

BVGer C-4838/2012 vom 24. November 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-11-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4838_2012

FR: TAF C-4838/2012 du 24 novembre 2014

IT: TAF C-4838/2012 del 24 novembre 2014

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 VGG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG. Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die In-validenversicherung [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sach-gebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a bis 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 1.3

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a VwVG in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung vom 14. August 2012 (B-act. 1 Beilage 1) ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet worden ist, ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

E. 1.4

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 14. August 2012 (B-act. 1 Beilage 1), mit welcher die bisherige ganze Rente mit Wirkung auf den 1. Oktober 2012 aufgehoben wurde. Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit dieser Verfügung und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Vorinstanz den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

E. 1.5

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

E. 2

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

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist spanischer Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Spanien, 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) zu beachten ist. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71), und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden. Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004, haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA). Laut Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Mitgliedstaats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger jedes anderen in Betracht kommenden Mitgliedstaats verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Mitgliedstaaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Letzteres ist mit Bezug auf das Verhältnis zwischen Spanien und der Schweiz nicht der Fall. Eine entsprechende Regelung sah bereits Art. 40 Abs. 4 und Anhang V der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vor. Der Träger eines Mitgliedstaats hat jedoch gemäss Art. 49 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 bzw. nach Art. 40 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 die von den Trägern der anderen Mitgliedstaaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte sowie die verwaltungsmässigen Auskünfte ebenso zu berücksichtigen, als wären sie in seinem eigenen Mitgliedstaat erstellt worden. Jeder Träger behält indessen die Möglichkeit, die antragstellende Person durch einen Arzt oder eine Ärztin seiner Wahl untersuchen zu lassen. Es besteht hingegen keine Pflicht zur Durchführung einer solchen Untersuchung.

E. 2.2

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechts-sätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 14. August 2012) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den in Kraft stehenden Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 2.3

Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der IVV sind bis zum 31. Dezember 2007 das IVG und das ATSG in der Fassung vom 21. März 2003, die IVV in der Fassung vom 21. Mai 2003 (4. IV-Revision, AS 2003 3837 beziehungsweise AS 2003 3859) und ab dem 1. Januar 2008 die mit der 5. IV-Revision in Kraft getretenen Gesetzes- und Verordnungsänderungen anwendbar (AS 2007 5129 und AS 2007 5155). Soweit ein Anspruch auf Rente ab dem 1. Januar 2012 zu prüfen ist, sind weiter die mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Gesetzesänderungen zu beachten (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]). Sofern sich die einschlägigen Bestimmungen materiell nicht verändert haben, werden im Folgenden - falls nichts Gegenteiliges vermerkt - die Bestimmungen in der ab 1. Januar 2008 gültig gewesenen Fassung zitiert.

E. 2.4

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). 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 ATSG).

E. 2.5

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines

psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1).

E. 2.6

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) 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. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, was laut Rechtsprechung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie - wie der Beschwerdeführer - in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

E. 2.7

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 (BGE 134 V 131 E. 3). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben; zudem kann auch eine Wandlung des Aufgabenbereichs einen Revisionsgrund darstellen (BGE 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b; AHI 1997 S. 288 E. 2b). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

E. 3.1

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den

Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

E. 3.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 3.3

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen). Auf Stellungnahmen der RAD resp. der medizinischen Dienste kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil des EVG I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des BGer 9C_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen).

E. 4.1

Hinsichtlich der zeitlichen Anknüpfungspunkte hat im vorliegenden Fall als letztmaliger, das Ergebnis einer rechtsgenügenden materiellen Prüfung des Rentenanspruchs darstellender Rechtsakt die Mitteilung der Vorinstanz an den Versicherten vom 3. April 2006 (VI 80) zu gelten, in welchem dem Beschwerdeführer mitgeteilt wurde, dass das Revisionsverfahren keine anspruchsbeeinflussende Änderung ergeben habe (vgl. dazu BGE 133 V 108 E. 5.4 und Urteil des Bundesgerichts 9C_889/2011 vom 8. Februar 2012 E. 3.2). Es ist also zu prüfen, ob seit dem 3. April 2006 bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 14. August 2012 (B-act. 1 Beilage 1) eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes des Versicherten eingetreten ist, welche geeignet wäre, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch in rentenrelevanter Weise zu beeinflussen.

E. 4.2

Anlässlich der letzten Rentenrevision stützte sich die Vorinstanz in ihrer Mitteilung an den Beschwerdeführer vom 3. April 2006 (VI 80) auf folgende Unterlagen: - Im vom ausländischen Versicherungsträger in Auftrag gegebenen psychologischen Gutachten von Dr. C._____ (Psychiater) vom 6. Oktober 2005 (VI 72) wurden Spielsucht, affektive unspezifische Persönlichkeitsstörung sowie Eheprobleme diagnostiziert. Die Prognose sei aufgrund der Eheprobleme und der Spielsucht schlecht. Der Versicherte sei in seiner angestammten Tätigkeit nicht arbeitsfähig. - Der Bericht E 213 von Dr. I._____, R._____, vom 9. November 2005 (VI 73) stellte zusammenfassend fest, der Versicherte leide unter Spielsucht, Asthma, Reizdarm und emotionalen Störungen (S. 8). Laut Psychiater (Dr. C._____) sei die Prognose schlecht. Der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit nicht arbeitsfähig. In einer adaptierten Tätigkeit sei er vollzeitig arbeitsfähig, z. B. als Kontrolleur (S. 10). Im Übrigen verwies der Bericht auf das psychiatrische Gutachten von Dr. C._____. - Der Beschwerdeführer selbst gab auf dem Fragebogen für die IV-Rentenrevision am 11. Dezember 2005 an, er leide immer noch an chronisch akuten abdominalen Problemen sowie an Bronchitis und Bronchialasthma (VI 76). - Der Vertrauensarzt, Dr. D._____ (Allgemeinmediziner), stellte am 15. März 2006 zuhanden der Vorinstanz folgende Diagnosen: Bronchialasthma, chronische Diarrhoe ungeklärter Ätiologie, Reizdarm-Syndrom, affektive Persönlichkeitsstörung, anhaltend depressive Episode, Spielsucht. Bei gleichbleibenden intestinalen Störungen schein sich die psychiatrische Pathologie eher zu verschlechtern. Ohne Verbesserung des Gesundheitszustandes könne eine Verminderung der Arbeitsunfähigkeit auch für Verweistätigkeiten nicht beurteilt werden (VI 79). Den Invaliditätsgrad setzte er auf 85 % fest (VI 77).

E. 4.3

Die aktuelle gesundheitliche Situation des Versicherten stellt sich folgendermassen dar: - Auf dem Fragebogen für die IV-Rentenrevision gab der Beschwerdeführer am 1. Februar 2010 an, sein Gesundheitszustand sei wie immer, er leide unter chronischen Abdominalproblemen und Bronchialasthma. - Der vom ausländischen Versicherungsträger beauftragte Dr. E._____ (Psychiater) beurteilte den Versicherten in seinem Bericht vom 23. März 2010 aus psychiatrischer Sicht als arbeitsfähig (doc. 6). - Der Bericht des behandelnden Hausarztes (Name nicht leserlich) des Servizio Gallego de Saude bestätigte am 7. April 2010 Asthma, Darmreizungen sowie eine Depression, mit häufigen Zuspitzungen (doc. 39 S. 1). - Im Bericht E 213 von Dr. J._____ vom 19. April 2010 (doc. 7) wurden Bronchialasthma, Reizdarm, frühere Spielsucht sowie depressive Zustände

festgehalten, in psychologischer Sicht sei eine positive Entwicklung zu erkennen (S. 7). Der Versicherte sei in seinem angestammten Beruf als Maurer nur noch zu 70% arbeitsfähig, in einer Verweistätigkeit sei er vollzeitig arbeitsfähig (S. 9). - Der RAD-Arzt, Dr. K. _____, hielt in seiner Stellungnahme vom 24. Mai 2010 (doc. 10) fest, dass die seinerzeitige psychiatrische Diagnose im Rückblick als Invaliditätsgrund schwer nachvollziehbar sei. Bezüglich Darm könne von einer Verbesserung ausgegangen werden. Von einer stabilen Verbesserung auszugehen, wäre indessen verwegen. Deshalb empfahl er eine Untersuchung des Versicherten bei der MEDAS. - Das MEDAS-Teilgutachten von Dr. L. _____ (Rheumatologie FMH, Chefarzt MEDAS Y. _____) vom 28. März 2011 stellte nach erfolgter Untersuchung keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten fest. Es beschrieb lediglich eine leichte Fehlform der Wirbelsäule, ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (doc. 29 S. 36). - Das MEDAS-Teilgutachten von Dr. B. _____ (FMH Psychiatrie & Psychotherapie) vom 11. April 2011 (doc. 29 p. 22 ff.) hielt nach erfolgter Untersuchung des Versicherten am 16. März 2011 ebenfalls fest, es lägen keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten vor (doc. 29 S. 28). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte er einen Status nach länger dauernder depressiver Reaktion fest (ICD-10 F 43.21), die sich passager im Sinne einer Persönlichkeitsveränderung (ICD-10 F 62.9) chronifiziert habe (2002), sowie einen Status nach Spielsucht (ICD-10 F 63 [2005]). Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte heute in einer seiner körperlichen Belastbarkeit angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig, nur für Untertagearbeiten sei er nicht geeignet (doc. 29 S. 32). - Dr. M. _____ (Innere Medizin & Endokrinologie/Diabetologie FMH) der MEDAS Y. _____ stellte nach eigener Untersuchung des Versicherten, nach einer gemeinsamen Besprechung mit Dr. L. _____ und in Kenntnis der beiden obigen Teilgutachten in seinem Bericht vom 8. Juni 2011 zusammenfassend folgende Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (doc. 29 S. 17): Zustand nach längerdauernder depressiver Reaktion (ICD-10 F 43.21), bei physischer und psychischer Überforderung im Tunnelbau, mit passagerer Chronifizierung im Sinne einer Persönlichkeitsänderung (2002). Weiter hielt er - ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert - die Diagnosen Bronchialasthma bei fortgesetztem Nikotinabusus sowie irreversible Hypoakusis am rechten Ohr (seit der Kindheit) fest (S. 17). Die Arbeitsfähigkeit in seiner zuletzt ausgeführten Tätigkeit als Tunnelbauer betrage 0 Prozent, in erster Linie aus psychiatrischen Gründen. Die Arbeitsfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten am Tageslicht betrage 100 Prozent (S. 18). - In seinem Bericht vom 21. Juli 2011 (doc. 31) hielt der RAD Arzt Dr. N. _____ (FMH Psychiatrie & Psychotherapie) aufgrund der vorhandenen medizinischen Unterlagen fest, der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit als Tunnelbauer aus psychischen Gründen seit dem Jahr 2000 zu 100% arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit sei er jedoch ab dem 8. Juni 2011 zu 100% arbeitsfähig (doc. 31 S. 1). Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS sei überzeugend. Aus rein versicherungstechnischer Sicht sei der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig; aus rein medizinischer Sicht bestehe indes angesichts der nicht pathologischen "fragilité" des Versicherten die Gefahr der psychischen Dekompensation, falls er nach 10 Jahren auf dem freien Arbeitsmarkt wieder Arbeit suchen müsse. - Im vom Beschwerdeführer in Auftrag gegebenen Gutachten stellte Dr. F. _____ (Psychiater und Neurologe) nach zwei durchgeführten psychiatrischen Tests (u.a. Beck-Depressions-Inventar) am 21. September 2011 eine schwere Depression fest. Der

Versicherte sei in allen Tätigkeiten zu 100 Prozent arbeitsunfähig (doc. 39 S. 2-9). - Dr. O._____ (Internist) diagnostizierte in seinem Arztbericht vom 3. Oktober 2011 (doc. 39 S. 10/11) chronisches Bronchialasthma mit langjähriger Dispnöe, andauernde Rhinitis, Tabakmissbrauch, Reizdarm, funktionelle Dispepsie [unklare Oberbauchbeschwerden] sowie eine Angstdepression. Aufgrund der Pluripathologie sei der Versicherte gänzlich arbeitsunfähig. - Der RAD-Arzt (Dr. N._____) stellte in seiner Stellungnahme vom 22. Dezember 2011 (doc. 44) fest, dass die Bestätigung von Dr. F._____ qualitativ gut sei, dass jedoch die zeitliche Entwicklung der Depression des Versicherten nicht eingeschätzt werden könne und auch die medikamentöse Behandlung nicht erwähnt werde. Auch werde die kontradiktorische Einschätzung von Dr. B._____ nicht diskutiert. Es sei plausibel, dass der Beschwerdeführer bei der Untersuchung von Dr. F._____ depressiv gewesen sei, aber es lasse sich nicht feststellen, ob eine neue Episode vorgelegen habe und ob sie zumindest teilweise reversibel sei. Er schlug deshalb vor, Dr. B._____ ein ergänzendes Gutachten in Auftrag zu geben. - Mit Schreiben vom 18. Juni 2012 (doc. 55) teilte die MEDAS der Vorinstanz nach erfolgtem Ergänzungsauftrag mit, dass sie die drei vom Beschwerdeführer eingereichten medizinischen Aktenstücke (Gutachten F._____, Bericht Dr. O._____, Bericht Hausarzt) erhalten habe. Diese würden sie nicht von ihrer damaligen Einschätzung abbringen. Der Versicherte sei internistisch, rheumatologisch und auch psychiatrisch untersucht worden. Es handle sich um eine andere Sichtweise des gleichen Sachverhalts. - Der RAD-Arzt Dr. N._____ stellte daraufhin in seiner Stellungnahme vom 31. Juli 2012 (doc. 58) fest, die vom Beschwerdeführer eingereichten drei medizinischen Unterlagen seien den MEDAS-Experten unterbreitet worden. Diese hätten geschlossen, es handle sich um eine andere Sicht des gleichen Sachverhalts. Diese Schlussfolgerung sei kohärent und ihr könne gefolgt werden. - Im mit Replik vom 2. April 2013 eingereichten Bericht vom 23. November 2012 haben mehrere Ärzte der Abteilung für Psychiatrie des Spitals R._____ die Behandlungen des Beschwerdeführers von Januar bis November 2012 festgehalten. Darin stellt Dr. P._____ die frühere Krankengeschichte mit suizidalen Zügen und Spielsucht sowie häufigem Streit mit seiner Ehefrau bei gegenseitiger Gewaltanwendung (Ehefrau jedoch seit November 2011 in der Schweiz) dar. Beschrieben werden seit März 2012 tageweise Depressionen, Probleme mit weiterhin bestehender Spielsucht, sozialer Rückzug seit Mai 2012 und verbesserter Gemütszustand im November 2012. Dr. G._____ ihrerseits beschreibt eine Behandlung im Januar 2012 wegen eines Verkehrszusammenstosses (Schlag gegen das eigene Auto), eine deutliche Besserung anfangs Februar 2012, jedoch Interessenlosigkeit, depressive Gedanken und sozialer Rückzug per Ende März 2012. Dr. Q._____ schliesslich beschreibt im Juni 2012 ebenfalls die Tendenz zu sozialem Rückzug und eine Abnahme der Spielsucht (B-act. 17 Beilage 3). - In ihrem (ebenfalls replikweise eingereichten) Bericht diagnostiziert Dr. G._____ (Psychiaterin, Universitätsspital R._____) am 14. Januar 2013 eine unspezifische Persönlichkeitsstörung sowie ein ängstlich-depressives Syndrom. Die Fachärztin führte aus, der Beschwerdeführer sei 2004 erstmals in ihrer Abteilung für mentale Erkrankungen notfallmässig wegen Angst und Suizidgedanken im Kontext eines Ehekonfliktes und im selben Jahr in der Abteilung für Suchtverhalten wegen Spielsucht behandelt worden. Aktuell wohne er in X._____ mit seinem Sohn, die Ehefrau sei erneut ausgewandert, angeblich aus finanziellen Gründen. Der Beschwerdeführer erwähne früheres gelegentliches Einnehmen von Giften (bzw. psychotropen Substanzen [doc. 29 S. 27]) und Spielsucht. Letzterem Verlangen begegne er mit ausweichendem Verhalten. Er habe verschiedene frühere Suizidversuche und -handlungen mit Einnahme von

Medikamenten unternommen. Im Dezember 2011 habe er die Abteilung für mentale Erkrankungen erneut aufgesucht wegen ängstlich-depressiven Symptomen und Zügen einer Persönlichkeitsstörung mit niedriger Frustrationstoleranz. Er sei daraufhin psychopharmakologisch behandelt worden, mit unregelmässiger Compliance; bipolare Züge hätten sich nicht bestätigt. In der Untersuchung gebe der Beschwerdeführer Traurigkeit, Angstkrisen, Gemütsschwankungen, gemischte Schlaflosigkeit, Appetitverlust mit Auswirkungen auf das Gewicht, Apathie, niedrige Frustrationstoleranz, keine obsessiven oder psychotischen Züge, unstrukturierte Suizidideen (deutlich erhöht in Momenten zwischenmenschlicher Konflikte), Gefühle von Kontrollverlust, Kopfwahl und wahrscheinlich angstbedingte Verdauungsstörung an. Er sei im täglichen Leben und in einigen Freizeitaktivitäten weiterhin aktiv (B-act. 17 Beilage 2). - Die ebenfalls replicando eingereichte Urkunde der Xunta de Galicia (Regionalregierung der Region Galizien) vom 23. Januar 2013 bestätigt, dass der Beschwerdeführer ab dem 6. November 2012 zu 53% behindert sei (B-act. 17 Beilage 2). - Dr. H. _____ (Psychiater) des medizinischen Dienstes der IV-Stelle führt in seiner Stellungnahme vom 27. Juni 2013 (B-act. 21 Beilage 1) - worauf die Vorinstanz in ihrer Duplik ohne Weiterungen verweist - aus, aus dem Dokument vom 14. Januar 2013 (recte: 23. November 2012) ergebe sich insgesamt eher die Problematik der Spielsucht, denn eine schwere depressive Symptomatik. Im Dokument vom 12. Juni 2012 (recte: 14. Januar 2013) gehe nicht hervor, wie lange der Beschwerdeführer wegen Spielsucht behandelt worden sei, er habe aber jahrelang keine psychiatrische Hilfe mehr in Anspruch genommen. Die oben erwähnte Hypothese einer bipolaren Störung sei fallengelassen worden. Es werde von einer unspezifizierten Persönlichkeitsstörung gesprochen, was der von Dr. B. _____ diagnostizierten nicht näher bezeichneten andauernden Persönlichkeitsveränderung entspreche. Die psychopathologische Beschreibung lasse keine Rückschlüsse auf eine mittelgradige oder gar schwere depressive Störung zu. Es liege letztlich eine schlechte Adhäsion an die vorgegebene Therapie vor. Die beiden Berichte stünden nicht im Widerspruch zu den bisherigen geäusserten medizinischen Stellungnahmen, in welchen in kohärenter Weise die übereinstimmenden Schlüsse der spanischen und schweizerischen Ärzte in Bezug auf eine psychische Verbesserung dargestellt würden. Sie stünden auch nicht im Widerspruch zu den Ausführungen der MEDAS-Gutachter, welche festgehalten hätten, es handle sich lediglich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts. Er teile diese Ansicht. Die von Dr. N. _____ gefertigten Stellungnahmen seien seines Erachtens ebenfalls vollumfänglich nachvollziehbar.

E. 5

Die MEDAS-Gutachten ergeben im Detail folgendes Bild:

E. 5.1

Dr. L. _____ diagnostiziert in seinem rheumatologischen Teilgutachten (doc. 29 p. 35 ff.) eine leichte Fehlform/Fehlstatik der Wirbelsäule mit S-förmiger, mehrheitlich linkskonvexer Skoliose und vermehrter Brustkyphose. In seiner Beurteilung führt er aus, im IV-Dossier sei eine somatoforme Schmerzstörung in Erwägung gezogen worden, weshalb auch eine rheumatologische Beurteilung organisiert worden sei. Die Befragung und die klinische Untersuchung des Versicherten hätten aber gezeigt, dass nie eine relevante gesundheitliche Störung am Bewegungsapparat bestanden habe und auch jetzt nicht bestehe (S. 37). Diese Feststellung ist in Kenntnis der gesamten Vorakten gemacht worden; sie ist nachvollziehbar, widerspruchsfrei und plausibel. Gegen diese Beurteilung wurden vom

Beschwerdeführer keine Einwände erhoben.

E. 5.2

Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. B. _____ (doc. 29 S. 22 ff.) wurde ebenfalls in Kenntnis der gesamten Vorakten und aufgrund einer persönlichen Untersuchung am 16. März 2011 erstellt. Der Gutachter verweist darin auf die Tatsache, dass er den Exploranden bereits in den Jahren 2000 und 2002 zuhause an der IV-Stelle untersucht habe. Es ergebe sich folgendes Bild: Nach seinen subjektiven Leiden befragt, gebe der Beschwerdeführer heute an, an Oberbauchbeschwerden, Darmproblemen und Kopfschmerzen zu leiden. Sein körperlicher Zustand sei jedoch seit seiner Rückkehr nach Spanien besser geworden. Die psychische Befindlichkeit sei wechselhaft. Weiter bejahe er verminderte Konzentrationsfähigkeit und Merkfähigkeit sowie Ein- und Durchschlafstörungen. Er habe auch Suizidgedanken, das letzte Mal, als er krank im Bett gelegen habe und nicht am Weihnachtsfest teilnehmen könne (S. 24). Zu seiner Arbeitsfähigkeit habe er keine genauen Auskünfte geben können. Bei der Gartenarbeit müsse er aber jeweils nach einer halben Stunde eine Pause einschalten, weil er sich müde fühle. Auch das Treppensteigen mache ihm Mühe. Weiter bejaht er regelmässige Kontakte zu Kollegen sowie eine gute Beziehung zu seiner Ehefrau. Er verzichte auf fetthaltige Speisen und auf Alkohol; er spiele seit Jahren nicht mehr (S. 25). Der Explorand habe während der zweistündigen Untersuchung nie einen depressiven oder schmerzgefüllten Eindruck gemacht. Das Denken sei nicht verlangsamt, es bestünden keine Anhaltspunkte für Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen (S. 27). Ängste habe er in Phasen, in welchen es ihm nicht so gut gehe, sie seien aber nicht dauernd vorhanden. Im Untersuchungsbericht von Dr. E. _____ fänden sich in der psychiatrischen Untersuchung keine Anhaltspunkte für psychopathologische Zeichen, die für eine psychiatrische Störung von Krankheitswert pathognomonisch [für die Diagnosenstellung richtungsweisend] seien (S. 31). Diese Ausführungen deckten sich mit den aktuellen klinischen Befunden. Gestützt auf die klinische Untersuchung und die Aktenlage könne beim Exploranden aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit mehr begründet werden. Die von ihm angeführten Stimmungsschwankungen von 1-2 Tage Dauer könnten als depressive Verstimmungszustände interpretiert werden, die in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit keinen invalidisierenden Krankheitswert hätten. Das psychische Zustandsbild habe sich im Vergleich zur Untersuchung von 2002 und auch im Vergleich zur Untersuchung 2005 deutlich verbessert. Die 2002 manifest gewordenen psychischen Einschränkungen aufgrund der Persönlichkeitsveränderung seien heute nicht mehr krankheitswirksam (S. 32).

E. 5.3

Das MEDAS-Hauptgutachten vom 8. Juni 2011 (Dres. M. _____, Internist, L. _____, Rheumatologie; doc. 29 S. 1 ff.) stellt zunächst die Vorgeschichte ausführlich dar. Heute gebe der Beschwerdeführer als Hauptleiden "Nerven" an. Dieses Problem habe beim Tunnelbau 1997/1998 begonnen. Die Arbeit im Tunnelbau habe sicher eine Rolle gespielt, dass er nervös geworden sei. Er habe an Durchfall und Erbrechen gelitten und innerhalb kurzer Zeit 8-9 Kilogramm an Gewicht verloren. Er habe grosse Angst gekriegt, da er dadurch an seinen Vater erinnert worden sei, welcher wegen eines Lungenkrebses ebenfalls stark abgenommen habe (S. 12). Nach seiner Rückkehr nach Spanien sei es mit den Nerven deutlich besser geworden. Auf Nachhaken des Gutachters gab der Explorand an, dass das Hauptproblem die Krebsangst sei. In Spanien gehe er zu einer Art Hausärztin, wenn es ihm schlecht gehe; er sei weder in psychologischer noch in psychiatrischer Behandlung.

Begleitphänomene seien nicht nur Diarrhoe und Appetitverlust, sondern auch Kopfweh, Nebelsehen, Hörverlust am rechten Ohr, Lufthunger, ebenso Herzklopfen und ein wenig Schwindel und feines Zittern. Auf die Frage, was ihn invalid mache, habe er geantwortet: "Weiss nicht, habe probiert zu arbeiten, aber immer sehr müde, ging nicht." (S. 13). Unter Verweis auf das rheumatologische und das psychiatrische Teilgutachten und auf die Schlussbesprechung mit den beiden Gutachtern vom 16. Mai 2011 gelangte Dr. M._____ zu folgenden Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (doc. 29 S. 17 f.): Zustand nach längerdauernder depressiver Reaktion (ICD-10 F 43.21), bei physischer und psychischer Überforderung im Tunnelbau, mit passagerer Chronifizierung im Sinne einer Persönlichkeitsänderung (2002). Ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert, nannte er Bronchialasthma bei fortgesetztem Nikotinabusus sowie irreversible Hypoakusis am rechten Ohr (seit der Kindheit). Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit als Tunnelbauer betrage 0 Prozent, in erster Linie aus psychiatrischen Gründen. Die Arbeitsfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten am Tageslicht betrage 100 Prozent. Diese aktuelle Einschätzung gelte zumindest ab dem 16. Juni 2011.

E. 5.4

Die Einwände des Beschwerdeführers richten sich vor allem gegen die Beurteilung in psychiatrischer Hinsicht.

E. 5.4.1

Bereits in seinem Einwand vom 26. Oktober 2011 (doc. 40) brachte der Beschwerdeführer seine Verwunderung zum Ausdruck, dass Dr. B._____ nicht eine operationale Diagnostik "mit den hier anzuwendenden Systemen wie ICD-10 und DSM-IV" angewendet habe, welche immer zum selben Ergebnis gelangten und wodurch die Gefahr einer Fehldiagnostik vermieden werden könne. Eine Fehldiagnose sei vorliegend erstellt worden. Der Beschwerdeführer leide noch an einer schweren chronischen und progressiven Depression. Deshalb habe er ein erneutes psychiatrisches Gutachten von einem der renommiertesten Fachärzte für Psychiatrie, Dr. F._____, veranlasst. Dieser sei mit hier anzuwendenden Diagnostiken zum Schluss gekommen, dass der Beschwerdeführer an einer chronifizierten schweren Depression leide, ohne vollständige Reversibilität, und dass er zu 100% arbeitsunfähig sei (doc. 39).

E. 5.4.2

In der Beschwerdeergänzung beurteilte er das Gutachten von Dr. B._____ dann als "abwertend" (B-act. 9 S. 3). Grund für die Verharmlosung sei, dass schon das Gutachten von Dr. E._____ zuhanden des spanischen Versicherungsträgers eine "Farce" gewesen sei und zu Unrecht die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers verneint habe. Beim Beschwerdeführer werde der gesamte Alltag und sein Gemütszustand vom psychischen Zustand eingenommen und auch sein Umfeld werde mit einbezogen. Beim vom Beschwerdeführer in Auftrag gegebenen psychiatrischen Fachgutachten seien vorgeschriebene und gebräuchliche operationale psychiatrische Diagnostiken angewandt worden, welche diverse "psychiatrische Bewertungen garantierten" (S. 4). Das beigelegte Gutachten (B-act. 9 Anlage 4) bestätige eine chronisch schwere depressive Störung, mit psychotischen Störungen und Suizidgedanken, mentale Verhaltensstörungen aufgrund der Spielsucht (aktuelle Abstinenz, aber mit ständigem Drang zum Spielen, in anhaltender Therapie) sowie andere spezifische Störungen der Persönlichkeit. Es bestätige die

100-prozentige Arbeitsunfähigkeit auch in allen Verweistätigkeiten (S.3).

E. 5.5

Der RAD-Arzt Dr. N. _____ (Facharzt FMH in Psychiatrie & Psychotherapie) äusserte sich zu den medizinischen Akten wie folgt:

E. 5.5.1

In seiner ersten Stellungnahme vom 21. Juli 2011 (doc. 31) hielt er das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten, welches auch das Gutachten von Dr. B. _____ enthält, für überzeugend. Zur Zeit bestehe keine psychiatrische Diagnose gemäss ICD-10. Demnach sei der Beschwerdeführer ab dem 8. Juni 2011 in einer Verweistätigkeit zu 100% arbeitsfähig (ohne Nachtarbeit).

E. 5.5.2

In seiner zweiten Stellungnahme, nach erfolgtem Einwand durch den Beschwerdeführer, hielt der RAD-Arzt am 22. Dezember 2011 (doc. 44) fest, dass das vom Beschwerdeführer eingereichte Gutachten von Dr. F. _____ zwar von guter medizinischer Qualität sei, dass es aber nicht erlaube, den Verlauf der Krankheit zu beurteilen, die medikamentöse Behandlung nicht erwähnt werde und es keine Diskussion zur abweichenden Beurteilung von Dr. B. _____ enthalte. Es sei glaubwürdig, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung bei Dr. F. _____ depressiv gewirkt habe. Es sei aber nicht ersichtlich, ob es sich um eine neue Episode handle und ob die Krankheit bei anderer Behandlung zumindest teilweise rückgängig gemacht werden könne. Deshalb sei von Dr. B. _____ eine Ergänzung seines Gutachtens zu verlangen, damit der Verlauf und die Entwicklung der Schwere der Depression aufgezeigt werden könne, inklusive der aktuellen Episode, welche von Dr. F. _____ beschrieben worden sei. Die IV äussere sich grundsätzlich nur zu einem stabilisierten Zustand.

E. 5.5.3

Mit Schreiben vom 18. Juni 2012 (doc. 55) teilte die MEDAS der Vorinstanz mit, dass sie die drei vom Beschwerdeführer eingereichten medizinischen Aktenstücke (Gutachten F. _____, Arztbericht O. _____, Bericht Hausarzt [doc. 39]) erhalten habe. Diese würden sie nicht von ihrer damaligen Einschätzung abbringen. Der Versicherte sei damals internistisch, rheumatologisch und auch psychiatrisch untersucht worden. Es handle sich um eine andere Sichtweise des gleichen Sachverhalts. Alle drei MEDAS-Gutachter (Dr. L. _____, Dr. M. _____, Dr. B. _____) haben dieses Schreiben unterzeichnet.

E. 5.5.4

In seiner dritten Stellungnahme vom 31. Juli 2012 (doc. 58) stellte der RAD-Psychiater fest, die vom Beschwerdeführer eingereichten drei medizinischen Unterlagen seien den MEDAS-Experten unterbreitet worden. Diese hätten geschlossen, dass es sich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts handle. Diese Schlussfolgerung sei kohärent und ihr könne gefolgt werden. Er habe keinen Grund, von seiner letzten Einschätzung abzuweichen.

E. 6.1

Das Schreiben der MEDAS-Gutachter vom 18. Juni 2012 (doc. 55), in welchem lapidar festgehalten wird, dass die nachgereichten Unterlagen nur eine andere Sicht desselben Sachverhalts darstellten, vermag nicht zu überzeugen. Zum einen enthält die Stellungnahme

keinerlei Begründung dazu, gestützt auf welche Überlegungen die Gutachter zu dieser Schlussfolgerung gelangen. Damit ist zugleich eine Auseinandersetzung mit den Aussagen von Dr. F._____ weder erkennbar noch für die Verfahrensbeteiligten nachvollziehbar. Zudem steht die Aussage der Experten im Widerspruch zur Beurteilung von Dr. N._____, Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie des RAD, der in seiner ersten Stellungnahme (doc. 44) von einer guten Qualität des Gutachtens F._____ ausging und aufgrund der Beurteilung des spanischen Facharztes weitere Abklärungen durch den behandelnden Facharzt oder die MEDAS-Gutachter als erforderlich erachtete (vgl. dazu E. 5.5.2). Durch die formelhafte Antwort der MEDAS-Gutachter sind die vom RAD-Arzt aufgeworfenen Fragen weder diskutiert noch beantwortet worden. Dies gilt im Übrigen auch für den Bericht von Dr. O._____ vom 3. Oktober 2011 (doc. 39 S. 10, B-act. 9 Anhang 5), welcher bestätigt, dass der Beschwerdeführer aufgrund der festgestellten Pluropathologie nicht arbeitsfähig sei. Zum anderen ist die Würdigung der Gutachter zumindest insofern lückenhaft, als Dr. F._____ seine Schlüsse aufgrund einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers am 21. September 2011 gezogen hat und damit (zumindest) offenbleibt, ob es sich - seit der persönlichen Begutachtung in der MEDAS Mitte März 2011 - bei der attestierten schweren chronisch depressiven Störung um eine (passagere) Verschlechterung des Gesundheitszustandes in psychiatrischer Hinsicht handelt und wie sich die psychische Situation seit Begutachtung im März 2011 bis zum angefochtenen Entscheid vom 14. August 2012 entwickelt hat.

E. 6.2

Auch die nachfolgende Stellungnahme von Dr. N._____, RAD, vom 31. Juli 2012 ist nicht nachvollziehbar: Hatte er mit früherer Stellungnahme vom 22. Dezember 2011 noch festgestellt, das Gutachten F._____ sei zwar von guter Qualität, müsse aber hinsichtlich Verlauf und Schwere der psychischen Beschwerden, Medikation und Diskussion der gegenteiligen Schlussfolgerungen des Gutachtens B._____ noch ergänzt werden, weshalb dem behandelnden Facharzt oder dem Experten, Dr. B._____, ergänzende Fragen zu stellen seien, hielt er mit Stellungnahme vom 31. Juli 2012 dazu abweichend fest, die Schlussfolgerung der MEDAS-Gutachter, wonach es sich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts handle, sei kohärent und ihr könne gefolgt werden. Diese abweichende Beurteilung ist aus Sicht des Gerichts nicht plausibel. Hinzu kommt, dass Dr. N._____ seine (diametral abweichende) Schlussfolgerung nicht weiter begründet hat.

E. 6.3

Die Einwände des Beschwerdeführers in Verbindung mit dem Gutachten F._____ sind deshalb insgesamt geeignet, das Gutachten von Dr. B._____ im Hinblick auf die Feststellung, dass es dem Beschwerdeführer deutlich besser gehe (doc. 29 S. 31), in Zweifel zu ziehen, auch wenn er den Beschwerdeführer vorher schon zwei Mal untersucht hat. 6.4.1 Es bleibt zu prüfen, ob die in E. 6.1 f. erwähnte unklare Aktenlage mit den im Rahmen der Replik eingereichten Arztberichten vervollständigt und die genannten Unstimmigkeiten beziehungsweise widersprüchlichen Würdigungen aufgrund der replikweisen Stellungnahme von Dr. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des medizinischen Dienstes der IV-Stelle, vom 27. Juni 2013 (B-act. 21 Beilage) geklärt werden konnten. 6.4.2 Auch wenn die nachgereichten Arztberichte, insbesondere der Verlaufsbericht vom 23. November 2012, der jeweils kurze Beschreibungen zum Grund der Selbsteinweisung und Behandlung im Spital R._____ im Zeitraum von Januar bis November 2012 gibt, und die Ausführungen der Psychiaterin Dr. G._____ in ihrem

Bericht vom 14. Januar 2013 zur (wie sie selber angibt: unvollständig dokumentierten) Behandlungssituation seit 2004 bis Januar 2013 weitere Hinweise zum Verlauf der psychischen Erkrankung(en) gibt, erscheint eine abschliessende Beurteilung gestützt auf diese ergänzenden Akten nicht möglich. Dies ergibt sich - ohne abschliessend auf die einzelnen Würdigungen von Dr. H._____ einzugehen - bereits daraus, dass dieser mit Stellungnahme vom 27. Juni 2013 davon ausgeht, die spanischen Arztberichte enthielten keine Aussagen zu einer Suizidalität des Beschwerdeführers, dies jedoch aktenwidrig ist. Zum einen sind dem Eintrag vom 1. Februar 2012 von Dr. P._____, Abteilung für mentale Erkrankungen im Spital R._____ (B-act. 17 Beilage 3), Hinweise auf früher bestehende Suizidabsichten zu entnehmen; zum anderen enthält auch der Arztbericht von Dr. G._____ vom 14. Januar 2013 Hinweise auf Suizidgedanken, frühere Suizidabsichten sowie Suizidhandlungen (B-act. 17 Beilage 2). Der Rechtsvertreter weist denn in seiner Beschwerdeergänzung auch auf diesen Umstand hin (vgl. E.d). 6.4.3 Auch bezüglich der Spielsucht enthalten die Akten widersprüchliche Aussagen. Ging der MEDAS-Experte Dr. B._____ noch von einem Status nach Spielsucht und einer erfolgreich durchgeführten Therapie aus, zeigen neuere Berichte (insbesondere der Verlaufsbericht vom 23. November 2012 [B-act. 17 Beilage 3), dass der Beschwerdeführer immer noch an Spielsucht leidet und sich deshalb im Mai 2012 in Behandlung ins Spital R._____ begab (B-act. 17 Beilage 3, Eintrag vom 16. Mai 2012). Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass die Beurteilung von Dr. B._____, wonach der Beschwerdeführer zurzeit in stabilen psychosozialen Verhältnissen lebe, keine existenziellen Nöte bestünden und die Beziehung zur Ehefrau nicht gestört sei (doc. 29 S. 29) ebenfalls nicht den Angaben der Ärzte im Spital R._____ entspricht, wonach finanzielle Nöte und Partnerschaftsprobleme im November 2011 (die Ehefrau sei im November 2011 in die Schweiz ausgewandert) zur Selbsteinweisung ins Spital führten (vgl. Arztbericht vom 14. Januar 2013 [B-act. 17 Beilage 2 S. 1; B-act. 17 Beilage 3: Einträge vom 1. Februar und 12. Juni 2012]).

E. 6.5

Da sich die angefochtene Verfügung vollumfänglich auf das Gutachten vom 18. Juni 2011, die ergänzende Stellungnahme der MEDAS-Gutachter vom 18. Juni 2012 und auf die erwähnten Stellungnahmen des RAD sowie medizinischen Dienstes der IV-Stelle stützt, kann das Bundesverwaltungsgericht angesichts der genannten Unstimmigkeiten und Widersprüche nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beurteilen, ob die bisher gewährte ganze Rente zu Recht wegen einer deutlichen Besserung des Gesundheitszustandes in psychischer Hinsicht revisionsweise ab dem 1. Oktober 2012 aufgehoben wurde (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 ergänzende Abklärungen in psychischer Hinsicht vorzunehmen sind (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Es ist hier speziell darauf hinzuweisen, dass schon geringe Auswirkungen des psychischen Zustandes auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers einen rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 40% ergeben könnten, zumal der bisher festgestellte Invaliditätsgrad, der auf der Annahme einer Arbeitsfähigkeit von 100% in einer angepassten Verweistätigkeit beruht, 35% beträgt.

E. 7

Die angefochtene Verfügung ist daher aufzuheben und die Sache an die IVSTA zurückzuweisen, damit sie ergänzende medizinische Abklärungen im Sinne der Erwägung 6 vornehme und anschliessend über den revisionsweise bestehenden Rentenanspruch neu verfüge. Damit kann offen gelassen werden, ob das psychiatrische Gutachten von Dr. E._____ vom 23. März 2010 (doc. 6), welches den Versicherten aus psychiatrischer Hinsicht als uneingeschränkt arbeitsfähig beurteilte, offensichtliche Mängel aufweist, wie der Beschwerdeführer im Einwand (doc. 40, p. 2), in der Beschwerdeergänzung (B-act. 9 S. 1-2) und in der Replik (B-act. 17 S. 2) ausdrücklich monierte.

E. 8.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6), sodass der Kostenvorschuss von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein vom Beschwerdeführer anzugebendes Konto zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

Der vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. 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. Der Rechtsvertreter hat vorliegend keine Kostennote ein-gereicht, weshalb das Gericht die Entschädigung aufgrund der Akten festsetzt (Art. 14 Abs. 2 VGKE). Diese wird unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands auf Fr. 1'500.- (Mehrwertsteuer ist nicht geschuldet, vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a des Bundesgesetzes vom 2. September 1999 über die Mehrwertsteuer [MWSTG, SR 641.20] i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG; Art. 9 Abs. 1 Bst. c, Art. 10 Abs. 1 und 2 sowie Art. 14 Abs. 2 VGKE) festgesetzt.

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