeitraum nach dem 31. März 2010 zugesprochen werden, gemäss Art. 6 Abs. 2 Satz 2 IVG nicht mehr ins Ausland exportierbar sind. Sie werden nurmehr innerhalb der Schweiz gewährt. Die laufenden Renten geniessen demgegenüber gemäss Art. 25 des Sozialversicherungsabkommens den Besitzstand (BGE 139 V 335 E. 6.1).

### **E. 3.2**

Gemäss dem Grundsatz, wonach in zeitlicher Hinsicht regelmässig diejenigen Rechtssätze heranzuziehen sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E.3.1.1; Urteil des BGer 8C\_606/2011 vom 13. Januar 2012 E. 3.1), bildet für die Frage, ob das für Angehörige der heutigen Republik Kosovo per Ende März 2010 ausser Kraft gesetzte Sozialversicherungsabkommen weiterhin zur Anwendung gelangt, die Entstehung des IV-Rentenanspruchs den massgebenden Anknüpfungspunkt (BGE 139 V 335 E. 6.2; Urteil des BGer 9C\_793/2013 vom 27. März 2014 E. 3.2).

### **E. 3.3**

Vorliegend wurde dem Beschwerdeführer die strittige IV-Rente am 27. Mai 2002 zugesprochen und der entsprechende IV-Anspruch entstand am 1. September 2001 (IV-BL-act. 13). Da die Entstehung des IV-Rentenanspruchs somit vor Ende März 2010 erfolgt ist, gelangt vorliegend das besagte Sozialversicherungsabkommen (Art. 25) weiterhin zur Anwendung. Nach Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenrente gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Sozialversicherungsabkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Demnach beantwortet sich die Frage, ob die Vorinstanz die Invalidenrente des Beschwerdeführers zu Recht aufgehoben hat, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 1, 2 und 4 des Sozialversicherungsabkommens).

### **E. 3.4**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). In Bezug auf den massgeblichen Sachverhalt ist folglich auf den 19. Mai 2014 abzustellen. Weiter finden jene schweizerischen

Rechtsvorschriften Anwendung, die zu diesem Zeitpunkt 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). Da mit der angefochtenen Verfügung der Rentenanspruch des Beschwerdeführers für die Zukunft aufgehoben wurde, sind bei deren Erlass bereits ausser Kraft getretene Vorschriften nicht von Belang.

#### **E. 4.1**

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

##### **E. 4.1.1**

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 bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes revidierbar (BGE 134 V 131 E. 3 mit Hinweisen). Dagegen ist die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes, namentlich des Gesundheitsschadens oder auch der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit, unerheblich (BGE 112 V 371 E. 2b mit Hinweisen; Sozialversicherung Rechtsprechung [SVR] 2006 IV Nr. 45 E. 2; 2004 IV Nr. 5 E. 3.3, 3.4; 1996 IV Nr. 70 E. 3a; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 17 Rz. 26). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil der versicherten Person (BGE 135 V 201 E. 6.1.1 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 115 V 308 E. 4a/dd).

##### **E. 4.1.2**

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 Gesundheitszustandes) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Unter einer Sachverhaltsabklärung im Sinne von BGE 133 V 108 muss eine Abklärung verstanden werden, die - wenn sie inhaltlich zu einem anderen Ergebnis führt - geeignet ist, eine Rentenerhöhung, -herabsetzung oder -aufhebung zu begründen (Urteil des BGer 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 6.2).

#### **E. 4.2**

Nach Bst. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (IV-Revision 6a; nachfolgend: SchlBest. IVG) werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Diese Bestimmung wurde höchstrichterlich als verfassungs- und EMRK-konform beurteilt (BGE 139 V 547). Sie findet laut Bst. a Abs. 4 SchlBest. IVG

keine Anwendung auf Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen. Mit BGE 140 V 197 E. 6.2.3 klärte das Bundesgericht die Frage der Anwendbarkeit der Schlussbestimmung in Fällen mit sowohl syndromalen wie nichtsyndromalen Beschwerden (vgl. zum Ganzen auch Urteil des BGer 9C\_121/2014 vom 3. September 2014 [SVR 2014 IV Nr. 39] E. 2.4 ff.).

#### **E. 4.3**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

#### **E. 4.4**

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG 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). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht ein Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50%, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG), soweit nicht völkerrechtliche Bestimmungen eine abweichende Regelung vorsehen, was vorliegend nicht der Fall ist. Vielmehr sieht Art. 8 Bst. e des erwähnten Sozialversicherungsabkommens ausdrücklich vor, dass ordentliche (schweizerische) Invalidenrenten für Versicherte, die weniger als zur Hälfte invalid sind, jugoslawischen (bzw. unter Umständen auch kosovarischen) Staatsangehörigen nur gewährt werden, solange sie ihren Wohnsitz in der Schweiz haben.

#### **E. 4.5**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind

die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

#### **E. 4.5.1**

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. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

#### **E. 4.5.2**

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). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen medizinischen Beurteilung als Bericht, Gutachten oder Stellungnahme (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

#### **E. 4.5.3**

Versicherungsexterne Gutachten haben vollen Beweiswert, wenn sie den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen und nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465; 125 V 351 E. 3b/bb). Werden solche Expertisen demnach durch anerkannte Spezialärztinnen und -ärzte aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstattet und gelangen diese Arztpersonen bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen, so kommt diesen Gutachten volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 122 V 157 E. 1 c; 104 V 209 E. c; vgl. auch Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, § 25, Rz. 1721).

#### **E. 4.5.4**

Auf Berichte des regionalärztlichen Dienstes (RAD) kann ebenfalls nur abgestellt werden, sofern sie den beweisrechtlichen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen (BGE 137 V 210 E. 1.2.1; 125 V 351 E. 3b/ee). Allerdings sind die Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nur soweit zu berücksichtigen, als auch keine geringen Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.7). Die Ärztinnen und Ärzte des RAD müssen über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Nicht zwingend erforderlich ist jedoch, dass die versicherte Person persönlich untersucht wird. Das Fehlen eigener Untersuchungen vermag daher einen

RAD-Bericht für sich alleine nicht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung der erwerblichen Folgen eines bereits feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht, folglich die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteile des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 2.2; 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1, je mit weiteren Hinweisen).

#### **E. 4.5.5**

Bei der Beurteilung von Leistungsansprüchen kann auch auf die formalisierte Berichterstattung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie Spitäler abgestellt werden, da auch diese der freien Beweiswürdigung unterliegen. Sind daher keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich, welche die Glaubwürdigkeit der Atteste eines Hausarztes oder einer Hausärztin zu erschüttern vermögen, ist es unzulässig, deren Angaben bei der Beweiswürdigung unter Hinweis auf ihre Stellung und unter Berufung auf die fachliche Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte einer Universitätsklinik ausser Acht zu lassen (unveröffentlichtes Urteil des EVG [heute: BGer] I 498/89 vom 19. April 1990; Müller, a.a.O., § 25, Rz. 1741, 1747 mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und -ärzten darf und soll das Gericht aber der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt nicht nur für die allgemein praktizierenden Hausärztinnen und -ärzte, sondern auch für die behandelnden Spezialärztinnen und -ärzte (vgl. z.B. Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen).

#### **E. 4.5.6**

Die materiellen (inhaltlichen) Anforderungen an die zu erstattende ärztliche Expertise ergeben sich aus dem im Einzelfall zur Diskussion stehenden Beweisgegenstand in Verbindung mit den darauf bezogenen Fragestellungen. Erscheint dem zuständigen Justizorgan die Schlüssigkeit einer Expertise in wesentlichen Punkten zweifelhaft, hat es nötigenfalls ergänzende Beweise zur Klärung dieser Zweifel zu erheben. Dafür können sich namentlich eine Ergänzung des bestehenden Gutachtens oder die Anordnung eines neuen Gutachtens, allenfalls einer Oberexpertise anbieten. Das Abstellen auf eine nicht schlüssige Expertise im Rahmen der Beweiswürdigung kann Verstösse gegen das Willkürverbot oder gegen die Verfahrensrechte der Parteien nach sich ziehen (vgl. BGE 130 I 337 E. 5.4.2; 129 I 49 E. 4; 118 Ia 144 E. 1c). Welche Art von Gutachten anzuordnen ist (Zweitgutachten [Obergutachten] oder Ergänzungsgutachten), steht im Ermessen des Gerichts (Urteile des BGer 9C\_273/2009 vom 14. September 2009 E. 3.1; 8C\_89/2007 vom 20. August 2008 E. 5.1; 6B\_283/2007 vom 5. Oktober 2007 E. 2).

#### **E. 4.6**

Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Dieser Grad übersteigt einerseits die Annahme einer blossen Möglichkeit bzw. einer Hypothese und liegt andererseits unter demjenigen der strikten Annahme der zu beweisenden Tatsache. Die Wahrscheinlichkeit ist insoweit überwiegend, als der begründeten Überzeugung keine konkreten Einwände entgegenstehen (Kieser, a.a.O., Art. 43 Rz. 50; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70, Rz. 58 ff.).

#### **E. 5**

Streitig und zu prüfen ist die revisionsweise Aufhebung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers.

### **E. 5.1**

Zunächst ist zu klären, von welchem zeitlichen Referenzzeitpunkt für die Prüfung der von der Vorinstanz behaupteten Änderung des Invaliditätsgrades auszugehen ist. Die ursprüngliche (erstmalige) Gewährung der ganzen IV-Rente erfolgte mit rechtskräftiger Verfügung der Vorinstanz vom 27. Mai 2002 (IV-BL-act. 13) insbesondere gestützt auf einen Bericht der Kantonalen Psychiatrischen Klinik in Y.\_\_\_\_\_ (IV-BL-act. 5/5 ff.) und nach erwerblichen Abklärungen (vgl. IV-BL-act. 3) sowie der Durchführung eines Einkommensvergleichs (IV-BL-act. 8, 10). Es fand demnach eine umfassende materielle Anspruchsprüfung statt. In den Jahren 2005 und 2008 überprüfte die IV-Stelle Basel-Landschaft von Amtes wegen den bisherigen Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers (100%) und bestätigte diesen mit formloser Mitteilung vom 22. Februar 2005 (IV-BL-act. 23) und 6. März 2009 (IV-BL-act. 35). Den Akten ist nicht zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer diese Mitteilung beanstandet hätte. Vor deren Erlass holte die IV-Stelle Basel-Landschaft jeweils einen Formular- bzw. Verlaufsbericht beim behandelnden Psychiater (IV-BL-act. 22, 33) bzw. Arzt für Innere Medizin (IV-BL-act. 34) ein. Die entsprechenden ärztlichen Beurteilungen fielen allerdings kurz aus. Weitere, eingehende Abklärungen fanden nicht statt. Den formlosen Mitteilungen aus den Jahren 2005 und 2009 lagen somit keine rechtskonforme Sachverhaltsabklärungen im Sinne der Rechtsprechung zugrunde (vgl. E. 4.1.2). Unter diesen Umständen ist es vorliegend gerechtfertigt, hinsichtlich des Referenzzeitpunkts - in Übereinstimmung mit den Parteien (vgl. BVGer-act. 4 S. 3, 7 S. 2) - auf die ursprüngliche Verfügung vom 27. Mai 2002 abzustellen.

### **E. 5.2**

Streitig und zu prüfen ist im Folgenden, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitraum vom 27. Mai 2002 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 19. Mai 2014 in rentenrelevanter Weise verbessert hat.

#### **E. 5.2.1**

Die ursprüngliche Zusprache der ganzen IV-Rente am 27. Mai 2002 beruhte auf dem Bericht der Kantonalen Psychiatrischen Klinik in Y.\_\_\_\_\_ vom 17. August 2001 (IV-BL-act. 5/5 ff.). Die zuständigen psychiatrischen Ärzte stellten dem Beschwerdeführer gestützt auf die Untersuchung vom 14. August 2001 die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) bestehend seit November/Dezember 1999 Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) bei chronischem Panvertebralsyndrom bestehend seit November 2000. Die medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit beurteilten die zuständigen Ärzte für die vom Beschwerdeführer zuletzt ausgeübte Tätigkeit als LKW-Chauffeur auf 100% ab August 2000 bis auf Weiteres.

##### **E. 5.2.1.1**

Im besagten Bericht wurde erwähnt, dass der Beschwerdeführer gemäss eigenen Aussagen im November/Dezember 1999 in X.\_\_\_\_\_ Zeuge eines schweren Autounfalls mit tödlichem Ausgang für einen Arbeitskollegen gewesen sei. Seither habe sich langsam und schleichend eine Angstsymptomatik bemerkbar gemacht. Im Vordergrund stünden heute eine psychomotorische Unruhe und Agitiertheit, affektiv ein depressives, teils verzweifertes Zustandsbild. Laut Bericht kam es im Verlauf immer wieder zu Angstattacken mit

Schweissausbrüchen, Zittern am ganzen Körper, Vernichtungsgefühl, impulsartig einschliessenden Suizidgedanken sowie Entgleisen der bekannten arteriellen Hypertonie. Das visionäre Empfinden des Beschwerdeführers von toten Menschen und einem schwarzen Hund wurde von den zuständigen Ärzten aber nicht einem psychotischen Erleben zugeordnet, sondern eher mit einem dissoziativen Charakter in Verbindung gebracht. Im erwähnten Bericht wurde der Beschwerdeführer in seinem Erleben als auf seine Angst und Schmerzsymptomatik eingeschränkt beschrieben. Die Ärzte wiesen darauf hin, dass der Beschwerdeführer sich seit dem 7. Dezember 2000 mehr oder minder dauerhaft in stationärer psychiatrischer Behandlung in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik in Y.\_\_\_\_\_ befinde. Dabei stünden psychotherapeutische Massnahmen im Vordergrund. Es wurde berichtet, dass in Kombination mit der medikamentösen Behandlung ein Rückgang des Angstpegels zu verzeichnen sei und ein weiterer Rückgang der depressiven Symptomatik möglich sei. Die Schmerzsymptomatik sei aber weiterbestehend. Der Beschwerdeführer entziehe sich mit Verweis auf die bestehenden Problemkreise immer wieder der Tagesstruktur. Mit Hinweis auf seine Schmerzsymptomatik, die innere Unruhe und Nervosität habe er die Tätigkeiten jeweils wieder abgebrochen. Laut den berichtenden Ärzten war die bisherige Tätigkeit als LKW-Chauffeur aufgrund der beschriebenen Symptomatik daher nicht mehr zumutbar. Aufgrund der Rückenproblematik erachteten sie eine sitzende Tätigkeit, wie sie bei einem LKW-Chauffeur vorliegt, als nicht möglich. Auch aufgrund der Panikattacken und Impulsdurchbrüchen beurteilten sie eine Fortführung der bisherigen Tätigkeit als LKW-Chauffeur nicht als sinnvoll. Aufgrund seiner damaligen Verfassung erachteten die Ärzte den Beschwerdeführer in der Lage, für eine beschränkte Zeitdauer von maximal 4 Stunden täglich in einem geschützten Rahmen zu arbeiten. Eine sitzende Tätigkeit war gemäss ihrer Beurteilung für ihn maximal eine halbe Stunde und eine stehende Tätigkeit nur wenig länger auszuhalten. Eine Arbeit, bei der Gewichte gehoben und Sachen getragen werden müssen, betrachteten sie als nicht mehr sinnvoll. Ein langsames Arbeitstempo in einem geschützten Rahmen wurde befürwortet. Indikationen für berufliche Massnahmen sahen die beurteilenden Ärzte keine.

#### **E. 5.2.1.2**

Dem oben dargelegten Bericht der Kantonalen Psychiatrischen Klinik in Y.\_\_\_\_\_ lagen insbesondere die folgenden medizinischen Unterlagen bzw. Beurteilungen zu Grunde: - Im Austrittsbericht des Kantonsspitals D.\_\_\_\_\_ (Medizinische Universitätsklinik) vom 19. Oktober 2000 (IV-BL-act. 5/13; Hospitalisation: 2. Oktober bis 16. Oktober 2000) wurden die folgenden Diagnosen gestellt: Präsynkope unklarer Ätiologie, arterielle Hypertonie, chronische lumbale Rückenschmerzen, Verdacht auf agitierte Depression mit optischen und akustischen Halluzinationen und Agitiertheit (Differenzialdiagnosen: Belastungssituation, paranoide Schizophrenie), chronischer Nikotinabusus. - Im Austrittsbericht des Kantonsspitals D.\_\_\_\_\_ (Klinik Rehabilitation/Akutgeriatrie) vom 7. Dezember 2000 (IV-BL-act. 5/21 ff.; Hospitalisation: 1. November bis 23. November 2000) erwähnten die Ärzte die folgenden Diagnosen: Chronisches lumbalbetontes Panvertebralsyndrom u.a. mit drohender somatoformer Schmerzstörung und Symptomausweitung, Verdacht auf agitierte Depression mit psychotischen Symptomen bei/mit optischen-, akustischen- und Körperhalluzinationen, Derealisationerscheinungen, Wahrnehmungsstörungen, Angstgefühlen, Nervosität und Durchschlafstörungen (Differenzialdiagnosen: Polymorphe psychotische Störung, Belastungssituation, paranoide Schizophrenie), arterielle Hypertonie. - Das Schädel-CT vom 14. Dezember 2000 wurde im Kantonsspital Y.\_\_\_\_\_ als normal

beurteilt (IV-BL-act. 5/37), ebenso das EEG vom 20. Dezember 2000 (IV-BL-act. 5/38) durch den Neurologen Dr. E. \_\_\_\_\_ in Y. \_\_\_\_\_. - Dr. E. \_\_\_\_\_ kam im neurologischen Konsilium vom 19. Dezember 2000 (IV-BL-act. 5/39) zum Schluss, dass die klinisch-neurologische Untersuchung keine eindeutigen Normabweichungen ergebe, welche die patientenseitigen Beschwerden (Schlafstörungen, Angstträume, anfallartige Halbseitenkopfschmerzen links, episodische Drehschwindelattacken, dauernde Ängste) erklären würden.

### **E. 5.2.2**

Nach der Rentengewährung im Mai 2002 erhielt der Beschwerdeführer während rund 12 Jahren eine ganze IV-Rente. Der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers wurde - wie erwähnt - in den Jahren 2005 und 2009 von Amtes wegen überprüft. Die zuständige IV-Stelle Basel-Landschaft holte zu diesem Zweck bei den behandelnden Ärzten (in der Schweiz) einen medizinischen Bericht ein. Die beiden Spezialärzte erkannten keine Verbesserung des Gesundheitszustandes, sondern stellten dem Beschwerdeführer im Gegenteil eine schlechte Prognose. Sein Anspruch auf die ganze IV-Rente wurde folglich von der IV-Stelle Basel-Landschaft bestätigt. Im Einzelnen äusserten sich die genannten Arztberichte zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wie folgt:

#### **E. 5.2.2.1**

Dr. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH in Z. \_\_\_\_\_, stellte in seinem Bericht vom 17. Januar 2005 (IV-BL-act. 22) eine seit Dezember 1999 bestehende chronische paranoide Schizophrenie als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Es bestehe ein konstantes psychotisches Zustandsbild mit optischen Halluzinationen. Dr. F. \_\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 100% ab Dezember 2000 bis auf Weiteres und bezeichnete dessen Gesundheitszustand als sich verschlechternd. Dr. F. \_\_\_\_\_ berichtete, dass der Versuch, die psychotische Symptomatik durch verschiedene Neuroleptika zu beeinflussen, gescheitert sei. Der Beschwerdeführer sei pflegebedürftig und die hauptsächliche Therapie bestehe in der Unterstützung durch die Ehefrau, andernfalls der Beschwerdeführer in einem Heim platziert werden müsste.

#### **E. 5.2.2.2**

Dr. G. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin und Gastroenterologie in W. \_\_\_\_\_, führte in seinem Bericht vom 28. Januar 2009 (IV-BL-act. 34) als Ursache der Arbeitsunfähigkeit aus: "1. Agitierte Depression mit psychotischen Symptomen (optischen, akustischen Halluzinationen und Derealisationserscheinungen) 2. Chronisches lumbalbetontes Panvertebralsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung". Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine arterielle Hypertonie genannt. Dr. G. \_\_\_\_\_ bezifferte die medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit mit 100% ab 1. September 2001 bis auf Weiteres. Er stellte dem Beschwerdeführer aufgrund der seit Jahren anhaltenden schwersten psychischen Beschwerden und körperlichen Gebrechen eine schlechte Prognose und sah keine Heilungschancen. Das Vorhandensein von Rehabilitationsmöglichkeiten und die Integration in den Arbeitsprozess wurden verneint. Nach der von Dr. G. \_\_\_\_\_ geäusserten Ansicht bleibt der Beschwerdeführer lebenslanglich arbeitsunfähig.

### **E. 5.2.3**

Die Vorinstanz stützte die angefochtene Revisionsverfügung vom 19. Mai 2014, welche in Anwendung von Art. 17 ATSG erfolgte, insbesondere auf die von Dr. B.\_\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_\_ erstellte Gutachten vom 13. Mai 2013, die auf ambulanten psychiatrischen und rheumatologischen Untersuchungen vom 24. April 2013 basierten, sowie auf die im Verlauf des Revisionsverfahrens eingeholten Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der IVSTA. In diesen Unterlagen wurden der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie dessen Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit wie folgt beurteilt:

#### **E. 5.2.3.1**

Der psychiatrische (Teil-)Gutachter Dr. B.\_\_\_\_\_ stellte dem Beschwerdeführer in seinem "psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten" vom 13. Mai 2013 (IVSTA-act. 35) die Diagnose "Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) bei Verdacht auf Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (F43.1) nach Autounfall Ende 1999" (S. 15). Diese Diagnose und die damit verbundenen Defizite führen laut Dr. B.\_\_\_\_\_ nicht zu einer relevanten längerfristigen Minderung der Arbeitsfähigkeit (für die angestammte Tätigkeit, für Verweistätigkeiten und/oder für Arbeiten im Haushalt). Eine Willensanstrengung zur Überwindung der objektiv gering ausgeprägten und vor allem im rein Subjektiven verbleibenden Defizite sind seiner Meinung nach dem Beschwerdeführer medizinisch zumutbar. Der Gutachter führte aus, von dieser Einschätzung könne ab Datum der aktuellen Untersuchung am 24. April 2013 ausgegangen werden. Ob dies auch vor diesem Zeitpunkt gelte, könne aufgrund der unzureichenden Dokumentationen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gesagt werden (S. 25).

#### **E. 5.2.3.2**

Im von Dr. C.\_\_\_\_\_ verfassten "interdisziplinären" Gutachten vom 13. Mai 2013 (IVSTA-act. 31) wurden dem Beschwerdeführer keine Diagnosen mit, sondern ausschliesslich die folgenden Diagnosen ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 6 f.): Angst und depressive Störung gemischt (gemäss psychosomatisch-psychiatrischer Begutachtung von Dr. B.\_\_\_\_\_) chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom (nicht ausreichend somatisch abstützbar, primäres Fibromyalgie-Syndrom, betont im Bereich der oberen Körperhälfte, Panalgie, Polyarthralgien, diffuse Druckschmerzangabe, multiple Beschwerden) cervikal- und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in den Kopf und in alle Extremitäten diffuse idiopathische skelettale Hyperostose (Bewegungseinschränkungen thorakal) Übergewicht chronisch obstruktive Pneumopathie Nikotinkonsum gestörte Gluconeogenese anamnestisch Reizmagen-Syndrom. Der Gutachter Dr. C.\_\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass für die früher in der Schweiz ausgeübten Tätigkeiten des Beschwerdeführers weder aus somatisch-rheumatologischer noch aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden könne (S. 14). Seine (somatischen) Beschwerden könnten mit zumutbaren medizinischen Massnahmen möglicherweise günstig beeinflusst werden. Dem Beschwerdeführer sei aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht eine gute Prognose zu stellen (S. 15). Auf seine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess ungünstig auswirken würden sich allerdings krankheitsfremde Faktoren wie die lange Arbeitsabstinenz, die fehlende Berufsausbildung und das Alter (S. 15).

#### **E. 5.2.3.3**

Die zuständige IV-Ärztin Dr. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, übernahm in ihrer Stellungnahme vom 25. Mai 2013 (IVSTA-act. 38) die Beurteilungen der begutachtenden Ärzte Dr. B. \_\_\_\_\_ und Dr. C. \_\_\_\_\_ vollumfänglich. Als Hauptdiagnose nannte sie "Angst und depressive Störung gemischt F41.2" und als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt sie fest: "Angst und depressive Störung gemischt F41.2, chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom, durch somatische Befunde nicht erklärbar, primäres Fibromyalgiesyndrom". Die IV-Ärztin erwähnte, dass keine objektivierbaren funktionellen Einschränkungen vorliegen würden. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen Tätigkeit sowie für Arbeiten im Haushalt bezifferte sie ab dem 24. April 2013 mit 100%. Weiter attestierte sie dem Beschwerdeführer auch in einer zumutbaren Verweisungstätigkeit bzw. einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100% ab dem 24. April 2013. Die IV-Ärztin führte aus, dass aufgrund der aktuellen Beurteilung die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nur minimal eingeschränkt sei, weshalb es ihm zumutbar sei, weiterhin als Chauffeur zu arbeiten.

#### **E. 5.2.3.4**

Der IV-Arzt Dr. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, stellte in seiner Stellungnahme vom 7. Juni 2013 (IVSTA-act. 39) gestützt auf die Expertisen von Dr. B. \_\_\_\_\_ und Dr. C. \_\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer sei voll arbeitsfähig.

#### **E. 5.2.4**

Was die Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit dem Referenzzeitpunkt (27. Mai 2002) betrifft, ergibt sich aus der angefochtenen Verfügung und den ihr zu Grunde liegenden medizinischen Unterlagen Folgendes:

##### **E. 5.2.4.1**

Die Vorinstanz macht in der angefochtenen Verfügung geltend, es ergebe sich aus den von Dr. B. \_\_\_\_\_ und Dr. C. \_\_\_\_\_ erstellten Gutachten, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem 24. April 2013 verbessert habe. Die nach dem Unfallereignis vorhandene posttraumatische Belastungsstörung sei remittiert. Es bestünden, ausser geringen Beeinträchtigungen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, keine gesundheitlichen Einschränkungen, weshalb aus medizinischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit insbesondere auch für die bisherige Tätigkeit als Chauffeur bestehe.

##### **E. 5.2.4.2**

Der Psychiater Dr. B. \_\_\_\_\_ hielt in seinem Gutachten (IVSTA-act. 35) fest, es könne ab dem Datum der aktuellen Untersuchung am 24. April 2013 davon ausgegangen werden, dass dem Beschwerdeführer eine Willensanstrengung zur Überwindung der objektiv gering ausgeprägten und vor allem im rein Subjektiven verbleibenden Defizite des Beschwerdeführers aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zumutbar sei. Aufgrund der unzureichenden Dokumentationen könne aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gesagt werden, ob diese Einschätzung bereits für die Zeit vor dem 24. April 2013 (d.h. ab September 2000) gelte (S. 24 f.). Die Vorberichte, welche als Diagnosen "psychotische Störung" (Depression mit psychotischen Symptomen, polymorphe psychotische Störung, paranoide Schizophrenie), "somatoforme Störung" (somatoforme Schmerzstörung, Somatisierungsstörung) und "posttraumatische Belastungsstörung" anböten, seien "objektiv gar nicht bis kaum nachvollziehbar" (S. 18). Objektive psychopathologische Befunde seien spärlich und eine objektive Beschreibung und/oder

kritische Diskussion der (Verdachts-)Diagnosen mit Bezug zu einem Klassifikationssystem fehle durchgängig (S. 18). Eine posttraumatische Belastungsstörung könne zwar für die Jahre 2000 und 2001 als Verdacht vermutet werden, falls die Angaben des Beschwerdeführers zum Unfallereignis von Ende 1999 zuträfen (siehe dazu die polizeiliche Aktennotiz vom 18. Juni 2014 [BVGer-act. 13/8], wonach der besagte Unfall sich tatsächlich ereignet hat, die Anwesenheit des Beschwerdeführers am Unfallort aber nicht registriert worden ist). Aktuell seien aber keine ausreichenden Symptome zu finden, um diese Diagnose aufrechtzuerhalten (S. 20). Eine eigenständige depressive Episode und/oder eine reine Angststörung seien ebenfalls nicht ausreichend zu erkennen (S. 22). Beim Verlauf der Störung des Beschwerdeführers sind gemäss Gutachter Dr. B.\_\_\_\_\_ eine unklare Therapietreue, eine Verdeutlichungstendenz, der Verdacht auf Aggravation sowie vielfältige psychosoziale Faktoren (wie Herkunft, Migration, fehlender Berufsabschluss, Abstinenz vom Arbeitsmarkt, langjähriger Rentenbezug, Alter etc.) zu benennen (S. 23).

#### **E. 5.2.4.3**

Der Gutachter Dr. C.\_\_\_\_\_ hielt in seinem Gutachten (IVSTA-act. 31) gestützt auf die ihm vorgelegenen Akten fest, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für die von diesem früher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten aus somatisch-rheumatologischer Sicht zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen sei (S. 14). Die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden würden seit Ende der 90-er Jahre auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden hinweisen, weshalb der therapierefraktäre Beschwerdeverlauf auf die bis anhin somatisch ansetzenden Therapiemassnahmen nachvollziehbar sei (S. 15). Hinsichtlich der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus rein psychosomatisch-psychiatrischer Sicht verwies Dr. C.\_\_\_\_\_ auf die Begutachtung durch Dr. B.\_\_\_\_\_ (S. 14).

#### **E. 5.2.4.4**

Die IV-Ärztin Dr. H.\_\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 25. Mai 2013 (IVSTA-act. 38) mit Hinweis auf ihre Stellungnahme vom 7. Oktober 2012 (IVSTA-act. 6) sowie das psychiatrische Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_\_ fest, dass sich aufgrund der Akten weder die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung noch die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie nachvollziehen lasse. Eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis könne aufgrund der Untersuchungsbefunde ausgeschlossen werden. Die Medikamentenblutspiegel würden deutlich unter der therapeutischen Breite liegen. Aufgrund der erhobenen Befunde und der anamnestischen Angaben könne eine relevante depressive Erkrankung ausgeschlossen werden. Die nach dem Unfallereignis allenfalls vorhandene posttraumatische Belastungsstörung sei remittiert (IVSTA-act. 38/2). Der Beschwerdeführer leide unter einem generalisierten Schmerzsyndrom, das sich durch die somatischen Befunde nicht erklären lasse. Die Beschwerden seien therapieresistent geblieben, unabhängig von der Behandlung. Die Compliance bei der aktuellen Therapie scheine nicht gut zu sein (IVSTA-act. 38/6).

#### **E. 5.2.5**

Den im Beschwerdeverfahren seitens des Beschwerdeführers eingereichten medizinischen Dokumenten aus dem Kosovo sowie der entsprechenden Stellungnahme des ärztlichen Dienstes lässt sich in Bezug auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und einer diesbezüglichen Veränderung im massgebenden Referenzzeitraum sodann Folgendes entnehmen:

#### **E. 5.2.5.1**

Der Psychiater Dr. J.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_, (Kosovo) hielt in seinem Bericht vom 15. Januar 2010 (BVGer-act. 13/5) fest, der Beschwerdeführer habe ihn (während seines Urlaubs im Heimatland) wegen intensiven Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Nervosität insgesamt drei Mal aufgesucht. Dr. J.\_\_\_\_\_ erwähnte (laut der deutschen Übersetzung des Berichts) "depressive Unordnungen" mit psychopathischen Symptomen und stellte die Diagnose gemäss ICD-10 F33.3 (rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen). Als Therapie wurden diverse Psychopharmaka (Efexor, Lorazepam, Xanax, Risperidon) aufgelistet. Aufgrund von suizidalen Hinweisen habe er dem Beschwerdeführer empfohlen, baldmöglichst in die Schweiz zurückzukehren.

#### **E. 5.2.5.2**

Der Neuropsychiater Dr. K.\_\_\_\_\_, U.\_\_\_\_\_ (Kosovo), stellte im Bericht vom 27. September 2013 (BVGer-act. 13/6) die Diagnose gemäss ICD-10 F20 (Schizophrenie) bzw. paranoide-depressive Symptome und erläuterte, der Beschwerdeführer sei arbeitsunfähig und nicht in der Lage, für sich selber zu sorgen. Er stehe seit über zwei Jahren bei ihm in Behandlung und erhalte Antipsychotika und werde regelmässig in der Praxis untersucht. Der Beschwerdeführer leide unter paranoiden Ideen mit einem extrem depressiven Spiegel und zeige öfters ein aggressives Verhalten. Aktenkundig sind auch die Belege mit den jeweiligen Medikationen (Leponex, Haldol, Bromazepam etc.), welche aus den Jahren 1999 sowie 2010 bis 2014 datieren (BVGer-act. 13/7a-7j).

#### **E. 5.2.5.3**

Die IV-Ärztin Dr. H.\_\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 22. Dezember 2014 (BVGer-act. 19/2) zu den neu eingereichten medizinischen Unterlagen aus dem Kosovo fest, dass sich keine Änderung ihrer Beurteilung ergebe. Zur im Bericht vom 15. Januar 2010 gestellten Diagnose habe Dr. B.\_\_\_\_\_ ausführlich Stellung genommen und beim im Bericht vom 27. September 2013 erwähnte Leiden (paranoide Ideen mit einem extrem depressiven Spiegel und öfters aggressives Verhalten) handle es sich weder um eine paranoide Schizophrenie noch um eine IV-relevante depressive Erkrankung. Das interdisziplinäre Gutachten sei nicht mangelhaft. Die Medikamentenspiegel hätten deutlich unter dem Referenzbereich gelegen und das Erheben einer Fremdanamnese sei nicht notwendig gewesen. Die Diagnosen, die zu einer Berentung geführt hätten, seien bei der interdisziplinären Begutachtung nicht mehr nachweisbar gewesen. Gestützt auf diese ärztliche Einschätzung hielt die Vorinstanz an der angefochtenen Verfügung fest (BVGer-act. 19).

#### **E. 5.2.6**

Zum Beweiswert eines medizinischen Gutachtens im Zusammenhang mit der Rentenrevision ist festzuhalten, was folgt:

##### **E. 5.2.6.1**

Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhaltes - bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre (vgl. dazu BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a), mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn

sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat (Urteil des BGer 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.2; Andreas Traub, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision, SZS 2012 S. 184).

#### **E. 5.2.6.2**

Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (Urteil des BGer 9C\_418/2010 E. 4.3; Traub, a.a.O., S. 184 f.).

#### **E. 5.2.6.3**

Der ärztliche Sachverständige kann die betreffende Entwicklung regelmässig nicht aus eigener Wahrnehmung beschreiben. Daher ist es erforderlich, dass er sich, soweit verfügbar, mit den Fakten fundiert auseinandersetzt, wie sie sich aus den für den früheren Entscheid massgebenden medizinischen Vorakten ergeben. Dem Gutachten, welches die medizinischen Vorakten unzureichend berücksichtigt, fehlt die erforderliche Überzeugungs- und Beweiskraft selbst dann, wenn die Schlussfolgerungen, welche auf der Grundlage der vom Sachverständigen selber erhobenen Befundtatsachen gezogen worden sind, an sich einleuchten und vom Rechtsanwender prüfend nachvollzogen werden können (Urteil des BGer 9C\_418/2010 E. 4.3 mit weiteren Hinweisen; Traub, a.a.O., S. 184 f.).

#### **E. 5.2.6.4**

Je mehr medizinisches Ermessen bei der Stellung einer Diagnose und der ärztlichen Einschätzung der Funktionseinschränkungen im Spiel ist, desto wichtiger ist es, den gutachtlichen Befund einer Veränderung möglichst solide auf klinische Feststellungen, gutachterliche Verhaltensbeobachtungen und anamnestiche Daten zu stützen und diese Elemente in Beziehung zu den medizinischen Vorakten und den dort gesetzten Anknüpfungstatsachen zu bringen. Nur so kann dem Gutachten hinreichend zuverlässig entnommen werden, dass die in den Schlussfolgerungen beschriebene Differenz nicht wesentlich einer unterschiedlichen Wertung zuzuschreiben ist. Die Auseinandersetzung mit der Genese des Gesundheitsschadens, den das Krankheitsgeschehen unterhaltenden Faktoren, kann für den Nachweis einer tatsächlichen Veränderung besondere Bedeutung erlangen (Urteil des BGer 9C\_418/2010 E. 4.4 mit Hinweisen; Traub, a.a.O., S. 185).

#### **E. 5.2.7**

Das Bundesgericht hat mit BGE 141 V 281 seine Rechtsprechung zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermögen,

grundlegend überdacht und teilweise geändert.

#### **E. 5.2.7.1**

Weiterhin kann eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist (BGE 130 V 396). Auch künftig wird der Rentenanspruch - in Nachachtung der verfassungs- und gesetzmässigen Vorgaben von Art. 8 und 29 BV (Rechtsgleichheit) und Art. 7 Abs. 2 ATSG (objektivierte Zumutbarkeitsbeurteilung) - anhand eines normativen Prüfrasters beurteilt (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.2; 139 V 547 E. 5.9), und es braucht medizinische Evidenz, dass die Erwerbsunfähigkeit aus objektiver Sicht eingeschränkt ist. Indes hält das Bundesgericht an der Überwindbarkeitsvermutung nicht länger fest (BGE 141 V 281 E. 3.5). Anstelle des bisherigen Regel/Ausnahme-Modells tritt ein strukturiertes, normatives Prüfraster. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (Urteil des BGer 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 [SVR 2015 IV Nr. 38] E. 3.1; zum Ganzen: Urteil des BGer 9C\_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2).

#### **E. 5.2.7.2**

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3) mit den Komplexen "Gesundheitsschädigung" (E. 4.3.1; Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome [E. 4.3.1.1]; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [E. 4.3.1.2]; Komorbiditäten [E. 4.3.1.3]), "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und "sozialer Kontext" (E. 4.3.3) sowie Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). Sie erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1). 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 (BGE 141 V 281 E. 6 in fine; zum Ganzen: Urteil des BGer 9C\_534/2015 E. 2.2.1).

#### **E. 5.2.7.3**

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraster erübrigt sich rechtsprechungsgemäss, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen (BGE 141 V 281 E. 2.2; Urteil des BGer 9C\_534/2015 E. 2.2.2 m.w.H.). Wie das Bundesgericht im Urteil 9C\_899/2014 festgehalten hat, ist aber die Grenzziehung zwischen einer anspruchsausschliessenden Aggravation und einer blossen Verdeutlichungstendenz - welche nicht gleichgesetzt werden dürfen - heikel. Zum einen

prägt die (unbewusste) Tendenz zur Schmerzausweitung und -verdeutlichung das Wesen von Schmerzstörungen und vergleichbaren Leiden gerade mit, welche sich bekanntlich dadurch charakterisieren, dass für die geklagten Beschwerden kein ausreichendes organisches Korrelat gefunden werden kann. Zum andern dürfen die Besonderheiten des sozialversicherungsrechtlichen Abklärungsverfahrens nicht ausser Acht gelassen werden. Die versicherte Person, welche mit ihrer Anmeldung bei der Invalidenversicherung die Zuspreehung von Versicherungsleistungen bezweckt, wird vielfach (wenn auch nicht ausnahmslos) - bewusst oder unbewusst - ihre Beschwerden und Einschränkungen im Hinblick auf dieses Ziel präsentieren (Urteil des BGer 9C\_899/2014 E. 4.2.1 mit Hinweisen auf Rechtsprechung und Literatur).

#### **E. 5.2.7.4**

Intertemporalrechtlich gilt es zu beachten, dass gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten ihren Beweiswert nicht per se verlieren. Mit Blick auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen bei der Einschätzung des funktionellen Leistungsvermögens ist jedoch in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten, gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten, eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8; Urteil des BGer 9C\_534/2015 E. 2.2.3).

#### **E. 5.2.8**

Die Würdigung des von Dr. B. \_\_\_\_\_ erstellten Gutachtens ergibt Folgendes:

##### **E. 5.2.8.1**

Die ärztliche Einschätzung des Psychiaters Dr. B. \_\_\_\_\_, welche von den massgeblichen medizinischen Beurteilungen aus dem Jahre 2001 (E. 5.2.1) bzw. den Jahren 2005 (E. 5.2.2.1) und 2009 (E. 5.2.2.2) erheblich abweicht, spricht sich nicht hinreichend darüber aus, inwiefern eine effektive Veränderung des (psychischen) Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers stattgefunden hat. Es fehlt eine schlüssige Auseinandersetzung mit dem Verlauf von pathogenen Faktoren, welche die referierte Abweichung plausibel machen würde. Da sich die Abweichung im Rahmen eines vorbestehenden Zustandes bewegt (Angst- und depressive Symptomatik wurden bereits früher festgestellt [vgl. IV-BL-act. /11] und hinzukam eine psychotische Symptomatik [vgl. IV-BL-act. 22/2, IV-BL-act. 34/1]), hätte die vorausgesetzte erhebliche Wandlung der vorbestandenen Tatsachen in Beschaffenheit, Ausmass oder Tragweite eingehend diskutiert und nachgewiesen werden müssen (vgl. Traub, a.a.O., S. 184). Im psychiatrischen Gutachten werden die Vorakten und früheren ärztlichen Feststellungen aber nur ungenügend gewürdigt bzw. die Krankheitsentwicklung gar nicht aufgezeigt. Namentlich wird die im Jahre 2005 neu diagnostizierte paranoide Schizophrenie nicht hinreichend thematisiert und es ist nicht ersichtlich, was konkret für und gegen diese Diagnose spricht. Der psychiatrische Gutachter begnügt sich damit, die bisherigen anderslautenden ärztlichen Befunderhebungen und Diagnosestellungen wiederzugeben und als nicht oder kaum nachvollziehbar zu bezeichnen (IVSTA-act. 35/9 ff.) sowie letztlich darauf hinzuweisen, dass die eigenen Feststellungen diese nicht bestätigen könnten (IVSTA-act. 35/18). Zu berücksichtigen ist weiter, dass die im Jahre 2001 diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung, auf welche die Rechtsprechung von BGE 141 V 281 ebenfalls anwendbar ist, nach einer differenzierten Prüfung ruft und dass sich deren Verlauf grundsätzlich sehr wechselhaft und nicht

prognostizierbar zeigt (vgl. BGE 142 V 342 E. 5.2). Der Zusammenhang zwischen der im Jahre 2001 festgestellten Somatisierungsstörung und dem von Dr. C. \_\_\_\_\_ diagnostizierten chronischen, generalisierten Schmerzsyndrom wird im psychiatrischen Gutachten sodann nicht hinreichend erläutert. Der Psychiater Dr. B. \_\_\_\_\_ hätte sich aber eingehend äussern müssen zu dem vom Rheumatologen festgestellten Schmerzzustand bzw. der von ihm diagnostizierten Fibromyalgie, deren Ursache unbekannt ist und die mit den somatoformen Schmerzstörungen gemeinsame Aspekte aufweist, so dass die von der Rechtsprechung im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters einer Fibromyalgie analog anzuwenden sind (BGE 132 V 65 E. 3.3 und 4).

#### **E. 5.2.8.2**

Der hinsichtlich des Verlaufs der Störung des Beschwerdeführers im psychiatrischen Gutachten geltend gemachte Verdacht auf Aggravation (insbesondere auch bezüglich seiner körperlichen Schmerzen), welcher mit dem Hinweis auf eine Verdeutlichungstendenz begründet wird, verfängt gestützt auf die erwähnte Rechtsprechung des Bundesgerichts (vgl. E. 5.2.7.3) nicht, da ein blosses verdeutlichendes Verhalten nicht per se auf Aggravation hinweist (BGE 141 V 281 E. 2.2.1). Vorliegend besteht aufgrund der aktenkundigen medizinischen Beurteilungen keine Klarheit darüber, dass die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, zumal im hier massgeblichen Referenzzeitraum bislang ein entsprechendes Verhalten des Beschwerdeführers laut Akten nicht festgestellt wurde. Dies gilt umso mehr, als die im Gutachten gestellten Diagnosen und die darauf basierenden Schlussfolgerungen nicht hinreichend nachvollziehbar sind (vgl. auch die nachstehenden Erwägungen).

#### **E. 5.2.8.3**

Der psychiatrische Gutachter geht davon aus, dass dem Beschwerdeführer eines Willensanstrengung zur Überwindung der vor allem rein subjektiven Defizite aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zuzumuten sei (IVSTA-act. 35/23 ff.). Weitere Ausführungen dazu macht er keine. Den nach der neuen Rechtsprechung des Bundesgerichts auch bei der Fibromyalgie vermehrt zu beachtenden Ressourcen, welche die Leistungsfähigkeit begünstigen (BGE 141 V 281 E. 4.1.1), wird im Gutachten keine Beachtung geschenkt. Ebenso fehlen hinreichende Angaben zur Persönlichkeit des Beschwerdeführers, welche mit dem stärkeren Einbezug der Ressourcenseite an Bedeutung gewinnt. Vielmehr geht der psychiatrische Gutachter - ohne Erläuterungen - ab dem Datum der Untersuchung (24. April 2013) von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für sämtliche in der Schweiz ausgeübten Tätigkeiten (inkl. Chauffeurstätigkeit) aus (IVSTA-act. 35/25). Zu dem aus psychiatrischen Gründen im August 2008 erfolgten Führerausweisentzug (BVGer-act. 16/10) äussert sich Dr. B. \_\_\_\_\_ in seinem Gutachten in keiner Weise.

#### **E. 5.2.8.4**

Der psychiatrische Gutachter lässt sodann offen, ob und ab wann genau (nach September 2000) von der ab April 2013 gültigen Einschätzung ausgegangen werden kann (IVSTA-act. 35/25), und er bezeichnet die früheren massgeblichen Berichte und die darin formulierten Beurteilungen "gesamthaft aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht objektiv gar nicht bis kaum nachvollziehbar" (IVSTA-act. 35/18). Diese Bemerkungen lassen auf eine

bloss unterschiedliche Beurteilung des Sachverhaltes schliessen.

#### **E. 5.2.8.5**

Schliesslich ist festzuhalten, dass die Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten für in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) vom Februar 2012, welche zwar nur - aber immerhin - die methodischen, formalen und inhaltlichen Grundanforderungen festlegen (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.1.2), als Standard für psychiatrische Gutachten zu beachten sind (BGE 140 V 260 E. 3.2.2; IV-Rundschreiben Nr. 313 vom 6. Juni 2012). Daher kann sich ein psychiatrischer Gutachter nicht auf die Bemerkung beschränken, er habe sich "soweit möglich und zweckdienlich" an diese Qualitätsleitlinien gehalten (IVSTA-act. 35/26). Vielmehr wäre anzugeben, wo und weshalb er davon abgewichen ist (vgl. auch Urteil des BVGer C-3507/2014 vom 25. Mai 2016 E. 4.5).

#### **E. 5.2.9**

Im vom Rheumatologen Dr. C.\_\_\_\_\_ erstellten Gutachten wird in Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ebenfalls keine Verbesserung nachgewiesen: Der rheumatologische Gutachter bestätigt und konkretisiert in somatischer Hinsicht zum einen das bereits im Jahre 2001 diagnostizierte Panvertebralsyndrom. Ausserdem diagnostiziert er neu eine diffuse idiopathische skelettale Hyperostose mit Bewegungseinschränkungen thorakal. Die Rückenproblematik des Beschwerdeführers ist damit laut dem rheumatologischen Gutachter nach wie vor vorhanden, selbst wenn die früher beschriebenen Befunde nicht mehr vollumfänglich bestätigt werden (nämlich betreffend Skoliose, Beckenkammtiefstand, muskulären Hartspann). Sodann wird im vom Dr. C.\_\_\_\_\_ verfassten Gutachten - zwar ohne Bezugnahme auf die ICD-10-Klassifizierung, aber mit Hinweis auf die bereits im Jahre 2000 erwähnte drohende somatoforme Schmerzstörung und Symptomausweitung bzw. die im Jahre 2001 genannte Somatisierungsstörung - ein chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom festgestellt, das nicht ausreichend somatisch abstützbar sei, und es wird in diesem Zusammenhang neu die Diagnose eines primären Fibromyalgie-Syndroms gestellt, wobei der Gutachter dieses nicht vordergründig auf ein bekanntes somatisch-pathologisches Krankheitsbild abstützen kann (IVSTA-act. 31/6, 31/9). Dr. C.\_\_\_\_\_ verweist hinsichtlich der nicht somatisch abstützbaren Beschwerden auf krankheitsfremde Gründe, ein Aggravationsverhalten sowie eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion des Beschwerdeführers bzw. die entsprechenden detaillierten Einschätzungen des mitbegutachtenden Psychiaters (IVSTA-act. 31/12). Es wurde bereits dargelegt, dass solche vorliegend jedoch fehlen bzw. die wenigen Bemerkungen nicht zu überzeugen vermögen. Ausserdem sind hinsichtlich der diagnostizierten Fibromyalgie - wie erwähnt - auch die Vorgaben der neuen Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 zur Einschätzung des funktionellen Leistungsvermögens zu beachten, was vorliegend nicht der Fall ist. Ohne nähere Begründung verneint Dr. C.\_\_\_\_\_ eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus somatischer Sicht bezüglich der bisher ausgeübten Tätigkeiten für jeden Zeitpunkt (IVSTA-act. 31/14). Die Ressourcen des Beschwerdeführers werden dabei nicht berücksichtigt. Auch auf die unbestrittenermassen nach wie vor bestehenden Rückenprobleme des Beschwerdeführers sowie den bestehenden Führerausweisentzug wird im rheumatologischen Gutachten nicht Bezug genommen, sondern dessen Arbeitsfähigkeit auch für die bisherige Chauffeurstätigkeit ohne Weiteres vollumfänglich bejaht, was nicht überzeugt. Der Bericht aus dem Jahre 2001 ging demgegenüber davon aus, dass (auch)

aufgrund der Rückenproblematik die bisherige Tätigkeit als LKW-Chauffeur nicht sinnvoll sei (vgl. E. 5.2.1.1).

#### **E. 5.2.10**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es den Gutachten von Dr. B. \_\_\_\_\_ und Dr. C. \_\_\_\_\_ für das vorliegende Revisionsverfahren am rechtlich erforderlichen Beweiswert mangelt. Gestützt auf diese Gutachten kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im Zeitraum 2002-2014 ausgegangen werden. Den vorliegenden Gutachten lässt sich zudem - auch im Lichte der geänderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 141 V 281) - keine schlüssige Einschätzung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens des Beschwerdeführers entnehmen.

#### **E. 5.2.11**

Auch aus den übrigen aktenkundigen medizinischen Unterlagen lässt sich nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers oder anderer revisionsbegründender Tatsachen ableiten. Die den Beschwerdeführer in der Schweiz behandelnden Spezialärzte erkannten in den Jahren nach der Rentenzusprache (letztmals 2009) keine entsprechende Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen (E. 5.2.2). Wenngleich die Berichte der behandelnde Ärzte aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten grundsätzlich mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc) und deren Diagnosen im vorliegenden Fall seitens des psychiatrischen Gutachters als nicht nachvollziehbar bezeichnet werden, dienten sie der IV-Stelle Basel-Landschaft in den Jahren 2005 und 2009 immerhin als Grundlage für die rechtskräftige Bestätigung des vollen Rentenanspruchs des Beschwerdeführers. Die im Beschwerdeverfahren eingereichten Arztberichte aus dem Kosovo (E. 5.2), welche zwar sehr knapp gehalten sind und die beweisrechtlichen Anforderungen an einen Arztbericht nicht ohne Weiteres erfüllen (E. 4.5), liefern ebenfalls Hinweise dafür, dass der Beschwerdeführer aufgrund einer paranoiden-depressiven Symptomatik nach wie vor erhebliche gesundheitliche Probleme hat und deswegen auch im Kosovo in psychiatrischer Behandlung steht. Schliesslich geht auch aus den mit der Replik eingereichten schriftlichen Erklärungen der Ehefrau des Beschwerdeführers hervor, dass dieser an Depressionen sowie grossen Ängsten (vor vielen Menschen und Spiegeln) leidet und dass er sich gegenüber der Familie sehr aggressiv bzw. gewalttätig verhält (BVGer-act. 13/3, und 13/4). Allerdings sind die Aussagen der Ehefrau aufgrund des engen Verhältnisses zum Beschwerdeführer nicht unbedingt als objektiv und damit beweiskräftig anzusehen (vgl. auch Urteil des EVG U 227/05 vom 16. Januar 2006 E. 4.2), weshalb die Befragung der Ehefrau im Rahmen der Gutachtenserstellung angesichts der geltend gemachten Hilfestellung zwar sinnvoll hätte sein können, aber nicht unerlässlich war (vgl. Urteil des BGer 9C\_482/2010 vom 21. September 2010 E. 4.1 mit Hinweisen; Müller, a.a.O., § 25, Rz. 1675).

#### **E. 5.2.12**

Nach dem Gesagten vermag die Wertung des medizinischen Dienstes der Vorinstanz, wonach auf die von Dr. B. \_\_\_\_\_ und Dr. C. \_\_\_\_\_ erstellten Gutachten abzustellen ist, nicht zu überzeugen. Die Vorinstanz durfte die angefochtene Revisionsverfügung deshalb nicht auf die entsprechenden Stellungnahmen des medizinischen Dienstes stützen und von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im

Vergleichszeitraum ausgehen.

### **E. 5.3**

Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass die angefochtene Verfügung in medizinischer Hinsicht auf einem nicht rechtsgenügend abgeklärten Sachverhalt beruht (vgl. Art. 12 und Art. 49 Bst. b VwVG sowie Art. 43 ATSG), weshalb über die hier streitige Rentenrevision nicht entschieden werden kann und die angefochtene Verfügung aufzuheben ist. In den Akten fehlen umfassende, schlüssige und nachvollziehbare medizinische Angaben zur Frage, wie sich der Gesundheitszustand und die Funktionseinschränkungen des Beschwerdeführers im Referenzzeitraum entwickelt haben. Erforderlich sind entsprechende medizinische Angaben zum Verlauf der Krankheit und der damit einhergehenden Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen Tätigkeit (als Chauffeur/Lagermitarbeiter) und in einer leidensangepassten Tätigkeit. Zu diesem Zweck ist ein bidisziplinäres Gutachten (Rheumatologie/Psychiatrie) bei mit der Sache nicht vorbefassten Facharztspersonen in der Schweiz einzuholen. Die bisherigen Gutachter kommen nicht mehr in Frage, da sie anlässlich der neuen Begutachtung ihre frühere Expertise hinsichtlich Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit überprüfen müssten. Unter diesen Umständen wäre das Ergebnis einer weiteren Begutachtung nicht mehr offen (vgl. dazu BGE 117 Ia 182 E. 3b mit Hinweis; Urteil des BGer 8C\_89/2007 vom 20. August 2008 E. 6). Das neue Gutachten hat insbesondere aufzuzeigen, ob und allenfalls in welchem Umfang sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Mai 2002 verändert hat und wie sich die allfällige Veränderung auf seine Arbeitsunfähigkeit auswirkt. Das neu zu erstellende bidisziplinäre Gutachten hat sich mit den für den Vergleichszeitraum massgeblichen medizinischen Vorakten hinreichend auseinanderzusetzen und eine allfällige seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung genügend zu untermauern (vgl. dazu E. 5.2.6 und 5.2.8). Es hat sich auch zu der Therapierbarkeit der Leiden und der Zumutbarkeit von möglichen Therapien zu äussern. Sodann ist bei der Begutachtung insbesondere die neue Rechtsprechung des Bundesgerichts gemäss BGE 141 V 281 zu beachten (vgl. E. 5.2.7), damit eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren möglich ist.

### **E. 5.4**

Eine Rentenrevision gemäss der vorne dargelegten Schlussbestimmung (E. 4.2) wurde von der Vorinstanz bzw. deren medizinischem Dienst im Übrigen zu Recht verneint (vgl. IVSTA-act. 8). Die Rentenzusprache erfolgte zwar aufgrund einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie einer Somatisierungsstörung bei chronischem Panvertebralsyndrom, die Rentenbestätigungen stützten sich dann aber auf eine diagnostizierte chronische paranoide Schizophrenie bzw. eine agitierte Depression mit psychotischen Symptomen sowie ein chronisches lumbalbetontes Panvertebralsyndrom. Damit haben nichtsyndromale Gesundheitsschädigungen selbständig zur Bestätigung des Rentenanspruchs beigetragen, weshalb die Schlussbestimmung vorliegend nicht zur Anwendung gelangt (vgl. Urteil des BGer 9C\_121/2014 E. 2.6).

### **E. 5.5**

Es ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass die ursprüngliche, rentenzusprechende Verfügung vom 27. Mai 2002 nicht als zweifellos unrichtig im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG gelten kann. Dieser Verwaltungsakt stützte sich auf den Bericht einer kantonalen Psychiatrischen Klinik sowie weitere, eingehende Abklärungen. Zudem wurde die

Verfügung anlässlich von Revisionen in den Jahren 2005 und 2009 bestätigt, welche ihrerseits auf Arztberichten eines Psychiaters bzw. Facharztes für Innere Medizin beruhten. Die Invaliditätsbemessung mit Einschätzung von Gesundheitszustand und Arbeitsunfähigkeit weist Ermessenszüge auf und ist vorliegend komplex. Die im Revisionsverfahren eingeholten Gutachten, denen ohnehin kein hinreichender Beweiswert zukommt, können im Übrigen nicht herangezogen werden, um die ursprüngliche Verfügung aus dem Jahre 2002 als unvertretbar erscheinen zu lassen. Denn die zweifellose Unrichtigkeit einer Rentenverfügung ist nicht anhand einer im Revisionsverfahren eingeholten Expertise, sondern aufgrund der damaligen Aktenlage zu beurteilen. Die angefochtene Verfügung kann demzufolge auch nicht mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung geschützt werden.

#### **E. 5.6**

Anzufügen bleibt, dass die angefochtene Verfügung selbst dann aufzuheben wäre, wenn auf die im Revisionsverfahren eingeholten Gutachten abgestellt werden könnte. Nach der Rechtsprechung können Personen, deren Rente revisions- oder wiedererwägungsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, nach mindestens 15 Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, nicht ohne Weiteres auf den Weg der Selbsteingliederung verwiesen werden (SVR 2011 IV Nr. 73 [9C\_228/2010] E. 3 mit Hinweisen). Vielmehr sind in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis die Betroffenen in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten (Urteile des BGer 8C\_855/2013 vom 30. April 2014 E. 2.2 und 9C\_816/2013 vom 20. Februar 2014 E. 2.2, je mit Hinweisen). Dies bedeutet nicht, dass im revisions- oder wiedererwägungsrechtlichen Kontext ein Besitzstandsanspruch geltend gemacht werden könnte. Den Betroffenen wird lediglich zugestanden, dass - von Ausnahmen abgesehen - aufgrund des fortgeschrittenen Alters oder einer langen Rentendauer die Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar ist (Urteil des BGer 9C\_367/2011 vom 10. August 2011 E. 3.3; vgl. auch Petra Fleischanderl, Behandlung der Eingliederungsfrage im Falle der Revision einer langjährig ausgerichteten Invalidenrente, in: SZS 2012 S. 360 ff.). Da der Beschwerdeführer bei Erlass der rentenaufhebenden Verfügung vom 19. Mai 2014 (vgl. zum massgebenden Zeitpunkt BGE 141 V 5 E. 4.2.1) das 55. Altersjahr zurückgelegt hatte, wäre zuerst die Eingliederungsfrage zu prüfen gewesen. Dies wurde vorliegend aber unterlassen. Die Vorinstanz hat den Beschwerdeführer ohne Weiteres auf den Weg der Selbsteingliederung verwiesen (IVSTA-act. 65/2), was zu beanstanden ist. Erst nach der eingehenden Prüfung der zumutbaren Selbsteingliederung bzw. der Durchführung von geeigneten Eingliederungsmassnahmen kann über die hier streitige Rentenrevision neu verfügt werden (vgl. Urteil des BGer 9C\_524/2015 vom 30. November 2015 E. 4.4.2 mit weiteren Hinweisen). Grundlage wird das neu zu erstellende Gutachten bilden.

#### **E. 5.7**

Die Sache ist folglich gestützt auf Art. 61 Abs. 1 VwVG zur weiteren Abklärung bzw. Vervollständigung der Akten in medizinischer Hinsicht (E. 5.3) und betreffend die Eingliederungsfrage (E. 5.6) sowie zur anschliessenden Neu beurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die dem Eventualantrag des Beschwerdeführers entsprechende Rückweisung an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung ist hier rechtsprechungsgemäss (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; 141 V 281 E. 6.4) ausnahmsweise möglich, da relevante Fragen (insb. die Anwendung des neuen Prüfungsrasters gemäss BGE 141 V 281 sowie die

Frage der zumutbaren Selbsteingliederung) bisher vollständig ungeklärt blieben. Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung bzw. -würdigung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären (Art. 43 Abs. 1 ATSG), auf das Gericht (vgl. Urteil des BVGer C-6529/2014 vom 4. Juli 2016 E. 7.4).

### **E. 5.8**

Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung dauert der Entzug der aufschiebenden Wirkung einer Beschwerde, welche gegen eine anpassungsweise verfügte Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung erhoben wird, bei Rückweisung der Sache an den Versicherungsträger auch für den Zeitraum des anschliessenden Abklärungsverfahrens bis zum Erlass einer neuen Verfügung an (BGE 129 V 370 E. 4 mit Hinweis auf BGE 106 V 18; Kieser, ATSG-Kommentar, a.a.O., Art. 54 Rz. 14). Der mit der angefochtenen Verfügung angeordnete Entzug der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde fällt daher gemäss der genannten Praxis des Bundesgerichts mit der vorliegenden Rückweisung nicht dahin. Die streitige IV-Rente gelangt somit auch weiterhin nicht zur Auszahlung. Der Antrag auf Weiterausrichtung der bisherigen Rente ist daher abzuweisen, soweit er sich auf den Zeitraum bis zum Erlass der neuen Verfügung bezieht.

### **E. 5.9**

Die Beschwerde ist somit insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben ist und die Akten an die Vorinstanz zurückzuweisen sind, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen (vgl. insb. E. 5.3 und 5.6) über die Rentenrevision neu verfüge.

### **E. 6**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

#### **E. 6.1**

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

#### **E. 6.2**

Dem durch den amtlich beigeordneten Rechtsanwalt vertretenen Beschwerdeführer steht eine von der Vorinstanz zu entrichtende Parteientschädigung zu (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 Abs. 1 und Art. 12 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173. 320. 2]), die mangels einer Kostennote aufgrund der Akten zu bestimmen ist (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). Das dem Beschwerdeführer zu entschädigende Honorar bestimmt sich nach dem notwendigen Zeitaufwand seines anwaltlichen Vertreters (vgl. Art. 10 Abs. 1 und 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands erachtet das Bundesverwaltungsgericht eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- für angemessen (inklusive Auslagen; Mehrwertsteuer ist nicht geschuldet, vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG [SR 641.20] und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE).

### **E. 6.3**

Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung ist dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eine Entschädigung von Fr. 2'800.- (inklusive Auslagen, ohne Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu erstatten.

### **E. 6.4**

Der Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege garantiert allerdings keine definitive Übernahme der Kosten durch den Staat (BGE 122 I 322 E. 2c). Gelangt der Beschwerdeführer später zu hinreichenden Mitteln, so ist er verpflichtet, dem Bundesverwaltungsgericht Honorar und Kosten seines amtlich bestellten Rechtsvertreters zu vergüten (vgl. Art. 65 Abs. 4 VwVG).

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