

BVGer C-4494/2013 vom 27. April 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-04-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4494_2013

FR: TAF C-4494/2013 du 27 avril 2016

IT: TAF C-4494/2013 del 27 aprile 2016

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 5

5.1 Zur Prüfung der Frage, ob die Vorinstanz mit Verfügung vom 25. Juli 2013 zu Recht festgestellt hat, es bestehe weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente, ist der medizinisch dokumentierte Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der ersten Rentenverfügungen vom 4. August 2005 (IV-act. 207 - 211) zu vergleichen mit dem Gesundheitszustand im Zeitpunkt der angefochtenen Revisionsverfügung vom 25. Juli 2013 (IVSTA-act. 42; vgl. BGE 133 V 108).

E. 5.2

Nebenbei ist anzumerken, dass im Jahr 2008 ein erstes Revisionsverfahren durchgeführt wurde. Im Zuge dieses Verfahrens füllte der Beschwerdeführer am 15. Dezember 2008 einen Fragebogen aus (IV-act. 291) und die Vorinstanz holte je einen Verlaufsbericht bei den behandelnden Ärzten Dres. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und I. _____, Spezialarzt für Allgemeine Medizin, ein (IV-act. 287 f., 295 ff.). Der Beschwerdeführer gab an, sein Gesundheitszustand habe sich verschlimmert. Die behandelnden Ärzte dagegen diagnostizieren einen unveränderten Gesundheitszustand. Daraufhin bestätigte die Vorinstanz mit Mitteilung vom 21. April 2009 den Anspruch auf eine halbe Rente (IVSTA-act. 304 f.). Weiterführende medizinische und erwerbliche Abklärungen wurden damals nicht vorgenommen. Eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Ermittlung des Invaliditätsgrades fand im ersten Revisionsverfahren mithin nicht statt (vgl. BGE 133 V 108). Die Mitteilung vom 21. April 2009 ist deshalb nicht als Vergleichsbasis zu berücksichtigen.

E. 5.3

Die erstmalige Rentenzusprache mit der Rentenverfügung vom 4. August 2005 (IV-act. 207 - 211) erfolgte auf der Grundlage des polydisziplinären Gutachtens der Medas Ostschweiz vom 25. Mai 2005 (IV-act. 181 - 204). Gestützt auf ein konsiliarisch eingeholtes psychiatrisches Gutachten von Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. April 2005 [IV-act. 181 - 184]) sowie auf eigene Untersuchungen diagnostizierten die MEDAS-Ärzte Dres. med. J. _____, Chefarzt, und K. _____, Facharzt für Innere Medizin/Rheumatologie mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine Dysthymia (ICD-10: F34.1), ein maladaptives Überzeugungs- und Bewältigungsmuster in Zusammenhang mit einem chronischen Schmerzsyndrom (ICD-10: F 54), ein chronisches Zerviko- und oberes Thorakovertebralsyndrom mit Brachialgie links

(ICD-10: M54.2) bei/mit perineutraler Fibrose der Wurzel C6 links bei Status nach Foraminotomie und mikrochirurgischer Sequesterentfernung 09.03.2001 bei intraforaminaler Diskushernie C5/C6 links, ausgedehntem myofaszialem Schmerzsyndrom mit muskulärer Dysbalance und referred pain-Symptomatik, funktionellen Rippenstörungen 1-4 links, röntgenologisch Osteochondrose C5/C6 mit leicht pathologischem Alignment C4 und C5 und rudimentären Halsrippen beidseits. Des Weiteren wurden eine leichte Schleiersenkung sowie eine Leukozytose (kontrollbedürftig) als Nebenbefund erhoben. Zusammenfassend seien die vom Beschwerdeführer geklagten persistierenden Beschwerden bezüglich Lokalisation, Art und Provokation durch die beschriebenen klinischen Befunde bei multikausaler Ursache nachvollziehbar und würden die Rücken- und Schultergürtelbelastbarkeit links deutlich einschränken. Anlässlich der Gutachtenuntersuchung in der Thurgauer Klinik St. Katharinental werde im Bericht vom 3. Mai 2002 erwähnt, dass dem Versicherten eine leichte bis mittelschwere Arbeit mit oberer Gewichtslimite von 15 kg ohne weitere Einschränkungen ganztags zugemutet werden könne. Dies treffe auch heute noch zu, wobei aufgrund des klinischen Verlaufs weniger die obere Gewichtslimite, als mehr die Schultergürtelbelastung links (rotatorischer oder elevatorischer Art) sowie die HWS-Rotation nach links qualitativ limitierend seien und möglichst vermieden werden sollten: letzteres zur Verhinderung einer rezidivierenden leichten neutralen Reizung, ersteres zur Verschlechterung der myofascialen Situation mit dann daraus resultierender Verstärkung der Schmerzen. Die Gutachter führen aus, dass aus psychiatrischer Sicht aufgrund des psychiatrischen Consiliargutachtens durch Dr. G._____ die Diagnose einer Dysthymia sowie eines maladaptives Überzeugungs- und Bewältigungsmusters in Zusammenhang mit einem chronischen Schmerzsyndrom bestehe. Anlässlich der psychiatrischen Exploration hätten sich keine Merkfähigkeits-, Auffassungs- und Gedächtnisstörungen sowie Anhaltspunkte für Wahnideen oder Sinnestäuschungen bei guter Konzentrationsfähigkeit gezeigt, hingegen eine deutliche psychomotorische Verlangsamung mit Vorherrschen einer gedrückten Stimmung und einem fast völligen Fehlen affektiver Regungen. Der Versicherte sei der festen Überzeugung er sei schwer krank und arbeitsunfähig und könne seine psychische Befindlichkeit auch in seiner Muttersprache nicht ausführlich beschreiben. Vorherrschend sei offensichtlich eine Lust- und Freudlosigkeit und eine ausgeprägte Antriebsstörung, ausgedrückt in einer psychomotorischen Verlangsamung. Es handle sich um den Zustand einer chronisch depressiven Verstimmung, welche dem Begriff einer Dysthymia zugeordnet werden könne. Die MEDAS-Ärzte führten weiter aus, vom behandelnden Psychiater, Dr. H._____, werde im Bericht vom 4. August 2003 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit seit Januar 2002 bescheinigt, aufgrund des psychiatrischen Consiliargutachtens durch Dr. G._____ eine solche im Umfang von 35 %. Diese erhebliche Diskrepanz der Einschätzung könne dadurch erklärt werden, dass im erwähnten Bericht des behandelnden Psychiaters auch IV-rechtlich fremde Faktoren berücksichtigt worden seien. Unter Berücksichtigung der erwähnten qualitativen Einschränkungen rein aus organischen Gründen ergebe sich polydisziplinär betrachtete insgesamt eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit, vorzugsweise ganztags mit verminderter Belastung vor allem für den Schultergürtel links und vermehrten Pausen zur Verhinderung einer Verstärkung der myofascialen Reizung (tendomyotisch und das Nervensystem betreffend). Angesichts der erhobenen Befunde gelangten die Gutachter Dres. med. J._____ und K._____ zum Schluss, dass eine abschliessende Beurteilung einer Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit schwierig sei, da der Beschwerdeführer seit 1996 keiner geregelten Tätigkeit mehr nachgegangen sei und sporadische Arbeitseinsätze

geleistet habe. Für eine den beschriebenen persistierenden Veränderungen mit der daraus resultierenden Reizsymptomatik und den Beschwerden adaptierte Arbeit bestehe rein aus rheumaorthopädischer Sicht im Sinne einer Verminderung der Belastbarkeit eine leichte Leistungsminderung, falls folgende Tätigkeiten ausgeschlossen seien: häufige belastende Bewegungen im linken Schultergürtel rotatorischer Art oder Überkopfarbeiten links, Heben und Tragen sehr schwerer Gegenstände und/oder langandauernde Tätigkeiten in einer ungünstigen Flexionsstellung sowie vor allem Arbeiten, welche in einer deutlichen Linksrotationsstellung des Kopfes ausgeführt werden müssen. Zur Verhinderung einer Verstärkung der myofascialen Reizsymptomatik im linken Schultergürtel sollten nebst diesen qualitativen Einschränkungen etwas geringere Belastungen mit gelegentlich eingeschalteten Pausen vorgenommen werden, sodass polydisziplinär beurteilt zusammen mit der Arbeitsunfähigkeit von 35 % aus psychiatrischer Sicht eine gesamte Arbeitsunfähigkeit von 50 % anzugeben sei. Dies vorzugsweise wegen der erwähnten Gründe knapp vollschichtig mit verminderter Leistung und vermehrt eingeschalteten Pausen.

6.6.1 Nachfolgend gilt es zu prüfen, ob sich aus den Akten eine Gesundheitsverschlechterung seit dem 4. August 2005, wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht, ergibt. Im Rahmen des im Juni 2012 eingeleiteten Revisionsverfahrens wurden folgende ärztliche Berichte und Dokumente zur Erwerbssituation zu den Akten gereicht: - 27.07.2012 elektroneuromyographischer Befund (IVSTA-act. 20): Untersuchung der Muskeln - 13.08.2012: fachärztlicher Befund von Dr. D. _____ (IVSTA-act. 19): Diagnosen: anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4), Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F 41.2), zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie (ICD-10 M 50.1), bindegewebige Stenose des Spinalkanals (ICD-10 M 99.4), Stenose des Spinalkanals durch Bandscheiben (ICD-10 M 99.5), sonstige Spondylose mit Radikulopathie (ICD-10 M 47.2). Vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche berufliche Tätigkeit. - 13.08.2012: Befund und Stellungnahme des Facharztes (IVSTA-act. 18), Röntgen der Halswirbelsäule in AP- und LL-R-Projektion - 21.02.2013: fachärztlicher Befund und Beurteilung des Zustands von Dr. D. _____ (IVSTA-act. 38): Diagnosen: anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4), Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F 41.2), zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie (ICD-10 M 50.1), bindegewebige Stenose des Spinalkanals (ICD-10 M 99.4), Stenose des Spinalkanals durch Bandscheiben (ICD-10 M 99.5), sonstige Spondylose mit Radikulopathie (ICD-10 M 47.2). Arbeitsunfähigkeit von mehr als 70 %. - 16.09.2013: fachärztlicher Befund und Beurteilung des Zustands von Dr. D. _____ (BVGer-act. 7 und 8): Diagnosen: anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4), Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F 41.2), zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie (ICD-10 M 50.1), bindegewebige Stenose des Spinalkanals (ICD-10 M 99.4), Stenose des Spinalkanals durch Bandscheiben (ICD-10 M 99.5), sonstige Spondylose mit Radikulopathie (ICD-10 M 47.2). Arbeitsunfähigkeit von mehr als 70 %

6.2 Der RAD hat die medizinischen Akten wie folgt gewürdigt: 6.2.1 Der vom RAD-Arzt Dr. med. F. _____, Spezialarzt für Allgemeine Medizin, konsultierte RAD-Psychiater Dr. med. E. _____ führte in einer ersten Stellungnahme vom 28. Dezember 2012 (IVSTA-act. 28) aus, Dr. med. G. _____ habe eine psychogene Überlagerung diagnostiziert, wobei er richtigerweise die von Gutachtern seltener gewählte Möglichkeit einer ICD-10 Diagnose F 54 "maladaptives Überzeugungs- und Bewältigungsmuster in Zusammenhang mit einem (somatisch bedingten) chronischen Schmerz-syndrom" berücksichtigt habe. Andere Gutachter hätten - je nach "Gusto" - hier vielleicht von einer "anhaltenden somatoformen Schmerzstörung F 45.4" oder von einer

"Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen F 68.0" gesprochen. Des Weiteren bemerkte er, eine psychiatrische Arbeitsunfähigkeit von 35 % (langfristig kalkulierte Leistungsminderung) plus eine somatische Arbeitsunfähigkeit von 15 % ergebe zusammen nicht eine solche von 50 %, sondern von 35 %. So habe Dr. med. D. _____ die ICD-10-Diagnosen F 45.4 (anhaltende somatoforme Schmerzstörung) und F 41.2 (Angst und depressive Störung gemischt) gestellt, wobei letztere eine Diagnose darstelle, die sich weitgehend mit derjenigen einer Dysthymie F 34.1 decke. Sodann hielt er fest, die Beschreibung im Zeugnis von Dr. med. D. _____ von 2012 decke sich weitgehend mit derjenigen von Dr. med. G. _____. Man könne auf rein psychiatrischem Fachgebiet keine wesentliche Verschlechterung aus diesem Zeugnis herauslesen. Es würden nur Diagnosen vorliegen, für welche in der Rechtsprechung die Vermutung bestehe, dass sie in der Regel keine Invalidität begründen würden. Auf psychiatrischem Fachgebiet würden nur Diagnosen vorliegen, welche den Fall den "Schlussbestimmungen der IV-Revision 6a" unterordnen würden. Der Versicherte sei für eine ordentliche Revision genügend dokumentiert, denn der in den neuen Unterlagen beschriebene Zustand decke sich in etwa mit demjenigen, der im Gutachten 2005 beschrieben worden sei. Es liege also ein gleichbleibender Zustand vor. Sofern der Fall den "Schlussbestimmungen 6a" untergeordnet werde (was seiner Meinung nach der Fall sein sollte), sei der Versicherte nicht genügend dokumentiert, denn der neue Bericht sei viel zu wenig ausführlich, um als Gutachten im Sinne der Schweizer Rechtsprechung bei Fällen "anhaltender somatoformer Schmerzstörung" und ähnlichen Krankheitsbildern zu gelten. Dr. F. _____ diagnostizierte in seiner Stellungnahme vom 3. Januar 2013 als Hauptdiagnose ein Cervicalsyndrom bei Diskusläsionen, degenerative Veränderungen (ICD-10 M 54.2), als Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Dysthymie (ICD-10 F 34.1). Aufgrund der internen Stellungnahme von Dr. E. _____, welcher zu entnehmen sei, dass die Leiden des Versicherten unter die Bestimmung der Revision 6a fielen, empfahl Dr. F. _____ ein pluridisziplinäres Gutachten (Psychiatrie und Rheumatologie) einzuholen (IVSTA act. 28). Zusätzliche Fragen an den behandelnden Arzt oder Experten seien folgende: Krankheitsverlauf, gesundheitliche und berufliche Einschränkungen, Beurteilung gemäss den Bestimmungen der Revision 6a. 6.2.2 Keinen Anlass zur Änderung seiner Beurteilung sah Dr. med. E. _____ aufgrund des nachgereichten Berichts von Dr. med. D. _____ vom 21. Februar 2013 (IVSTA-act. 38). In seiner Stellungnahme vom 16. Juli 2013 führte er aus, der behandelnde Nervenarzt beziehe sich auf seine früheren Stellungnahmen, spreche über peripher-neurologische Aspekte (Diskushernie C5 - C6) und erwähne im Rahmen des psychiatrischen Status einen gleichbleibenden Zustand (IVSTA-act. 41). Er habe auch dieselben Diagnosen wie am 13. August 2012 gestellt. Auf psychiatrischem Fachgebiet enthalte dieses ausführliche Zeugnis keinerlei neue Elemente. Es sei auf psychiatrischem Fachgebiet deckungsgleich mit dem Bericht vom 13. August 2012. Wie schon früher ziehe er in seine Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit sowohl Somatisches wie auch Psychiatrisches mit ein (AUF 70 %). Dieser Bericht ändere nichts an seiner Stellungnahme vom 28. Dezember 2012. Der Fall sei genügend dokumentiert. Dr. med. F. _____ diagnostizierte in seiner zweiten Stellungnahme vom 18. Juli 2013 ergänzend, der Versicherte sei in der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit zu 35 % arbeitsunfähig. Der Bericht von Dr. med. D. _____ ändere nichts an der Beurteilung (IVSTA-act. 41). 6.2.3 Ebenfalls keinen Anlass zur Änderung seiner Beurteilung sah Dr. med. E. _____ auch aufgrund des nachgereichten Berichts von Dr. med. D. _____ vom 16. September 2013. In seiner Stellungnahme vom 26. November 2013 führte er aus, dieses

Zeugnis sei ähnlich ausführlich wie dasjenige vom 21. Februar 2013 und enthalte weitestgehend dieselben Informationen wie die beiden früheren Zeugnisse vom 13. August 2012 und 21. Februar 2013. Wie schon am 21. Februar 2013 werde auch diesmal, im Gegensatz zum 13. August 2012, die Diagnose einer "anhaltenden somatoformen Schmerzstörung" und einer chronischen ängstlich-depressiven Störung gestellt (anstelle der Dysthymie), wobei der Kollege aber ausdrücklich argumentierte habe, dass es sich im Wesentlichen um denselben Zustand handle. Für den Nichtspezialisten und den Nichtmediziner sei gesagt, dass die genannten Diagnosen sich zu einem sehr erheblichen Grad überlappen und die unterschiedliche Diagnosestellung keinerlei Hinweis auf einen Schweregrad der Krankheit darstellen würden. Der neue Bericht sei weitestgehend identisch mit demjenigen vom 21. März 2013. Im Schlussbericht des RAD Rhone vom 3. Dezember 2013 kommt Dr. med. F. _____ zum Schluss, dass das Zeugnis von Dr. med. D. _____ vom 16. September 2013 nichts an der bisherigen Beurteilung ändere (IVSTA-act. 47).

6.3.6.3.1 Bei den Stellungnahmen von Dr. med. E. _____ und Dr. med. F. _____ handelt es sich um Berichte im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG (vgl. zum Sinn und Zweck dieser gesetzlichen Norm sowie zu Art. 49 IVV Urteil 9C_323/2009 des BGer vom 14. Juli 2009 E. 4.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Berichten nach Art. 59 Abs. 2bis IVG kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidungsrelevante Aktenstücke (Urteil I 143/07 des BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 m.H.; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5).

6.3.2 Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 2.5 hiervor), kann auf Stellungnahmen des RAD nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen.

6.3.3 Die Stellungnahmen von Dr. med. E. _____ weisen Ungereimtheiten auf, was zur Folge hat, dass an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit seiner Feststellungen erhebliche Zweifel anzumelden sind.

6.3.4 Dr. D. _____ diagnostizierte in allen ärztlichen Berichten unter anderem neu (abweichend von Dr. G. _____) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4). Zu dieser Diagnose äusserte sich Dr. E. _____ in seiner ersten Stellungnahme nicht bzw. lediglich dahingehend, indem er ausführte, Dr. G. _____ habe eine psychogene Überlagerung diagnostiziert, wobei er richtigerweise die von Gutachtern seltener gewählte Möglichkeit einer ICD-10 Diagnose F 54 "maladaptives Überzeugungs- und Bewältigungsmuster in Zusammenhang mit einem (somatisch bedingten) chronischen Schmerzsyndrom" berücksichtigt habe. Andere Gutachter hätten - je nach "Gusto" - hier vielleicht von einer "anhaltenden somatoformen Schmerzstörung F 45.4" oder von einer "Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen F 68.0" gesprochen. Diese Aussage liess er unbegründet. Zur Diagnose von Dr. D. _____ führte er sodann weiter aus, die Beschreibung im Zeugnis würde sich weitgehend mit derjenigen von Dr. G. _____ decken. Man könne auf rein psychiatrischem Fachgebiet keine wesentliche Verschlechterung aus diesem Zeugnis herauslesen. Auch diese Schlussfolgerung begründete er nicht (vgl. E. 4.2.1). Indem er weiter unten in seiner Stellungnahme angab, seiner Meinung nach sollte der Fall den "Schlussbestimmungen 6a" untergeordnet werden, sagte er jedoch implizit aus, dass der Beschwerdeführer an einem pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebild leidet (vgl. E. 4.2.1; Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG). Eine somatoforme Schmerzstörung wird bspw. diesem Beschwerdebild zugerechnet (vgl. Urteil des BVerfG C-1413/2013 vom 3. November 2015 E. 3.4.1). Die Ausführungen von Dr. Habicht zur Diagnose sind demzufolge nicht schlüssig.

Sodann führte Dr. E. _____ aus, der Beschwerdeführer sei nicht genügend dokumentiert, denn der neue Bericht sei viel zu wenig ausführlich. Diese Ausführungen sprechen für die Einholung eines Gutachtens. Dr. F. _____ empfahl aufgrund der Stellungnahme von Dr. E. _____ denn auch, ein pluridisziplinäres Gutachten (Psychiatrie und Rheumatologie) einzuholen (vgl. E. 4.2.1 in fine). 6.3.5 In seiner zweiten Stellungnahme führte Dr. E. _____ aus, dieser Bericht (Bericht von Dr. D. _____ vom 21. Februar 2013) ändere nichts an seiner Stellungnahme vom 28. Dezember 2012. Der Fall sei genügend dokumentiert. Entgegen dieser Aussage führte er in seiner ersten Stellungnahme vom 28. Dezember 2012 aus, der Versicherte sei nur für eine ordentliche Revision genügend dokumentiert. Sofern der Fall den Schlussbestimmungen 6a untergeordnet werde (was nach seiner Meinung der Fall sein sollte), sei der Versicherte nicht genügend dokumentiert, denn der neue Bericht sei viel zu wenig ausführlich, um als Gutachten im Sinne der Schweizer Rechtsprechung bei Fällen "anhaltender somatoformer Schmerzstörung" und ähnlichen Krankheitsbildern zu gelten (vgl. E. 4.2.1). Diese Ausführungen zur Dokumentation des Beschwerdeführers sind ebenfalls nicht schlüssig. Hingegen empfahl Dr. med. F. _____ in seiner ersten Stellungnahme, ein pluridisziplinäres Gutachten (Psychiatrie und Rheumatologie) einzuholen (IVSTA act. 28). Davon ist er auch in seiner zweiten und dritten Stellungnahme nicht abgewichen (vgl. IVSTA-act. 41 und 47). 6.3.6 In seiner dritten Stellungnahme führte Dr. E. _____ sodann aus, wie schon am 21. Februar 2013 werde auch diesmal, im Gegensatz zum 13. August 2012, die Diagnose einer "anhaltenden somatoformen Schmerzstörung" und einer chronischen ängstlich-depressiven Störung gestellt (anstatt der Dysthymie), wobei der Kollege aber ausdrücklich argumentierte habe, dass es sich im Wesentlichen um denselben Zustand handle (vgl. E. 4.2.3). Dazu muss korrekturweise festgehalten werden, dass Dr. D. _____ in jedem seiner drei Zeugnisse - auch im Zeugnis vom 13. August 2012 - die anhaltende somatoforme Schmerzstörung aufführte (vgl. E. 4.1). 6.3.7 Gemäss den Stellungnahmen von Dr. E. _____ ist die Diagnose somit nicht klar. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass beim Beschwerdeführer, wie von Dr. med. D. _____ diagnostiziert und von Dr. med. E. _____ angetönt, eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4) vorliegen könnte. So diagnostizierte bereits Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in seinem Arztbericht vom 4. August 2003 den Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung bestehend seit März 2001 (vgl. IV-act. 152). Die Dres. med. L. _____ und M. _____, Fachärzte für Neurochirurgie, führten in ihrem Bericht vom 22. Juni 2001 sodann aus, auch heute hätten sie den Eindruck, dass durch die lange Krankengeschichte der Versicherte sicher überlagert sei (IV-act. 71). Am 19. Juni 2007 berichten sie, dass man von einer nicht unerheblich psychischen Überlagerung ausgehen müsse (IV-act. 260). Auch Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin, diagnostizierte am 24. Februar 2001 somatoforme Tendenzzeichen (IV-act. 43). Am 23. September 2001 berichtete er, aus seiner Sicht bestehe eine subjektive Schmerzmagnifikation (IV-act. 83). Im Verlaufsbericht vom 3. April 2003 führte er aus, der Versicherte leide an einem chronischen Schmerzsyndrom mit deutlicher Somatisierungstendenz (IV-act. 134). Am 10. Januar 2009 berichte er von einer Überlagerung (IV-act. 298). 6.3.8 Dr. F. _____ diagnostizierte in seiner Stellungnahme vom 3. Januar 2013 als Hauptdiagnose ein Cervicalsyndrom bei Diskusläsionen, degenerative Veränderungen (ICD-10 M 54.2), als Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Dysthymie (ICD-10 F 34.1). Er äusserte sich nicht zu folgenden von Dr. D. _____ gestellten Diagnosen: zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie (ICD-10 M 50.1), bindegewebige Stenose des

Spinalkanals (ICD-10 M 99.4), Stenose des Spinalkanals durch Bandscheiben (ICD-10 M 99.5), sonstige Spondylose mit Radikulopathie (ICD-10 M 47.2). Dr. F. _____ hat somit einerseits weder die geklagten Beschwerden berücksichtigt, noch seine Hauptdiagnose begründet. 6.3.9 Des Weiteren ist der Umfang der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers nicht klar. Im Gutachten der Medas vom 25. Mai 2005 (IVSTA-act. 187 f.) wurde ausgeführt, dass polydisziplinär beurteilt zusammen mit der Arbeitsunfähigkeit von 35 % aus psychiatrischer Sicht eine gesamte Arbeitsunfähigkeit von 50 % anzugeben sei. Dr. med. E. _____ hielt dagegen, eine psychiatrische Arbeitsunfähigkeit von 35 % (langfristig kalkulierte Leistungsminderung) plus eine somatische Arbeitsunfähigkeit von 15 % ergebe zusammen nicht eine solche von 50 %, sondern von 35 % (IVSTA-act. 28, S. 3). So wurde dem Beschwerdeführer im Schlussbericht des RAD denn auch eine Arbeitsunfähigkeit von 35 % attestiert (IVSTA-act. 41, S. 4). Die Vorinstanz äusserte sich nicht zu diesem Widerspruch und hielt an der halben Rente fest. In der Regel verhalten sich die einzelnen fachbereichsbezogenen Arbeitsunfähigkeiten nicht additiv, sondern sie decken sich teilweise oder sogar ganz (vgl. Urteil des BGer 9C_425/2013 vom 16. September 2013 E. 4.3.1). Beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen, deren erwerbliche Auswirkungen sich in der Regel überschneiden, ist der Grad der Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer sämtliche Behinderungen umfassenden ärztlichen Gesamtbeurteilung zu bestimmen und eine blosser Addition der mit Bezug auf einzelne Funktionsstörungen und Beschwerdebilder geschätzten Arbeitsunfähigkeitsgrade ist unzulässig (vgl. Urteil des BGer 9C_295/2013 vom 20. Juni 2013 E. 4.4.). Aus dem Medas Gutachten geht jedoch - entgegen der Ansicht der RAD-Ärzte - nicht klar hervor, ob die einzelnen fachbereichsbezogenen Arbeitsunfähigkeiten lediglich addiert worden sind, denn es wurde nicht ausgeführt, es bestehe beim Beschwerdeführer eine 15 %-ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der somatischen Beschwerden, sondern dass polydisziplinär beurteilt zusammen mit der Arbeitsunfähigkeit von 35 % aus psychiatrischer Sicht eine gesamte Arbeitsunfähigkeit von 50 % anzugeben sei. 7. Da sich die angefochtene Verfügung vollumfänglich auf die erwähnten Stellungnahmen des RAD stützt, kann das Bundesverwaltungsgericht angesichts der genannten Unstimmigkeiten und Widersprüche (Diagnose sowie Grad der Arbeitsunfähigkeit) nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beurteilen, ob die bisher gewährte halbe Rente zu Recht weiter Bestand hat (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung hat das Gericht, das den Sachverhalt als ungenügend abgeklärt erachtet, die Sache zur weiteren Beweiserhebung an die Verwaltung zurückzuweisen oder selber die nötigen Instruktionen vorzunehmen (ZAK 1987 S. 264 E. 2a). Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die der Rückweisung der Sache an die Vorinstanz entgegenstehen würden, da vorliegend eine medizinische interdisziplinäre Klärung des Tatbestandes vollständig unterlassen wurde (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). 8. Die Beschwerde ist folglich insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Die Vorinstanz ist anzuweisen, unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte sowie unter Beizug weiterer verfügbarer medizinischer Unterlagen eine interdisziplinäre psychiatrisch-rheumatologische Begutachtung zu veranlassen. Anschliessend hat die Vorinstanz neu zu verfügen (vgl. Art. 61 Abs. 1 VwVG). Wenn die Voraussetzungen einer Rentenrevision nicht erfüllt sind, hat die IVSTA zu prüfen, ob eventuell die Voraussetzung von Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG gegeben sind (vgl. E. 6.3.7 mehrmals diagnostizierte Schmerzstörungen sowie Urteil des BVer

C-2302/2013 vom 13. November 2015 E. 2.5 und 3.2). 9. Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung. 9.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Diesem ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). 9.2 Der obsiegende und vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 1'200.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu auch Urteil des BVGer C-6173/2009 vom 29. August 2011 m.H.]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE [Stundenansatz für Anwälte/Anwältinnen mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.- und für nichtanwaltliche Vertreter und Vertreterinnen mindestens Fr. 100.- und höchstens Fr. 300.-]) gerechtfertigt. (Dispositiv nächste Seite)

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