

# **BVGer C-4515/2020 vom 7. Mai 2021**

Bundesverwaltungsgericht, 2021-05-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4515\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4515_2020)

FR: TAF C-4515/2020 du 7 mai 2021

IT: TAF C-4515/2020 del 7 maggio 2021

## **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]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). 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. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (BVGer-act. 5), ist auf die innert Frist (Zustellung der Verfügung am 13. August 2020, vgl. act. 110) und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 Abs. 1 ATSG; Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 5. August 2020, mit welcher die Vorinstanz die ganze Rente des Beschwerdeführers per 1. Oktober 2020 auf eine halbe Rente herabgesetzt hat. Streitig und zu prüfen ist somit, ob diese Rentenherabsetzung zu Recht erfolgt ist.

### **E. 3.1**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 5. August 2020) 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. 3.2**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 5. August 2020 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

### **E. 3.3**

Der Beschwerdeführer besitzt die spanische Staatsangehörigkeit und wohnt in Spanien. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung (BGE 138 V 533 E. 2.1). Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung (EG) Nr. 883/2004).

#### **E. 4.1**

In formeller Hinsicht hat der Beschwerdeführer geltend gemacht, die angefochtene Verfügung genüge den Ansprüchen an das rechtliche Gehör nicht, da sie keine Angaben zur Berechnung des Invaliditätsgrads bzw. keinen Einkommensvergleich enthalte.

#### **E. 4.2**

Gemäss Art. 29 Abs. 2 BV haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör ist die Begründungspflicht. Die Begründung soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und dem Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl er wie auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinn müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihr Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 133 V 270 E. 3.1 mit Hinweisen).

#### **E. 4.3**

Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur und die Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst grundsätzlich zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids (vgl. BGE 132 V 387 E. 5.1). Nach der Rechtsprechung kann jedoch eine - nicht besonders schwerwiegende - Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die daran interessierte Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüfen kann. Von einer Rückweisung der Sache ist zudem selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (vgl. Urteil des BGer 9C\_1/2013 vom 20. Juni 2013; BGE 136 V 117 E. 4.2.2.2).

#### **E. 4.4**

Tatsächlich enthält die Verfügung vom 5. August 2020 keine Angaben zur Berechnung des von der Vorinstanz festgestellten Invaliditätsgrads von 57 %. Ein detaillierter Einkommensvergleich findet sich zwar in den vorinstanzlichen Akten (vgl. act. 101), jedoch wäre für dessen Kenntnisnahme zunächst ein Akteneinsichtsgesuch des Beschwerdeführers erforderlich gewesen. Anzumerken ist, dass der Beschwerdeführer mit seinem Einwand vom 23. Juni 2020 ausschliesslich die medizinischen Feststellungen im Vorbescheid vom 27. Mai 2020 bestritten hatte, sodass die Vorinstanz in der Verfügung vom 5. August 2020 diesbezüglich weitere Ausführungen machte, betreffend den Invaliditätsgrad von 57 %, welcher vom Beschwerdeführer nicht explizit thematisiert worden war, hingegen nicht. Um der Begründungspflicht zu genügen, hätten in der Verfügung dennoch zumindest die wesentlichen Elemente des durchgeführten Einkommensvergleichs, namentlich das Validen- und Invalideneinkommen sowie die Höhe des Tabellenlohnabzuges, angegeben werden sollen. Die fehlenden Angaben in der angefochtenen Verfügung führen jedoch vorliegend nicht zu deren Aufhebung, denn der Mangel kann aus folgenden Gründen als geheilt gelten: Der Beschwerdeführer hat sich im Beschwerdeverfahren vor dem mit voller Kognition ausgestatteten Bundesverwaltungsgericht nach Einsichtnahme in die vorinstanzlichen Akten ausführlich zum Einkommensvergleich geäussert. Zudem würde die Rückweisung an die Vorinstanz aus formellen Gründen zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen, was mit dem der Anhörung gleichgestellten Interesse der Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wäre. Der Beschwerdeführer selbst bevorzugt sodann eine materielle Behandlung der Streitsache, hat er doch gemäss seinen Rechtsschriften im Beschwerdeverfahren die Aufhebung der Verfügung aus materiellen Gründen beantragt. Die Angelegenheit ist daher im Folgenden materiell zu beurteilen.

### **E. 5.1**

Die Vorinstanz ist gemäss Begründung der angefochtenen Verfügung vom 5. August 2020 von einer erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers und damit von einem Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG ausgegangen.

### **E. 5.2**

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 nach der Rechtsprechung jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 343 E. 3.5). Eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes stellt dagegen praxismässig keine revisionsbegründende Änderung dar (BGE 112 V 372 E. 2b; Urteil des BGer 8C\_373/2012 vom 25. Oktober 2012). Liegt ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 m.H.). 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\_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 m.H.).

### **E. 5.3**

Um das Ausmass der Arbeitsfähigkeit zu beurteilen und damit 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. 5.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 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. 5.5**

Als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte Beurteilung (rechtskräftige Verfügung), welche 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 beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4; Urteile des BGer I 803/06 vom 21. Februar 2007 E. 4.1; 9C\_555/2012 vom 25. Juli 2013 E. 4.1).

#### **E. 5.5.1**

Dem Beschwerdeführer wurde mit Verfügung vom 20. Juli 2011 eine halbe Rente mit Wirkung ab 1. Juli 2011 zugesprochen. Die Rentenzusprache erfolgte im Wesentlichen gestützt auf die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt Allgemeinmedizin, vom 12. April 2011, welcher unter Berücksichtigung der bis dahin vorliegenden ärztlichen Berichte (vgl. act. 1, S. 4-14; act. 6; act. 9 und 10) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit stellte: Anhaltende Minderbelastbarkeit des Herz-/Kreislaufsystems für mittelschwere und schwere körperliche Tätigkeiten seit 06/2010 -> GC 682; FC 10/75 - Dilatative Kardiomyopathie (ICD-10 I42.0) ED 06/2010 o Implantation ICD-Schrittmacher am 7.12.2010 o Eingeschränkte LV-funktion (Stand 06/2010: LVEF unter 20 %, Stand 02/2011: LVEF 40 %) o Anstrengungsdyspnoe NYHA II-III - Koronare Herzkrankheit ED 06/2010 o Status nach Koronarangiographie, PTCA/Stent in RIVA am 29.6.2010 o Status nach Koronarangiographie, rePTCA/reStent bei Instent-Stenose des RIVA am 12.11.2010 Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit gab er folgende an: - Metabolisches Syndrom mit o Adipositas (32.3kg/qm, 167, 90 kg) o Arterielle Hypertonie o Diabetes mellitus Typ 2 o Hyperurikämie mit Podagra Grosszehe

links - Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD) o Leichte bis mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung (02/2011, Dr. med. Ingo Fengels) - Nikotinabusus (25-50py) In der Beurteilung hielt Dr. D.\_\_\_\_\_ fest, in der angestammten Tätigkeit bestehe eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 5. Juni 2010. Eine nachhaltige Erholung des Herzmuskels mit einer erheblichen Leistungssteigerung sei gegenwärtig und auf absehbare Zeit unwahrscheinlich. Eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit bestehe auch in angepasster Tätigkeit und zwar in Höhe von 50 %. Der Beginn dieser 50%igen Arbeitsfähigkeit sei auf den 1. Februar 2011 festzusetzen (act. 11).

### **E. 5.5.2**

Im Rahmen der im Jahr 2013 durchgeführten Revision von Amtes wegen würdigte RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, Physikalische und Rehabilitative Medizin FMH, die von der Vorinstanz eingeholten Arztberichte (act. 44 - 48) und hielt in ihrer Stellungnahme vom 9. Dezember 2013 fest, aus kardiologischer Sicht werde die Situation als stabil beschrieben mit einer reduzierten linksventrikulären Funktion von EF 47 %, septoapikaler und apikolateraler Hypokinesie, Relaxationsstörungen und NYHA-Stadium 2. Aus pneumologischer Sicht bestünden ein COPD mit asthmatischer Komponente und ein leichtes obstruktives Syndrom. Rheumatologisch gesehen lägen Gichtanfälle vor und eine Lumbalgie mit Ausstrahlung in die untere linke Extremität. Insgesamt habe sich der Gesundheitszustand nicht signifikant verändert. Bei der attestierten Arbeitsunfähigkeit ergebe sich keine Änderung (act. 52). Gestützt darauf bestätigte die Vorinstanz mit Mitteilung vom 13. Dezember 2013 den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine halbe Rente (act. 53).

### **E. 5.5.3**

Im Jahr 2016 erfolgte erneut eine Revision von Amtes wegen. Gestützt auf die Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, vom 13. April 2017, welcher in Würdigung der von der Vorinstanz eingeholten Berichte der behandelnden Ärzte, zum Schluss kam, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verschlechtert, sodass in einer angepassten Tätigkeit ab 20. Februar 2017 neu eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (act. 72), verfügte die Vorinstanz am 21. August 2017, dass der Beschwerdeführer ab 1. Mai 2017 Anspruch auf eine ganze Rente habe (act. 82). Diese rentenerhöhende Verfügung vom 21. August 2017 stellt die letzte rechtskräftige, materielle Beurteilung des Rentenanspruchs vor Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 5. August 2020 dar und ist daher als Vergleichsbasis für die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seither erheblich verbessert hat, heranzuziehen.

### **E. 5.5.4**

Bis zum Zeitpunkt der Verfügung vom 21. August 2017 stellte sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gemäss den vorliegenden medizinischen Akten wie folgt dar:

#### **E. 5.5.4.1**

Gemäss rheumatologischem Verlaufsbericht der Dres. G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ betreffend den Zeitraum vom 25. März 2014 bis 15. Juni 2015 zeigten sich anlässlich der beim Beschwerdeführer im Mai 2014 durchgeführten MRT-Untersuchungen der Halswirbel- und Lumbosakralwirbelsäule Anzeichen einer Arthrose an C4-C6 und ein linksseitiger Bandscheibenvorfall an C5-C6. Im Weiteren zeigten sich Anzeichen einer Degeneration und eines linksseitigen Bandscheibenvorfalles auf Höhe von L5-S1. Der

Beschwerdeführer wurde in der Folge medikamentös behandelt, wodurch es zu einer Besserung kam. Am 25. Februar 2015 war der Beschwerdeführer asymptomatisch und der Zustand stabil. Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 15. Juni 2015 gab der Beschwerdeführer an, die Symptome trotz der Reduktion auf nur noch ein Medikament aushalten zu können (act. 59).

#### **E. 5.5.4.2**

Gemäss pneumologischem Verlaufsbericht der Dres. I. \_\_\_\_\_ und J. \_\_\_\_\_ betreffend den Zeitraum vom 28. Mai 2014 bis 20. Mai 2015 wurden nach Durchführung verschiedener Untersuchungen anlässlich der Kontrolle vom 20. Mai 2015 als Diagnosen eine COPD mit Phänotyp einer leichten bis mässigen chronischen Bronchitis sowie zystische Bronchiektasen im linken unteren Lungenlappen angegeben. Es wurde geplant, die medikamentöse Therapie beizubehalten (act. 60). Ein am 8. Juli 2015 durchgeführter Lungenfunktionstest zeigte insbesondere folgende Werte: FVC 87 % und FEV1: 72.4 % (act. 61).

#### **E. 5.5.4.3**

Im kardiologischen Bericht vom 13. Januar 2017 gab Dr. K. \_\_\_\_\_ folgende aktuellen Gesundheitsprobleme des Beschwerdeführers an: (1) durchgemachter Myokardinfarkt (06/2010), chronische ischämische Herzkrankheit (Stents und subkutane Implantation eines ICD), (2) Bluthochdruck, Dyslipidämie, Ex-Raucher, (3) Bronchiektasen, COPD, (4) wiederholte Monoarthritiden und (5) Arthrose der Halswirbelsäule, Bandscheibenvorfall C5-C6, Arthrose der Lendenwirbelsäule, Bandscheibenvorfall L5-S1. Befundmässig gab er insbesondere einen mittels Echokardiogramm festgestellten aktuellen LVEF-Wert von 50 % an. Der Beschwerdeführer werde medikamentös behandelt (act. 63).

#### **E. 5.5.4.4**

Im rheumatologischen Bericht vom 10. Februar 2017 gab Dr. I. \_\_\_\_\_ als Diagnosen generalisierte, mechanische Wirbelsäulenschmerzen sowie bilaterale Kontrakturen des M. latissimus dorsi und iliocostalis im Lendenbereich an. Für eine Beteiligung der Nervenwurzeln bestünden keine Anzeichen. Sie hielt fest, eine EMG (Elektromyographie) im April 2015 habe eine chronische Radikulopathie von C5-C7 recht und C7 (der Grad der Wurzelläsion werde nicht quantifiziert) sowie L5 und S1 mit Ausstrahlung in die unteren Gliedmassen, ohne Anzeichen einer akuten oder chronischen Denervierung gezeigt. Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass sich die durch die Radikulopathie bedingten Schmerzen seit Beginn der medikamentösen Behandlung im Februar 2015 gebessert hätten (act. 64).

#### **E. 5.5.4.5**

Gemäss pneumologischem Bericht von Dr. L. \_\_\_\_\_ vom 20. Februar 2017 ergab der durchgeführte Lungenfunktionstest folgende Werte: FEV1/FVC nach Bronchodilatation: 67,52, FEV1: 2,04 (62), FVC: 3.02 (75), PBD (=Bronchospasmodolysetest) negativ. Er gab folgende Diagnosen an: (1) Tracheobronchitis verursacht durch S. pneumoniae, im Abklingen begriffen, (2) COPD mit Phänotyp chronische Bronchitis, (3) Bronchiektasen im linken unteren Lungenlappen und (4) chronische ischämische Herzkrankheit. Therapeutisch wurde die Fortsetzung der inhalativen Therapie empfohlen (act. 65, vgl. act. 67).

#### **E. 5.5.4.6**

Gemäss kardiologischem Bericht von Dr. M.\_\_\_\_\_ ergab die am 20. Februar 2017 durchgeführte transthorakische Echokardiographie insbesondere einen LVEF-Wert von 29 % (Teich). Insgesamt wurden folgende Diagnosen/Befunde angegeben: ischämische Herzkrankheit, erhebliche systolische Dysfunktion, anteriore Akinesie und leichte Mitralinsuffizienz (act. 66).

#### **E. 5.5.4.7**

Am 23. März 2017 erstattete Dr. N.\_\_\_\_\_ der Vorinstanz einen ärztlichen Bericht (Formular E213 CH "Ausführlicher ärztlicher Bericht") und gab als Diagnosen eine ischämische Herzkrankheit, eine Tracheobronchitis verursacht durch *S. pneumoniae*, im Abklingen begriffen und eine COPD mit Phänotyp einer Bronchitis an. Es lägen folgende Funktionseinschränkungen vor: LVEF 29 % (transthorakische Echokardiographie am 20.2.2017), Dyspnoe Grad 3 und FVC 79 %, FEV1 = 66 %, FEV1/FVC 83, Bronchodilatation negativ (Spirometrie am 20.2.2017). Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 26. November 2011 (vgl. act. 19: Formular E213 CH "Ausführlicher ärztlicher Bericht" von Dr. O.\_\_\_\_\_ ) habe sich der Zustand des Beschwerdeführers verschlechtert. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Maurer liege eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor. Eine angepasste Tätigkeit könne noch verrichtet werden in Teilzeit. Es bestehe keine ausreichende Kapazität für eine geregelte Arbeitstätigkeit (act. 68).

#### **E. 5.5.4.8**

RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_\_ gab in seiner Stellungnahme vom 13. April 2017 folgende Diagnosen an: dilatative Kardiomyopathie, rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom und chronische obstruktive Lungenerkrankung. Er hielt fest, die Funktion des linken Ventrikels habe sich mit einer EF von 29 % ab 20. Februar 2017 verschlechtert. Ausserdem sei eine Lungenerkrankung mit rezidivierenden Infekten vorhanden. Der Beschwerdeführer müsse auch gegen Lumbalschmerzen behandelt werden, die den Ischiasnerv zeitweise reizten. Die Arbeitsfähigkeit müsse an die Verschlechterung des Gesundheitszustands angepasst werden. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe die gleiche Arbeitsunfähigkeit wie bisher (100 %) und in einer angepassten Tätigkeit sei ab 20. Februar 2017 von einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (act. 72).

#### **E. 5.5.5**

Für den Zeitraum seit der rentenerhöhenden Verfügung vom 21. August 2017 bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 5. August 2020 liegen folgende medizinischen Unterlagen vor:

##### **E. 5.5.5.1**

Im kardiologischen Bericht vom 8. April 2019 betreffend den Zeitraum vom 21. Mai 2014 bis 8. April 2019 hielt Dr. P.\_\_\_\_\_ anlässlich der Untersuchung vom 3. April 2017 fest, der Beschwerdeführer habe im Winter eine Grippe und eine Erkältung gehabt. Ansonsten habe es keine weiteren Ereignisse gegeben. Er sei weniger gelaufen und habe in den letzten Monaten etwas zugenommen. Anlässlich der Untersuchung vom 8. April 2019 gab sie an, der Beschwerdeführer fühle sich gut, er sei aktiv. Blutdruck 147/87; EKG: Sinusrhythmus 63, inkompletter Rechtsschenkelblock, anteriore Nekrose. Es werde empfohlen, die aktuelle Medikation beizubehalten (act. 90).

##### **E. 5.5.5.2**

Im Bericht vom 18. Februar 2020 gab Dr. Q.\_\_\_\_\_ folgende aktuellen Gesundheitsprobleme und Erkrankungen des Beschwerdeführers an: COPD mit Phänotyp einer chronischen leichten bis mässigen Bronchitis, zystische Bronchiektasen im unteren linken Lungenlappen, chronische ischämische Herzkrankheit, Stent in RIVA, Zweikammer-Herzschrittmacher, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie, Hyperurikämie mit Gichtanfall, Adipositas, chronisch-venöse Insuffizienz, chronische Sinusitis, gastroösophageale Refluxkrankheit, gutartige Prostatahyperplasie, degenerative Bandscheibenerkrankung im Bereich der Lendenwirbelsäule, Bandscheibenvorfall L5-S1, chirurgische Eingriffe: Umbilikalhernie und Inguinalhernie links (act. 92).

#### **E. 5.5.5.3**

Im pneumologischen Bericht vom 26. Februar 2020 hielt Dr. R.\_\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer leide an einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung, GOLD 2C, laut spanischen COPD-Richtlinien bestehe ein hohes phänotypisches Risiko gepaart mit einer chronischen Bronchitis als Exazerbator. Die letzte Spirometrie habe am 23. Mai 2018 stattgefunden: FEV1/FVC 69.3, FEV1 73.9 %, FVC 86 %, mässige Änderung der Diffusionskapazität (DLCO 52 %; vgl. act. 89). Sekundär zur COPD seien Bronchiektasen aufgetreten. Der Beschwerdeführer habe im letzten Jahr häufig mässige Exazerbationen erlitten. Eine Untersuchung im Schlaflabor zur Abklärung eines Schlafapnoesyndroms stehe noch aus (act. 93).

#### **E. 5.5.5.4**

Im ärztlichen Bericht (Formular E213 CH "Ausführlicher ärztlicher Bericht") vom 5. März 2020 zuhanden der Vorinstanz hielt Dr. S.\_\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer sei in kardiovaskulärer Hinsicht stabil. Er sei Träger eines ICD, NYHA Grad II. Die letzte Spirometrie habe am 23. Mai 2018 stattgefunden. In der bisherigen Tätigkeit als Maurer sei der Beschwerdeführer vollständig und permanent 100 % arbeitsunfähig. Eine angepasste leichte Tätigkeit könne er jedoch "vollschichtig" verrichten (act. 94).

#### **E. 5.5.5.5**

Mit Stellungnahme vom 26. März 2020 hielt RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_\_ fest, es gebe eine leichte Verbesserung der myokardialen bzw. der linksventrikulären Funktion unter adäquater Pharmakotherapie. Bei der klinischen Untersuchung ergäben sich keine pathologischen Befunde seitens des Bewegungsapparates, insbesondere nicht der Lendenwirbelsäule, sodass eine (angepasste) Arbeit ab dem 5. März 2020 wieder zu 60 % ausführbar sei (act. 97). Am 27. April 2020 wurde seitens der Vorinstanz festgehalten, ihr scheine, die medizinischen Berichte gingen von einem unveränderten Gesundheitszustand aus. Sie forderte daher Dr. F.\_\_\_\_\_ auf, anhand der ärztlichen Berichte und eines Vergleichs mit dem früheren Gesundheitszustand des Beschwerdeführers die Gründe für die Annahme, es sei eine Verbesserung eingetreten, darzulegen (act. 99). Dr. F.\_\_\_\_\_ erstattete am 30. April 2020 eine weitere Stellungnahme. Darin präzisierte er, dass die physische Belastbarkeit des Beschwerdeführers mit einer Auswurfraction von 44 %, wie sie im kardiologischen Bericht vom 8. April 2019 bestätigt worden sei, angestiegen sei. Davor sei die LVEF auf 29 % gesunken gewesen (20. Februar 2017), während sie im Januar 2017 noch 50 % betragen habe. Darüber hinaus seien betreffend den Bewegungsapparat keine radikulären Schmerzen beschrieben worden und die chronische Lungenerkrankung schränke eine sitzende Tätigkeit nicht ein. In Korrektur eines Schreibfehlers (in der Stellungnahme vom 26. März 2020) attestiere er für eine angepasste Tätigkeit eine

Arbeitsunfähigkeit von 50 %, dies ab 8. April 2019 (act. 100).

#### **E. 5.5.5.6**

In dem vom Beschwerdeführer einwandweise eingereichten kardiologischen Bericht von Dr. P.\_\_\_\_\_ vom 16. Juni 2020 hielt diese anlässlich der Untersuchung vom 2. Juni 2020 fest, der Beschwerdeführer fühle sich recht gut. Er habe ca. 13 kg während der vergangenen 3 Monate zugenommen (aktuell: 106 kg). Heute habe er die Abteilung für Lungenerkrankungen aufgesucht (Spirometrie, OSAS), er beginne eine CPAP-Therapie. Die aktuelle Medikation werde nicht geändert. Am 16. Juni 2016 hielt Dr. P.\_\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer benötige Unterlagen für die Schweiz, da aufgrund eines Arztberichts vom 5. März 2020 anscheinend eine Verbesserung seiner gesundheitlichen Situation seit dem 8. April 2019 festgestellt worden sei. Sie habe keine Kenntnis vom Inhalt dieses Berichts, aber in Bezug auf die Kardiomyopathie sei die Situation seit Jahren unverändert: ischämische Herzkrankheit, linksventrikuläre systolische Dysfunktion, Träger eines implantierbaren Kardioverters/Defibrillators (ICD) zur Verhinderung eines plötzlichen Herztods (act. 103).

#### **E. 5.5.5.7**

Zu diesem Bericht vom 16. Juni 2020 führte RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_\_ am 8. Juli 2020 aus, der Bericht beziehe sich auf den Zeitraum von 2010 bis 2020 und bestätige, dass seit Jahren eine stabile klinische Situation bestehe, wobei allerdings bei den genannten Echokardiographien die Daten der Untersuchungen fehlten. Es werde im Bericht erwähnt, dass der Beschwerdeführer ein aktives Leben führe und es ihm recht gut gehe. Dies bestätige, dass es sich im Jahr 2017 (Echokardiographie vom 20. Februar 2017, FE 29 %) um eine objektive, aber nur vorübergehende Verschlechterung gehandelt habe und somit inzwischen der Vorzustand wieder erreicht worden sei, was erneut eine leichte Verweistätigkeit zu 50 % erlaube (act. 106).

#### **E. 6**

Bei der rentenherabsetzenden Verfügung vom 5. August 2020 hat sich die Vorinstanz im Wesentlichen auf die Stellungnahmen von RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_\_ vom 30. April und 8. Juli 2020 gestützt.

#### **E. 6.1**

Die Stellungnahmen des RAD, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die RAD-Berichte gehören - kann allerdings nicht abgestellt werden und sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; Urteil des BGer 8C\_262/2016 vom 22. September 2016 E. 4.2 mit Hinweisen).

## **E. 6.2**

Die Vorinstanz ist im Rahmen des Beschwerdeverfahrens nach nochmaliger Konsultation des RAD zum Schluss gekommen, dass auf die Beurteilung von Dr. F. \_\_\_\_\_ nicht abgestellt werden könne. Entsprechend hat sie mit ihrer Vernehmlassung vom 20. November 2020 die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Rückweisung der Sache im Sinne der beigelegten Stellungnahme von RAD-Ärztin Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 17. November 2020 beantragt. Dr. E. \_\_\_\_\_ hatte festgehalten, dass der Beschwerdeführer an einer ischämischen Herzkrankheit leide, dilatativ, mit systolischer Dysfunktion, dass er einen Defibrillator trage und mehrere kardiovaskuläre Risikofaktoren (Diabetes Typ I, Hyperurikämie, Dyslipidämie) aufweise. Darüber hinaus bestünden eine COPD und degenerative Veränderungen der Wirbelsäule. Zuletzt sei ein Schlafapnoe-Syndrom erwähnt worden, wogegen eine CPAP-Behandlung eingeleitet worden sei. Dr. F. \_\_\_\_\_ habe sich auf "den Bericht E213" (gemeint: Bericht vom 5. März 2020, act. 94) gestützt und auf den sehr kurzen kardiologischen Bericht (gemeint: Bericht von Dr. P. \_\_\_\_\_ vom 8. April 2019, act. 90). Darüber hinaus sei die kardiologische Verlaufsuntersuchung nur jährlich erfolgt und es scheine kein aktuelles Echokardiogramm gegeben zu haben trotz erheblicher Gewichtszunahme. Bei erneuter Durchsicht des Dossiers seien einige Elemente hervorzuheben, die Zweifel aufkommen liessen an einer echten Verbesserung: So wiege der Beschwerdeführer jetzt 106 kg (gegenüber 94 kg vor 2 Jahren), die Behandlung sei ziemlich schwierig, kürzlich sei ein Schlafapnoe-Syndrom nachgewiesen worden, die degenerativen Veränderungen seien sehr wahrscheinlich chronisch (mit bekannter chronischer zervikaler Radikulopathie) und auch die COPD sei chronisch und trage zur Atemnot bei. Sie schlage daher vor, dass die Beschwerde gutgeheissen und folgende Informationen angefordert würden: eine Kopie des pneumologischen Berichts zur Diagnose des Schlafapnoe-Syndroms und die aktuellen Lungenfunktionen, eine detaillierte kardiologische Untersuchung (mit Wiederaufnahme der Anamnese, aktueller Stand, laufende Behandlung, klinische Untersuchung, NYHA-Klasse, aktuelle Echokardiographie und Schlussfolgerungen) und - falls vorhanden - Kopien von rheumatologischen Untersuchungsberichten (Beilage zu BVGer-act. 9).

## **E. 6.3**

Der Vorinstanz ist im Ergebnis zuzustimmen, wonach auf die Beurteilung von Dr. F. \_\_\_\_\_ nicht abgestellt werden kann und weitere Abklärungen angezeigt sind. Insbesondere in Bezug auf die Würdigung des Berichts von Dr. P. \_\_\_\_\_ vom 8. April 2019 ergeben sich diverse Zweifel. So ist Dr. F. \_\_\_\_\_ offenbar davon ausgegangen, dass am 8. April 2019 eine Echokardiographie durchgeführt und dabei eine LVEF von 44 % erhoben wurde. Im Wesentlichen gestützt auf diesen Wert ist Dr. F. \_\_\_\_\_ zum Schluss gekommen, dass im Vergleich zu Februar 2017, als noch eine LVEF von nur 29 % vorgelegen hatte, eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers eingetreten ist. Ob am 8. April 2019 tatsächlich eine Echokardiographie durchgeführt wurde, bleibt jedoch unklar, denn weder im Bericht vom 8. April 2019 noch im Folgebericht vom 16. Juni 2020, in welchem der gleiche Echokardiographie-Befund nochmals aufgeführt wurde, hat Dr. P. \_\_\_\_\_ das Datum dieser Echokardiographie angegeben, wie auch Dr. F. \_\_\_\_\_ nachträglich in seiner Stellungnahme vom 8. Juli 2020 festgehalten hat. Es bleibt somit offen, ob es sich um einen im April 2019 erhobenen oder einen älteren Befund handelt, womit auch die Frage einer diesbezüglichen Verbesserung des Gesundheitszustands seit August 2017 offen bleibt. Selbst wenn die Echokardiographie

tatsächlich im April 2019 durchgeführt worden wäre, wäre der erhobene Befund - wie auch Dr. E. \_\_\_\_\_ zu Recht festgehalten hat - im Zeitpunkt der Verfügung vom 5. August 2020 bereits veraltet und daher nicht mehr aussagekräftig, zumal der Beschwerdeführer gemäss Angaben von Dr. P. \_\_\_\_\_ im Zeitraum von März bis Mai 2020 erheblich an Gewicht zugenommen hat (ca. 13 kg, Gewicht am 2. Juni 2020: 106 kg). Bei den Berichten von Dr. P. \_\_\_\_\_ vom 8. April und 16. Juni 2020 fällt im Weiteren auf, dass sie die von Dr. M. \_\_\_\_\_ am 20. Februar 2017 durchgeführte Echokardiographie, die einen LVEF-Wert von 29 % ergeben hatte, bei ihren Angaben zum Verlauf gar nicht erwähnt hat. In den Berichten findet sich ein Eintrag vom Mai 2016, wonach der Beschwerdeführer aufgrund von Thoraxschmerzen in der Notaufnahme versorgt wurde. Der nächste Eintrag datiert erst wieder vom 3. April 2017 und bezieht sich auf eine Untersuchung in der Abteilung für Lungenerkrankungen aufgrund der COPD und Bronchiektasen. Es scheint, als habe Dr. P. \_\_\_\_\_ von der am 20. Februar 2017 durchgeführten Echokardiographie gar keine Kenntnis gehabt. Dafür spricht auch ihre Aussage im Bericht vom 16. Juni 2020, wonach der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in Bezug auf die Herzerkrankung seit Jahren unverändert sei. Eine Aussage, auf die mangels eines aktuellen kardiologischen Befunds ohnehin nicht abgestellt werden kann. Im Übrigen fehlt es auch an einer fachärztlich-kardiologischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Nach dem Gesagten lassen die vorliegenden Unterlagen somit keine Beurteilung des kardiologischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers zu, weder im Verlauf seit August 2017 noch im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung. In pneumologischer Hinsicht erwähnte Dr. P. \_\_\_\_\_ zusätzlich zu den bereits bekannten Diagnosen (COPD mit Phänotyp einer chronischen leichten bis mässigen Bronchitis und Bronchiektasen) ein Schlafapnoesyndrom. Diesbezüglich sei am 2. Juni 2020 eine Untersuchung auf der Abteilung für Lungenerkrankungen erfolgt. Der Beschwerdeführer beginne eine CPAP-Therapie. Die entsprechenden Unterlagen fehlen jedoch in den Akten. Ob und wie sich die pneumologischen Erkrankungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken sowie der Verlauf des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit aus pneumologischer Sicht seit August 2017 bleiben mangels fachärztlicher Berichte mit Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit unklar. Auf die pauschale und fachfremde Aussage von Dr. F. \_\_\_\_\_, wonach die chronische Lungenerkrankung eine sitzende Tätigkeit nicht einschränke, kann jedenfalls nicht abgestellt werden. Auch in rheumatologischer Hinsicht fehlt es an fachärztlichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Zudem datiert der letzte rheumatologische Bericht vom 10. Februar 2017, womit die Entwicklung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht seither bzw. seit der rentenerhöhenden Verfügung vom 21. August 2017 nicht beurteilbar sind.

#### **E. 6.4**

Zusammengefasst erweist sich der medizinische Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 5. August 2020 nicht rechtsgenügend abgeklärt, was unbestritten ist. Entsprechend lässt sich auch die im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahrens wesentliche Frage, ob seit der Verfügung vom 21. August 2017 eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist, nicht beantworten. Was den Umfang der noch erforderlichen Abklärungen angeht, so greifen die Vorgaben von Dr. E. \_\_\_\_\_ gemäss der Stellungnahme vom 17. November 2020 zu kurz. Beim Beschwerdeführer mit diversen gesundheitlichen Beschwerden, die verschiedene medizinische Fachbereiche betreffen, reicht es nicht aus, jeweils voneinander

unabhängige Abklärungen in einzelnen Fachbereichen durchzuführen. Vielmehr ist der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers mittels einer interdisziplinären Begutachtung umfassend abzuklären, und allfällige funktionelle Auswirkungen auf dessen Arbeitsfähigkeit sowie der Verlauf der Arbeitsfähigkeit seit August 2017 sind im Rahmen einer medizinischen Gesamtbetrachtung interdisziplinär zu beurteilen.

## **E. 7**

Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen zur erwerblichen Verwertbarkeit einer (allfälligen) medizinisch-theoretischen (Rest-)Arbeitsfähigkeit und zum Einkommensvergleich ist eine Beurteilung erst nach dem Vorliegen des Ergebnisses der erforderlichen weiteren medizinischen Abklärung möglich, wobei eine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs auch nur dann erfolgt, wenn eine revisionsbegründende anspruchserhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit August 2017 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht.

### **E. 8.1**

Da im vorinstanzlichen Verfahren infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben sind, steht dem Antrag der Vorinstanz auf Rückweisung der Sache an sie zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), zumal sich auch der Beschwerdeführer nicht hat gegenteilig vernehmen lassen. Vorliegend fehlt es gänzlich an einer iv-rechtlich erforderlichen Gesamtbeurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers. Die Vorinstanz hat es unterlassen, eine interdisziplinäre Abklärung zu veranlassen, obwohl eine solche aufgrund der im Raum stehenden Befunde und Diagnosen, welche verschiedene medizinische Fachgebiete betreffen, geboten gewesen wäre. Da die Vorinstanz noch kein Gutachten veranlasst hat, und die Verwaltung nicht von vornherein darauf bauen kann, dass ihre Arbeit in jedem verfügbaren abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge, ist von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweisabnahmen abzusehen (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer C-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5).

### **E. 8.2**

Die Vorinstanz ist daher in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine umfassende interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Nur so kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1). Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Kardiologie, Pneumologie, Rheumatologie und Innere Medizin angezeigt. Insbesondere mit Blick auf den Bericht von Dr. O. \_\_\_\_\_ vom 26. November 2011, worin eine reaktive depressive Entwicklung und der Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung erwähnt wurden (act. 19, S. 8), hat zudem auch eine psychiatrische Begutachtung zu erfolgen (dies unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281; 145 V 215). Sollten sich im Rahmen der Begutachtung Hinweise auf einen problematischen Alkoholkonsum des Beschwerdeführers ergeben (vgl. dazu Bericht des T. \_\_\_\_\_ Kantonsspitals vom 29. Juni

2010 [act. 1, S. 13], wo als Nebendiagnose "chronischer Alkoholkonsum" erwähnt wurde, wobei gemäss Angabe im Bericht von Dr. O. \_\_\_\_\_ vom 21. August 2010 der Nikotin- sowie Alkoholkonsum "seit der Erkrankung sofort vollständig gestoppt" worden seien [vgl. act. 1, S. 10]) wäre auch diesbezüglich eine genaue Prüfung angezeigt (zur Aussagekraft relevanter Werte im Zusammenhang mit Alkoholkonsum [insb. CDT-Wert] vgl. Urteile des BVGer C-2820/2019 vom 18. Januar 2021 E. 7 und C-2159/2018 vom 23. September 2020 E. 6.2.1 ff.). Ob noch weitere Disziplinen beizuziehen sind, ist dem pflichtgemessen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden. Sie sind einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung letztverantwortlich (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Nebst den allgemeinen Beweisanforderungen (vgl. E. 5.4 hiavor), hat ein zwecks Rentenrevision zu erstellendes Gutachten spezielle Beweisanforderungen zu erfüllen. Namentlich hat es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung des Sachverhalts - zu beziehen (vgl. dazu eingehend Urteile des BGer 8C\_170/2017 vom 13. Oktober 2017 E. 5.2 m.H.; 9C\_143/2017 vom 7. Juni 2017 E. 4.1). Vorliegend geht es um die Frage, ob eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers verglichen mit jenem im August 2017 eingetreten ist und wenn ja, inwiefern und in welchem medizinisch objektivierbaren Ausmass mit welcher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Betreffend den zu beurteilenden Zeitraum haben die Gutachter sinnvollerweise die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 21. August 2017 bis zum Zeitpunkt der neu durchzuführenden Begutachtung miteinzubeziehen und zu beurteilen.

### **E. 8.3**

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

### **E. 9**

Betreffend den Antrag des Beschwerdeführers in der Stellungnahme vom 17. Dezember 2020, die Vorinstanz habe ihm ab 1. Oktober 2020 und während der Dauer des Abklärungsverfahrens eine ganze Rente bzw. die Differenz zwischen der ausgerichteten halben Rente und einer ganzen Rente zu bezahlen, ist Folgendes festzuhalten:

#### **E. 9.1**

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers stellt die Rückweisung zum Zweck weiterer Abklärungen für die Belange der aufschiebenden Wirkung kein Obsiegen in der Sache dar - davon wäre erst zu sprechen, wenn die erforderliche weitere Abklärung zum Schluss führen würde, von einer Herabsetzung der Rente sei abzusehen. Im jetzigen Zeitpunkt kann keine

eindeutige Entscheidungsprognose gefällt werden, denn der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers kann nicht materiell beurteilt werden (vgl. Urteil des BVerfG C-667/2018 vom 14. September 2018 E. 5.7.1).

### **E. 9.2**

Nach ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung dauert der mit der revisionsweise (Art. 17 Abs. 1 ATSG) verfügten Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente der Invalidenversicherung verbundene Entzug der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde (Art. 66 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 97 AHVG) bei Rückweisung der Sache an die IV-Stelle zu weiteren Abklärungen auch noch für den Zeitraum dieses Abklärungsverfahrens bis zum Erlass der neuen Verwaltungsverfügung an (BGE 129 V 370; Urteile des BVerfG 9C\_38/2017 vom 21. März 2017 E. 2.2.1 und 9C\_856/2016 vom 9. März 2017 E. 3.1). Vorbehalten bleibt der Fall, dass die IV-Stelle die angefochtene Revisionsverfügung, ohne hinreichende Abklärung der Revisionsvoraussetzungen, nur deshalb erliess, um rechtsmissbräuchlich einen möglichst frühen Revisionszeitpunkt zu provozieren, worauf es vorliegend aber keine Hinweise gibt.

### **E. 9.3**

Die Rechtsprechung gemäss BGE 129 V 370 findet dann keine Anwendung, wenn in Fällen der nicht zumutbaren Selbsteingliederung die Aufhebung oder Herabsetzung der bisherigen Rente im Rahmen einer Rentenrevision ohne vorherige Durchführung von Eingliederungsmassnahmen erfolgte. In solchen Fällen stellt die Prüfung und allfällige Durchführung von Eingliederungsmassnahmen eine Voraussetzung für die Rentenaufhebung oder -herabsetzung dar (vgl. Urteile des BVerfG 8C\_582/2017 vom 22. März 2018 E. 6.4 und 8C\_446/2014 vom 12. Januar 2015 E. 4.2.4; vgl. auch Urteil des BVerfG C-5608/2016 vom 29. Mai 2018 E. 4.2). Davon abgesehen, dass beim Beschwerdeführer die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen für die von ihm beantragten Eingliederungsmassnahmen vor einer revisionsweisen Herabsetzung der Rente nicht erfüllt sind, da er im Zeitpunkt der rentenherabsetzenden Verfügung vom 5. August 2020 (vgl. BGE 141 V 5) das 55. Altersjahr noch nicht zurückgelegt hat (zu den Voraussetzungen vgl. SVR 2015 IV Nr. 41 [9C\_183/2015] E. 5; Urteile BVerfG 8C\_855/2013 vom 30. April 2014 E. 2.2; 9C\_816/2013 vom 20. Februar 2014 E. 2.2; 8C\_393/2016 vom 25. August 2016 E. 3.3), fehlt es vorliegend jedoch bereits an den versicherungsmässigen Voraussetzungen für die Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen. Bei der obligatorischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) sind nur Personen mit Wohnsitz oder Erwerbstätigkeit in der Schweiz versichert (Art. 1a Abs. 1 Bst. a und b AHVG [SR 831.10] i.V.m. Art. 1b IVG). Unter der Marginalie "Versicherungsmässige Voraussetzungen" sieht Art. 9 IVG vor, dass Eingliederungsmassnahmen in der Schweiz, ausnahmsweise auch im Ausland, gewährt werden. Der Anspruch darauf entsteht frühestens mit der Unterstellung unter die obligatorische oder die freiwillige Versicherung und endet spätestens mit dem Ende der Versicherung (Abs. 1bis). Mit anderen Worten muss eine Person der Versicherung unterstellt sein, sobald und solange sie Eingliederungsmassnahmen beansprucht. Die für sämtliche Eingliederungsmassnahmen geltende, in Art. 9 Abs. 1bis IVG statuierte Voraussetzung der Versicherungsunterstellung hat zur Folge, dass das Recht auf entsprechende Leistungen erlischt, sobald die betreffende Person nicht mehr versichert ist. In diesem Sinne führt das Ende der Versicherungsunterstellung zum Verlust des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen (vgl. BGE 145 V 266 E. 4.2 [mit Hinweis auf BGE 143 V

261 E. 5.2.1] und E. 6.3.6 [betreffend Nachversicherungsnorm] mit Hinweisen; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, Rz. 8 zu Art. 9 IVG; Erwin Murer, Invalidenversicherungsgesetz [Art. 1-27bis IVG], 2014, Rz. 50 zu Art. 9 IVG). Der in Spanien wohnhafte, nicht mehr in der Schweiz erwerbstätige und IV-rentenbeziehende Beschwerdeführer erfüllt die versicherungsmässigen Voraussetzungen im massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung somit nicht und hat daher keinen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen (vgl. BVGE 2017 V/7 E. 6, insb. E. 6.4 bis E 6.7 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil C-2927/2019 vom 6. November 2020 E. 9). Folglich steht der Anwendung der Rechtsprechung gemäss BGE 129 V 370 nichts entgegen.

#### **E. 9.4**

Nach dem Gesagten fällt der mit der angefochtenen Verfügung vom 5. August 2020 angeordnete Entzug der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde mit der vorliegenden Rückweisung nicht dahin. Die streitige ganze Invalidenrente gelangt somit weiterhin nicht zur Auszahlung.

#### **E. 10**

Zusammengefasst ist im Ergebnis die Beschwerde im Eventualantrag insoweit gutzuheissen, als die Verfügung vom 5. August 2020 im Sinne des Antrags der Vorinstanz aufgehoben und die Sache an diese zurückgewiesen wird, damit sie im Rahmen des aktuellen Revisionsverfahrens nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge.

#### **E. 11.1**

Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 7.1; 132 V 215 E. 6; Urteil des BGer 8C\_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 4.1).

#### **E. 11.2**

Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG e contrario). Der geleistete Vorschuss von Fr. 800.- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

#### **E. 11.3**

Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Vorinstanz zu leisten ist (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173. 320.2]). Die Rechtsvertreterin hat mit Eingabe vom 17. Dezember 2020 eine Kostennote eingereicht (Beilage zu BVGer-act. 11). Sie macht ein Honorar von Fr. 4'892.50 (19 Stunden à Fr. 250.- zuzüglich Barauslagen von Fr. 142.50 [pauschal 3 % des Honorars]) geltend. Vor dem Hintergrund, dass nur der notwendige Aufwand zu entschädigen ist (Urteil des BGer 8C\_426/2018 vom 10. August 2018 E. 5.3) und im Sozialversicherungsrecht die Untersuchungsmaxime gilt (vgl. dazu Urteil des EVG I 786/05 vom 12. September 2006 E. 4.1), erscheint der geltend gemachte Aufwand von insgesamt 19 Stunden unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache, des Umfangs der Akten und der

Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens als zu hoch, weshalb die Honorarnote zu kürzen ist. Mit Blick auf ähnlich gelagerte Fälle und unter Berücksichtigung des Zusatzaufwandes, welcher der Rechtsvertreterin dadurch entstanden ist, dass ihr die Vorinstanz nicht rechtzeitig vor Ablauf der Beschwerdefrist Akteneinsicht erteilt hat (vgl. dazu BVGer-act. 1, S. 4 f., III.), ist der geltend gemachte Aufwand um 5 Stunden auf 14 Stunden (11 Stunden für die Ausarbeitung der Beschwerde und Beschwerdeergänzung, 1 Stunde für Klientenkontakt, 1 Stunde für Stellungnahme, 1 Stunde für Analyse Urteil und Besprechung mit Klient) zu reduzieren. Damit ist das anwaltliche Honorar bei einem Stundenansatz von Fr. 250.- (vgl. Art. 10 Abs. 2 VGKE) auf Fr. 3'500.- festzusetzen (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). Der verlangte pauschale Auslagenersatz ist unzulässig (vgl. Urteile des BVGer A-4556/2011 vom 27. März 2012 E. 3.1.3 und C-5670/2015 vom 30. November 2017 E. 7.2.2). Vielmehr ist auf den tatsächlichen Spesenaufwand abzustellen, der hier allerdings nicht ausgewiesen und aufgrund der Akten auf insgesamt Fr. 110.- festzusetzen ist. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat die Vorinstanz den Beschwerdeführer folglich mit Fr. 3'610.- zu entschädigen.

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