

# **BVGer C-4446/2014 vom 15. Dezember 2016**

Bundesverwaltungsgericht, 2016-12-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4446\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4446_2014)

FR: TAF C-4446/2014 du 15 décembre 2016

IT: TAF C-4446/2014 del 15 dicembre 2016

## **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]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 4. Juli 2014, mit der die Vorinstanz die bisher ausgerichtete ganze Invalidenrente des Beschwerdeführers gestützt auf Art. 17 Abs. 1 ATSG aufhob. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat.

### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer ist portugiesischer Staatsangehöriger und wohnt heute in Portugal, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, die am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit - wie vorliegend - weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4), was sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nicht geändert hat (vgl. Urteil des BVGer C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Demnach bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung alleine

aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

### **E. 3.2**

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). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

### **E. 3.3**

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 die Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 4. Juli 2014 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]); 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. 4.1**

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).

### **E. 4.2**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen (Viertelsrenten), nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. Entgegen dieser Bestimmung sind im Anwendungsbereich des FZA Viertelsrenten exportierbar (BGE 130 V 253 E. 2.3).

#### **E. 4.3.1**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen, insbesondere, aber nicht nur, bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes

(BGE 130 V 343 E. 3.5 m.w.H.). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des BGER 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 m.w.H.). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGE 112 V 372 E. 2b). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGER 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.1 m.w.H.).

#### **E. 4.3.2**

Nach Bst. a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket [AS 2011 5659]; 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.

#### **E. 4.4**

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte Beurteilung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und - bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens - Durchführung eines Einkommensvergleichs (Art. 16 ATSG) beruht (BGE 133 V 108). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisiionsergebnis gestützt auf Art. 74ter Bst. f IVV (SR 831.201) auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), kann als zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt in einem darauf folgenden Revisionsverfahren auch derjenige genügen, welcher dieser Mitteilung zugrunde gelegen hat. Voraussetzung dafür ist einzig, dass eine umfassende Prüfung mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und - wo nötig - Einkommensvergleich auch tatsächlich stattgefunden hat (Urteil des BGER 8C\_162/2015 vom 30. September 2015 E. 2.1).

#### **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 m.w.H.).

#### **E. 4.6**

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, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

#### **E. 4.7**

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen (BGE 139 V 349 E. 5.4; 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4). Solche Indizien können sich aus dem Gutachten selber ergeben (z.B. innere Widersprüche, mangelnde Nachvollziehbarkeit) oder auch aus Unvereinbarkeiten mit anderen ärztlichen Stellungnahmen (Urteil des BGer 9C\_49/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 4.1).

#### **E. 5.1**

Die Vorinstanz begründete die Aufhebung der Rente in der angefochtenen Verfügung damit, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Januar 2012 verbessert habe und stützte sich dabei auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_. Aus somatischer Sicht bestehe eine eher unveränderte Situation mit einer leichten Verbesserung. Die Ausübung einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit sei weiterhin möglich. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine klare Verbesserung des Gesundheitszustandes. Die rezidivierende depressive Störung sei seit Januar 2012 remittiert und die soziale Integration sei voll erhalten geblieben. Demzufolge gebe es seither keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht mehr. Diese Feststellungen liessen darauf schliessen, dass noch eine Gesundheitsbeeinträchtigung bestehe, die zu den folgenden Funktionseinschränkungen führe: jede Tätigkeit mit wechselnder Arbeitsposition (stehend/sitzend), ohne das Heben von Lasten von mehr als 10 kg, ohne schwere Arbeiten oder Überforderung der Wirbelsäule und vor Kälte, Hitze, Feuchtigkeit und schlechtem Wetter geschützt. Die Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maurer betrage weiterhin 100 %, jene in der Ausübung einer den Funktionseinschränkungen angepassten Tätigkeit 0 % mit einer Verminderung der Erwerbsfähigkeit von 33 %.

#### **E. 5.2**

Der Beschwerdeführer entgegnete auf Beschwerdeebene, sein nervlicher und psychischer Zustand verschlechtere sich. Er sei nicht in der Lage, leichte oder mässige Tätigkeiten auszuüben und daher vom gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen. Aufgrund seiner depressiven Störungen sei er beim Neurologen Dr. E.\_\_\_\_\_ in Behandlung. Er reichte einen Bericht dieses Arztes vom 6. August 2014 sowie einen Elektromyographie-Befund von Dr. F.\_\_\_\_\_ vom 24. Juli 2014 ein.

#### **E. 5.3**

Die Vorinstanz stellte sich in der Vernehmlassung auf den Standpunkt, sie habe den Sachverhalt gründlich abklären lassen. Die beiden IV-Ärzte hätten sich ein zweifelsfreies und nachvollziehbares Bild der aktuellen Leiden des Beschwerdeführers bilden können und hätten sich den Erkenntnissen der beiden Gutachter vorbehaltlos angeschlossen. Die im Rahmen des Anhörungs- wie auch des Beschwerdeverfahrens eingereichten Arztberichte vermöchten an ihrer Einschätzung nichts zu ändern.

### **E. 6.1**

Die Vorinstanz stützte die Rentenrevision und die Aufhebung der Rente des Beschwerdeführers auf Art. 17 Abs. 1 ATSG, nicht auf Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG, da die Rente ursprünglich theoretisch aufgrund eines Codes 645 "Psychopathie" gewährt worden sei (IVSTA-Akt. 55). Sind die Voraussetzungen für die Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG erfüllt, ist dieses Vorgehen nicht zu beanstanden, auch wenn aus ärztlicher Sicht (heute) tatsächlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und damit ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) im Vordergrund steht (so implizit BGE 141 V 385 E. 4).

### **E. 6.2**

Der ursprünglichen, rentengewährenden Verfügung vom 16. Dezember 2003 lagen die medizinischen Erkenntnisse des Gutachtens der MEDAS (...) (Innere Medizin und Rheumatologie sowie Psychiatrie) vom 8. Dezember 2003 (IVAI-Akt. 182 ff.) zugrunde. In diesem Gutachten wurden die folgenden Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit gestellt: - Hypochondrische Entwicklung, einhergehend mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und Spannungskopfschmerzen DD schwere depressive Episode - Chronifizierendes thorako-lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulären Ausstrahlungen rechts - Skoliose, thorakale Hyperkyphose - Osteochondrose/Spondylose der mittleren und distalen BWS, Chondrose L5/S1 - Muskuläre Dysbalance - Osteopenie - Malgaigne-Fraktur 26.11.97 Als Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurden genannt: Hypakusis links nach chronischer Otitis media (Hörgerät links) und Nikotinabusus. Aus psychiatrischer Sicht wurde sowohl in der angestammten Tätigkeit als Maurer als auch in sämtlichen übrigen Berufstätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert. Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit als Maurer seit dem Unfallereignis vom 26. November 1997, jedoch sei eine volle Arbeitsfähigkeit in wechselbelastenden, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten unter Vermeidung von Lastenheben über 15 kg (von Boden auf Taillenhöhe) beziehungsweise 2.5 kg (von der Taille bis Kopfhöhe) sowie von Heben von Lasten horizontal über 20 kg, des Weiteren Vermeidung von Tätigkeiten in ergonomisch ungünstigen Wirbelsäulenhaltungen realisierbar.

### **E. 6.3**

Als massgebender Vergleichszeitpunkt ist die Mitteilung vom 14. April 2008 zu betrachten, mit der die IVSTA den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine ganze Invalidenrente bestätigte. Diese basierte auf einer umfassenden Überprüfung der gesundheitlichen Verhältnisse mit Blick auf die Revisionsvoraussetzungen im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG und ist damit der letzte Rechtsakt, der aus einer rechtsgenügenden materiellen Prüfung des Rentenanspruchs resultierte. Der in dieser Mitteilung bestätigte Anspruch auf

eine ganze Invalidenrente beruht auf einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % sowohl im angestammten Beruf als auch in einer Verweistätigkeit. Die IVSTA stütze sich dabei auf die folgenden ärztlichen Einschätzungen:

#### **E. 6.3.1**

Der Psychiater B. \_\_\_\_\_ stellte in seinem medizinischen Gutachten vom 12. November 2007 (IVSTA-Akt. 29) die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Störung (F45.4). Der Beschwerdeführer habe erklärt, er habe den Psychiater nicht mehr aufgesucht, da der Hausarzt ihn betreue. Er sei depressiv gestimmt.

#### **E. 6.3.2**

Im vom portugiesischen Versicherungsträger eingeholten, auf eigenen Untersuchungen beruhenden ärztlichen Formulargutachten E 213 der Ärztin G. \_\_\_\_\_ vom 8. Januar 2008 (IVSTA-Akt. 28) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe ein Wirbelsäulentrauma erlitten. Als Diagnosen wurden ein Lumbago-Ischias-Syndrom rechts, Bandscheibenvorfall L4-L5 und eine anhaltende somatoforme Störung ausgewiesen. In den Schlussfolgerungen wurden zudem chronische und anhaltende Schmerzen sowie Angstzustände und wiederkehrende Depressionen festgehalten. Die Ärztin ging von einem hundertprozentigen Invaliditätsgrad sowohl für die angestammte als auch für eine leidensangepasste Tätigkeit aus.

#### **E. 6.3.3**

Der Arzt des medizinischen Dienstes der IVSTA Dr. med. H. \_\_\_\_\_ ging in seiner Stellungnahme vom 5. April 2008 (IVSTA-Akt. 36) aufgrund der beiden genannten Dokumente davon aus, dass sich beim Beschwerdeführer weder in somatischer noch in psychologischer Hinsicht etwas verändert habe und dieser deshalb weiterhin unverändert bezüglich jeglicher beruflicher Tätigkeiten arbeitsunfähig sei.

#### **E. 6.4**

Zu prüfen ist deshalb im Folgenden, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausging, dass aufgrund der Akten eine zur Einstellung der Rentenleistungen führende Veränderung des Gesundheitszustands im Zeitraum vom 14. April 2008 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 4. Juli 2014 ausgewiesen ist.

#### **E. 7.1**

Für die Beurteilung der anspruchrelevanten Veränderung des Gesundheitszustandes und für die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befundes und dessen funktioneller Auswirkungen stellt die IVSTA in der angefochtenen Verfügung auf die folgenden ärztlichen Einschätzungen ab:

##### **E. 7.1.1**

Im von der IVSTA in Auftrag gegebenen bidisziplinären Gutachten (IVSTA-Akt. 60 ff.) stellte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Er stellt jedoch die folgenden Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Chronisches lumbo-sakrales Schmerzsyndrom (seit Unfall vom 27. November 1997) - Konsolidierte rechtsseitige Beckenringfraktur vom 27. November 1997 - Klinisch leichte Fehllhaltung thorakolumbal, minime Bewegungseinschränkung der LWS, Druckdolenz L3 bis S2, normal tonisierte Lumbalmuskulatur, keine Hinweise auf ein radikuläres Geschehen. Thorakale Hyperkyphose. - Radiologisch minime Diskopathie L5/S1 und leichte distale

Spondylarthrose - Dekonditionierung Bezüglich Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte er aus, es müsse trotz Fehlens einer relevanten Pathologie aufgrund der Vorgeschichte und der subjektiven Klagen das Vorhandensein von gewissen Rückenschmerzen angenommen werden. Zusammen mit der Dekonditionierung dürfe deshalb die Zumutbarkeit von Rückenschwerarbeit - und damit die Arbeit auf dem Bau - verneint werden. Soweit ein Vergleich mit den Akten überhaupt möglich sei, habe sich die Situation seit der Rentenzusprache respektive seit dem 14. April 2008 leicht verbessert. Dr. med. C.\_\_\_\_\_ stellte die folgenden Diagnosen: - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) - Rezidivierende depressive Störung, seit Anfang 2012 remittiert (F33.4) Er führte dazu aus, die Schmerzproblematik finde sich beim Beschwerdeführer bis heute, er fühle sich vor allem wegen Kopf- und Rückenschmerzen unwohl beziehungsweise arbeitsunfähig. Neuerdings gebe er zusätzlich heftige Schmerzen in den Händen und Füßen an. Aus psychiatrischer Sicht könne von einer psychosomatischen Überlagerung im Rahmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ausgegangen werden, da der Versicherte die folgenden Symptome zeige: Er sei auf Schmerzen fixiert, äussere hypochondrische Befürchtungen und zeige eine Schmerzausdehnung. Auffallend sei zudem, dass Lebensprobleme zu einer Verstärkung der Schmerzen führen würden. Nach seiner Rückkehr nach Portugal habe sich die Situation zunehmend verbessert. Die günstige Lebenssituation mit einer neuen Lebenspartnerin, Wohnsituation bei den Eltern und Verwurzelung in der örtlichen Kultur führe dazu, dass sich die rezidivierende depressive Störung stark zurückgebildet habe. Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers bestünden seit Anfang 2012 kaum mehr psychische Verstimmungen. Zudem sei der Befund zum Zeitpunkt der Untersuchung weitgehend unauffällig. Der Beschwerdeführer habe eine regelmässige Tagesgestaltung, gehe intensiv seinem Hobby, dem Malen nach, gehe oft spazieren und treffe sich mit seinen Kollegen. Es sei also von einer Remission der rezidivierenden Störung auszugehen. Es gebe allerdings ungünstige psychosoziale Faktoren: lange Phase von Arbeitsuntätigkeit, fehlende Motivation zur Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit, Zufriedenheit mit dem jetzigen Lebensstil. Der Gutachter hält die psychosomatischen Beschwerden für überwindbar. Es bestehe kein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf. Es liege kein primärer Krankheitsgewinn vor. Behandlung oder Eingliederungsmassnahmen seien in den letzten Jahren nicht durchgeführt worden. Es könne deshalb nicht vom Scheitern von Behandlungen gesprochen werden. Die Ressourcen seien gemäss Ansicht des Beschwerdeführers stark eingeschränkt, was psychiatrisch nicht nachvollziehbar sei. In ihrer interdisziplinären Besprechung vom 18. Juni 2013 kamen die beiden Gutachter zum Schluss, eine Rückenschwerarbeit sei dem Beschwerdeführer nicht zumutbar. Bei einer leichten bis mittelschweren Arbeit sei der Beschwerdeführer seit Anfang 2012 voll arbeitsfähig.

#### **E. 7.1.2**

Der Psychiater B.\_\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 14. Juni 2012 (IVSTA-Akt. 49) die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F 45.4) und wiederkehrender Depressionen, derzeit nur leicht (F 33.0).

#### **E. 7.1.3**

Im Formular E 213 (IVSTA-Akt. 50), datiert vom 29. Juni 2012, führte die Ärztin I.\_\_\_\_\_ chronische Schmerzen als Folge eines Beckenbruchs und einen unveränderten Zustand an. Sie hält zudem eine wiederkehrende Depression fest.

#### **E. 7.1.4**

Der RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ (Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) stellte in seiner Stellungnahme vom 20. Oktober 2013 (IVSTA-Akt. 70) fest, die affektive Begleiterkrankung in Form einer Depression sei vollkommen remittiert, so dass heute nur noch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bestehe, ohne Komorbidität und ohne sozialen Rückzug. Es sei damit zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes in dem Sinne gekommen, dass keine psychiatrische Komorbidität mehr bestehe.

#### **E. 7.1.5**

Die RAD-Ärztin Dr. med. K. \_\_\_\_\_ (Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation) stellte in ihrer Stellungnahme vom 8. November 2013 fest, es bestehe eine Diskrepanz zwischen den vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden und den ärztlichen Beobachtungen. Die ursprünglich festgestellte hundertprozentige Invalidität habe auf den psychiatrischen Problemen beruht, bei denen es nun eine Verbesserung gegeben habe. Bezüglich Arbeitsfähigkeit folge sie deshalb den Ausführungen von Dr. J. \_\_\_\_\_.

#### **E. 7.2**

Massgebende Grundlage für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch den medizinischen Dienst ist sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Sicht das bidisziplinäre Gutachten der Ärzte D. \_\_\_\_\_ und C. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 7.1.1). In diesem wird im Wesentlichen aus rheumatologischer Sicht eine unveränderte gesundheitliche Situation, aus psychologischer Sicht jedoch eine Verbesserung insofern festgestellt, als die depressive Störung seit Anfang 2012 remittiert sei. Letzteres führe dazu, dass dem Beschwerdeführer nun auch aus psychiatrischer Sicht die Aufnahme einer leichten bis mittelschweren Arbeit zumutbar sei, da die psychosomatischen Beschwerden (anhaltende somatoforme Schmerzstörung) überwindbar seien. Das genannte Gutachten basiert auf einer umfassenden rheumatologischen respektive psychiatrischen Untersuchung und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben. Die begutachtenden Fachärzte haben detailliert die Anamnese sowie die Befunde erhoben, nachvollziehbare Diagnosen gestellt und sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem wurden die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt sowie die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Die Gutachter haben den Einfluss des invalidenrechtlich relevanten Gesundheitsschadens auf die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgezeigt. Schliesslich äusserten sich die Gutachter auch zum revisionspezifischen Beweisthema aus medizinischer Sicht (vgl. Urteil des BGer 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.2). Im Hinblick auf die Beurteilung einer revisionsrelevanten Veränderung des Gesundheitszustandes und des aktuellen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit genügen die Gutachten somit grundsätzlich den an den Beweiswert ärztlicher Berichte gestellten Anforderungen und sind soweit voll beweiskräftig.

#### **E. 8**

Die Gutachten wurden allerdings vor dem 3. Juni 2015 und damit vor Ergehen des Bundesgerichtsurteils BGE 141 V 281 erstellt. Sie beruhen damit noch auf der mit diesem Urteil aufgegebenen Rechtsprechung bezüglich anhaltender somatoformer

Schmerzstörungen.

### **E. 8.1**

Gemäss dieser früheren Rechtsprechung vermochten somatoforme Schmerzstörungen und ähnliche ätiologisch-pathogenetisch unklare syndromale Leidenszustände in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken. Die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzte das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) oder schliesslich unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person voraus. Je mehr dieser Kriterien zutrafen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellten, desto eher waren die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.2 f. m.w.H.).

### **E. 8.2**

Diese Rechtsprechung wurde in BGE 141 V 281 überdacht und teilweise geändert. Zusammenfassend erwog das Bundesgericht darin, dass die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen, die sich aus denjenigen Befunden ergäben, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend seien, zu berücksichtigen habe, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen müsse. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell werde durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. 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) - ändere sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) würden im Regelfall zu beachtende Standardindikatoren treten. Diese liessen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und auf die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität sei zu verzichten. Der Prüfungsraster sei rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirkten sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren - rechtlich gebotener - Anwendung im Einzelfall zusammen. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades sei nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen seien. Fehle es daran, habe die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E.

6). In intertemporaler Hinsicht hielt das Bundesgericht zudem in E. 8 fest, dass gemäss altem Verfahrensstand eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert verlören. Vielmehr sei im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhalte. Es sei in jedem Fall zu prüfen, ob die beigezogenen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlaubten oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte könne zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen.

### **E. 8.3**

Im vorliegenden Fall erlaubt das bidisziplinäre Gutachten eine schlüssige Beurteilung der Auswirkungen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung des Beschwerdeführers im Lichte der gemäss BGE 141 V 281 massgeblichen Indikatoren. Diese führt zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer die Überwindung der Folgen seiner anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und damit die Aufnahme einer leichten oder mittelschweren Arbeit zumutbar ist, wie im Folgenden zu zeigen ist:

#### **E. 8.3.1**

In der Kategorie "funktioneller Schweregrad" ist als erster Komplex die Gesundheitsschädigung zu betrachten. In diesem Komplex enthalten sind die Indikatoren "Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde", "Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz" und "Komorbiditäten". Diesbezüglich ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer vor allem über Kopf- und Rückenschmerzen klagt sowie seit kurzer Zeit über Schmerzen in den Händen und Füßen. Zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung (rheumatologisches Gutachten vom 29. Mai 2013) klagte der Beschwerdeführer über konstante Kreuzschmerzen bis zum lumbo-thorakalen Übergang, Nacken- und Kopfschmerzen zwei- bis dreimal monatlich, morgendliche Fusssohlenschmerzen sowie ein- bis zweimal monatlich Schmerzen und Kraftlosigkeit beider Hände und Einschlafen der Hände und aller Finger. Der Rheumatologe stellte fest, klinisch hielten sich die Befunde in Grenzen. Zusammenfassend geht der Rheumatologe lediglich von "gewissen Rückenschmerzen" aus. Der psychiatrische Gutachter stellt weder Bewusstseins- noch Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen oder formale Denkstörungen fest. Der Beschwerdeführer ordnet die Schmerzen auf der Stufe 6 bis 7 auf der Schmerzskala ein. Von einem besonders schweren Krankheitsgeschehen ist damit nicht auszugehen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Ausprägung der psychosomatischen Störungen des Beschwerdeführers stark von psychosozialen und soziokulturellen Faktoren abhängt: Die psychische Situation des Beschwerdeführers verbesserte sich nämlich zunehmend, nachdem er sich in Portugal etabliert und eine neue Lebenspartnerin gefunden hatte. Zudem wirken sich gemäss Gutachten die folgenden Umstände ungünstig aus, obwohl sie die nicht direkt auf die gesundheitliche Beeinträchtigung zurückzuführen sind: die lange Phase der Arbeitsuntätigkeit, die fehlende Motivation zur Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit und die Zufriedenheit mit dem momentanen Lebensstil als psychosoziale Faktoren. Bezüglich Behandlungserfolg oder -resistenz ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer keine gezielten Therapien gemacht und die Psychotherapie nach seiner Übersiedlung nach Portugal abgebrochen hat. Bezüglich dem Indikator "Komorbiditäten" ist von Belang, dass die ursprünglich diagnostizierte, mittelschwere depressive Episode gemäss psychiatrischem Gutachten seit Anfang 2012

remittiert ist. Die psychische Situation des Beschwerdeführers habe sich nach anfänglichen Schwierigkeiten aufgrund des Umzugs nach Portugal zunehmend verbessert. Die günstige Lebenssituation habe dazu geführt, dass sich die rezidivierende depressive Störung stark zurückgebildet habe. Der Befund sei weitgehend unauffällig: Der Beschwerdeführer sei stimmungsmässig ausgeglichen und an sich guter Dinge. Seit Anfang 2012 kommt es nach Angaben des Beschwerdeführers kaum mehr zu psychischen Verstimmungen. Er sei nicht mehr in psychiatrischer Behandlung und einen Teil der verschriebenen Medikamente benötige er seit längerer Zeit nicht mehr, da es ihm psychisch recht gut gehe. Im Übrigen liegen weder andere psychische noch somatische Komorbiditäten vor.

#### **E. 8.3.2**

Bezüglich des Komplexes der "Persönlichkeit" hält das psychiatrische Gutachten fest, dass die prämorbid Persönlichkeitsstruktur nicht auffällig sei und keine Persönlichkeitsstörungen vorlägen.

#### **E. 8.3.3**

Bezüglich des Komplexes "Sozialer Kontext" wirkt sich im Hinblick auf verfügbare Ressourcen günstig aus, dass der Beschwerdeführer in Portugal auf die Unterstützung eines intakten sozialen Netzwerkes zählen kann: Er wohnt bei seinen Eltern, zusammen mit seiner Lebenspartnerin und trifft sich regelmässig mit Freunden. Das Leben in einem kleinen Dorf erleichtert ihm nach eigener Aussage die mitmenschlichen Kontakte. Auch die Beziehung zu seinen Kindern sei intakt, diese würden ihn oft in Portugal besuchen und er sei auch schon öfters in die Schweiz gereist. Das psychiatrische Gutachten gibt an, die soziale Integration sei voll erhalten geblieben. Es ist deshalb davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in seinem sozialen Umfeld mobilisierbare Ressourcen findet, die sich positiv auf sein funktionelles Leistungsvermögen auswirken.

#### **E. 8.3.4**

In die Kategorie "Konsistenzprüfung" fallen die Indikatoren "Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus" und "Ausgewiesener Leidensdruck". Diesbezüglich ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer zwar angibt, es bereite ihm Mühe, im Haushalt zu helfen, er aber einen doch geregelten Tagesablauf nachgeht, der regelmässige Spaziergänge, gelegentliche Mithilfe auf dem Rebgut der Eltern und "oft" Treffen mit Freunden beinhaltet. Zudem gibt der Beschwerdeführer an, er male sehr gerne Bilder, da er sich so entspannen könne. Schliesslich lassen die Tatsachen, dass der Beschwerdeführer seine psychiatrische Behandlung bereits vor einiger Zeit abbrach und auch die verschriebenen Medikamente nur teilweise einnimmt, eher nicht auf einen besonders hohen Leidensdruck schliessen. Insgesamt sind damit beim Beschwerdeführer keine leistungshindernden äussere Belastungsfaktoren auszumachen, insbesondere liegen keine besonders schwere Ausprägung seines Krankheitsgeschehens und keine Komorbiditäten vor. Gleichzeitig bestehen insofern mobilisierbare Ressourcen, als er auf ein ihn unterstützendes soziales Netzwerk zurückgreifen kann. Auch hält der psychiatrische Gutachter die Ansicht des Beschwerdeführers, seine Ressourcen seien stark eingeschränkt, für psychiatrisch nicht nachvollziehbar. Darauf, dass sein Leistungsvermögen aufgrund der diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht vermindert ist, weist auch der Umstand hin, dass er in seiner Freizeit intensiv ein Hobby pflegt und oft Freunde trifft. Es ist ihm deshalb insgesamt zumutbar, seine Arbeitsfähigkeit in einer leichten oder mittelschweren Verweistätigkeit zu 100 % auszuschöpfen. Die vorliegenden ärztlichen Gutachten

ermöglichen damit eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren nach BGE 141 V 281. Auf weitere medizinische Abklärungen kann damit in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden, da davon keine entscheiderelevanten neuen Aufschlüsse erwartet werden können.

#### **E. 8.4**

An dieser Feststellung vermögen auch die vier ärztlichen Berichte aus Portugal nichts zu ändern.

##### **E. 8.4.1**

Der Bericht des Psychiaters B. \_\_\_\_\_ vom 14. Juni 2012 stellt eine "anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.4" und eine "wiederkehrende Depression, derzeit nur leicht F33.0" fest. Der Bericht lag den Gutachtern bei ihrer Begutachtung vor. Der psychiatrische Gutachter kommt zum Schluss, der Befund einer leichtgradigen depressiven Episode dürfte damals zugetroffen haben und widerspreche den im Gutachten gemachten Diagnosen und Schlüssen nicht. Dies erscheint nachvollziehbar, zumal die Diagnose einer leichtgradigen depressiven Episode Mitte 2012 nicht im Widerspruch zur Aussage des psychiatrischen Gutachters steht, der Beschwerdeführer sei seit ca. Anfang 2012 in seiner früheren Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht mehr eingeschränkt.

##### **E. 8.4.2**

In einem Gutachten vom 7. Januar 2014 führt der Neurologe E. \_\_\_\_\_ unter anderem aus, zusätzlich zum depressiven Krankheitsbild leide der Beschwerdeführer unter kognitiver Amnesie. Zudem leide er vermehrt unter Nervenstörungen in den Händen, die aus einem Karpaltunnelsyndrom resultieren könnten. In ihrer Stellungnahme vom 3. Februar 2014 führte die RAD-Ärztin Dr. med. K. \_\_\_\_\_ aus, der rheumatologische Gutachter habe keine Symptome oder Anzeichen für ein Karpaltunnelsyndrom gefunden. Dieses könnte sich aber auch erst nach der Begutachtung entwickelt haben. In den meisten Fällen ergebe sich aus einem Karpaltunnelsyndrom keine relevante, dauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, weshalb der Bericht aus somatischer Sicht die Zuverlässigkeit des Gutachtens nicht in Zweifel ziehe. Schliesslich stellte die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 24. November 2014 fest, die Eletroneuromyographie des Beschwerdeführers vom 24. Juli 2014 (siehe dazu sogleich, E. 8.4.3) habe keinerlei Hinweise auf ein Karpaltunnelsyndrom ergeben. Der RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ stellt in seiner Stellungnahme vom 25. Mai 2014 fest, als Neurologe sei der portugiesische Arzt nicht dazu berufen, eine Depression zu postulieren und damit kognitive Einschränkungen zu begründen.

##### **E. 8.4.3**

In einem weiteren Bericht datiert vom 6. August 2014 stellte der Neurologe E. \_\_\_\_\_ fest, die reaktive und chronische Depression des Beschwerdeführers halte bis zum heutigen Tag an und habe sich verschlechtert. Zudem habe sich in einer Elektromyographie eine mässige bis schwere chronische Radikulopathie L5-S gezeigt. Die RAD-Ärztin Dr. med. K. \_\_\_\_\_ führte dazu in ihrer Stellungnahme vom 24. November 2014 aus, die radikuläre Schädigung sei bisher nicht bekannt gewesen. Es handle sich jedoch um eine chronische Schädigung, die nicht neu sei, und das rheumatologische Gutachten nenne weder klinische noch funktionelle, objektivierbare Auswirkungen, die darauf zurückgeführt werden könnten. Sie verweist auch darauf, dass dem Bericht keinerlei klinische Untersuchungen zugrunde lägen. Deshalb ergäbe sich zusammenfassend keine Notwendigkeit, ihre ursprüngliche

Stellungnahme anzupassen.

#### **E. 8.4.4**

Dem Bericht des neurophysiologischen Labors, Dr. med. F.\_\_\_\_\_, vom 24. Juli 2014 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer einer Elektroneurographie und einer Elektromyographie unterzogen wurde. Als abschliessendes Ergebnis hält der Bericht eine mittelschwere bis schwere und chronische Kompression der Nervenwurzel L5-S1 rechts fest. Die RAD-Ärztin Dr. med. K.\_\_\_\_\_ führte dazu in ihrer Stellungnahme vom 24. November 2014 aus, es handle sich um eine chronische Schädigung ohne Anzeichen für eine aktive Denervierung.

#### **E. 8.5**

Diesen Berichten können damit keine Hinweise entnommen werden, die gegen die Zuverlässigkeit des bidisziplinären Gutachtens sprechen und dessen Beweiskraft in Frage stellen würden. Auf das Gutachten kann damit als voll beweiskräftig abgestellt werden. Zudem können den Berichten auch keine seit der Begutachtung neuen oder in relevanter Weise veränderten Diagnosen oder veränderten Auswirkungen bereits bekannter Diagnosen auf die funktionelle Leistungsfähigkeit entnommen werden.

#### **E. 9**

Damit steht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass sich die Gesundheit des Beschwerdeführers zwischen dem 14. April 2008 und dem 1. Januar 2012 in einer Weise verändert hat, die einen Einfluss auf seine Arbeitsfähigkeit hat. War dem Beschwerdeführer mit Mitteilung vom 14. April 2008 noch eine hundertprozentige Arbeitsunfähigkeit in allen beruflichen Tätigkeiten attestiert worden, so ist seit dem 1. Januar 2012 aufgrund der Verbesserung des Gesundheitszustandes in psychischer Hinsicht nur noch von einer hundertprozentigen Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf, jedoch von einer hundertprozentigen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten beruflichen Tätigkeit auszugehen (jede Tätigkeit mit wechselnder Arbeitsposition [stehend/sitzend], ohne das Heben von Lasten von mehr als 10 kg, ohne schwere Arbeiten oder Überforderung der Wirbelsäule und vor Kälte, Hitze, Feuchtigkeit und schlechtem Wetter geschützt).

#### **E. 10.1**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs, das heisst mittels eines Vergleichs von Validen- und Invalideneinkommen auf zeitlich gleicher Grundlage zu bestimmen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.4.2 m.w.H.; BGE 129 V 222 E. 4).

#### **E. 10.2**

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgeblichen Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 m.w.H.).

#### **E. 10.3**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in der die versicherte Person konkret steht. Ist kein tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 m.w.H.). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt, wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 m.w.H.). Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2; 126 V 75 E. 3b/bb).

#### **E. 10.4**

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage der LSE ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (leidensbedingter Abzug). Ob und in welcher Höhe statistische Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des Einzelfalles ab, die nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen. Relevante Merkmale sind leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad (BGE 134 V 322 E. 5.2 m.w.H.).

#### **E. 10.5**

Die Vorinstanz hat (IVSTA-Akt. 73) gestützt auf den zuletzt in der Schweiz erzielten Lohn ein Valideneinkommen für das Jahr 2010 von Fr. 5396.35 ermittelt. Zur Bestimmung des Invalideneinkommens hat sie die Tabellenlöhne der LSE 2010 für die Branchen "Gebäudebetreuung; Garten- u. Landschaftsbau (81)", "Wirtschaftliche Dienstl. Für Unternehmen (82)", "Grosshandel (46)" und "Detailhandel (47)", "Reparatur von Gebrauchsgütern (95)" und "sonst. persönliche Dienstleistungen (96)" herangezogen und unter Gewährung eines leidensbedingten Abzugs vom Tabellenlohn von 20 % ein Invalideneinkommen von Fr. 3607.71 ermittelt. Durch die Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen berechnete sie einen Invaliditätsgrad von aufgerundet 33 %.

#### **E. 10.6**

Das Vorgehen der Vorinstanz bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades wird vom Beschwerdeführer nicht bemängelt und ist im Grundsatz nicht zu beanstanden. Im Zeitpunkt des vorinstanzlichen Einkommensvergleichs vom 28. November 2013 und der angefochtenen Verfügung vom 4. Juli 2014 lagen die Zahlen der LSE 2012, die erst im Oktober 2014 veröffentlicht wurden (vgl. IV-Rundschreiben Nr. 328 vom 22. Oktober 2014), noch nicht vor. Deshalb konnten die aktuellsten statistischen Daten nur der LSE 2010 entnommen werden (Urteil des BGER 9C\_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2) und die Vorinstanz hat für die Ermittlung des Invalideneinkommens zu Recht auf die LSE 2010 abgestellt. Bei einer Rentenrevision ist der Einkommensvergleich jedoch auf den Zeitpunkt hin durchzuführen, auf den die Rente verändert wird (Urteil des BGER 9C\_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1). Der vorinstanzliche Einkommensvergleich ist deshalb dahingehend zu ändern, dass als zeitliche Vergleichsbasis auf das Jahr 2014 (anstatt 2010) abzustellen ist.

### **E. 10.7**

Vor Eintritt des Gesundheitsschadens verdiente der Beschwerdeführer im Jahr 1999 Fr. 55'243.00 (IVAI-Akt 73), was einen Monatslohn von Fr. 4603.58 ergibt (bei einer Arbeitszeit von 41 Stunden pro Woche). Dieser Lohn ist auf das Jahr 2014 zu indexieren (Fr. 4603.58 / 1835 [Indexwert 1999] x 2220 [Indexwert 2014]; vgl. Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976-2015 [Index: Basis 1939]), was Fr. 5569.45 ergibt. Es ist nicht von einem unterdurchschnittlich tiefen Lohn auszugehen, weshalb auf eine Parallelisierung zu verzichten ist (monatlicher Bruttolohn gemäss LSE 2010 "Hochbau [41]", Männer, Anforderungsniveau 4: Fr. 5420.-; hochgerechnet auf eine Wochenarbeitszeit von 41 Stunden: Fr. 5555.50). Das von der Vorinstanz ermittelte Invalideneinkommen (vor Leidensabzug) von Fr. 4509.63 ist ebenfalls auf das Jahr 2014 zu indexieren (Fr. 4509.63 / 2151 [Indexwert 2010] x 2220 [Indexwert 2014]), woraus Fr. 4654.29 resultiert. Bei einem Leidensabzug von 20 % (aufgrund der funktionellen, gesundheitlich bedingten Einschränkungen, des Alters des Beschwerdeführers [52 Jahre], der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt [12 Jahre] und des Fehlens einer Ausbildung) ergibt sich ein Invalideneinkommen bei einer Tätigkeit von 100 % von Fr. 3723.43. Daraus ergibt sich eine Erwerbseinbusse respektive ein Invaliditätsgrad von 33.15 % ab 1. Januar 2012 (Fr. 5569.45 - Fr. 3723.43 x 100 / Fr. 5569.45). Der Einkommensvergleich der Vorinstanz ist deshalb im Ergebnis nicht zu beanstanden. Selbst bei Gewährung des maximalen Leidensabzug von 25 % würde im Einkommensvergleich ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von maximal 37.32 % resultieren.

### **E. 10.8**

Nicht zu beanstanden und unbestritten ist schliesslich die Annahme der Vorinstanz, dass der Beschwerdeführer die attestierte Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung verwerten kann. Nach ständiger Rechtsprechung ist im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar. Die Rechtsprechung, wonach nach langjährigem Rentenbezug ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der sofortigen Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen können, kommt vorliegend nicht zur Anwendung, da der Beschwerdeführer bei Rentenaufhebung weder das 55. Altersjahr zurückgelegt hat noch seit mehr als 15 Jahren eine Rente bezogen hat (Urteil des BGer 9C\_228/2010 E. 3 m.w.H.). Da sich die Aufhebung der Rente zudem nicht auf Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG stützt, kommt auch der nach Abs. 2 dieser Bestimmung vorgesehene Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG nicht zur Anwendung (vgl. BGE 141 V 385 E. 4).

### **E. 11**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Vorinstanz zu Recht aufgrund der Verbesserung des psychischen Zustandes des Beschwerdeführers einen Revisionsgrund angenommen, den aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit korrekt beurteilt und den Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers korrekt berechnet hat. Die Vorinstanz hat die Invalidenrente des Beschwerdeführers zu Recht ab dem 1. September 2014 aufgehoben. Die Beschwerde ist abzuweisen.

### **E. 12.1**

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 400.- festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden. Der Differenzbetrag von Fr. 11.- ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

### **E. 12.2**

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 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 ebenfalls 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.