

BVGer C-5461/2013 vom 29. September 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-09-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5461_2013

FR: TAF C-5461/2013 du 29 septembre 2014

IT: TAF C-5461/2013 del 29 settembre 2014

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]) und der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung zur Erhebung der Beschwerde legitimiert (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 23. September 2013 einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 27. August 2013, mit der die Vorinstanz im Rahmen eines im Februar 2009 eingeleiteten Revisionsverfahrens nach Art. 17 ATSG die dem Beschwerdeführer seit 1. Oktober 2000 ausgerichtete ganze Invalidenrente auf eine halbe Invalidenrente herabgesetzt hat. Insofern ist das Dispositiv der angefochtenen Verfügung, wonach weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente bestehe, missverständlich und bezieht sich offenbar auf die Verfügung vom 12. März 2010 (IVSTA-act. I/109), die jedoch mit Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-2677/2010 vom 4. Oktober 2010 aufgehoben wurde. Aufgrund der Parteibegehren streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist im Folgenden, ob die Vorinstanz zu Recht die Reduktion der Invalidenrente verfügt hat, weil sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert hat.

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist kroatischer Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Kroatien, das seit dem 1. Juli 2013 Mitglied der EU ist. Mangels Unterzeichnung beziehungsweise Ratifizierung des Zusatzprotokolls (Protokoll III) ist das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) im Verhältnis zu Kroatien aber nicht verbindlich. Es ist daher weiterhin das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Kroatien über Soziale Sicherheit vom 9. April 1996 (nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen, SR 0.831.109.291.1) anwendbar (zur Anwendbarkeit vgl. Art. 3 desselben). Nach Art. 4 Abs. 1 dieses Abkommens sind die Staatsangehörigen des einen Vertragsstaates in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates, zu denen gemäss Art. 1 Abs. 1 Bst. a in Verbindung mit Art. 2 A Bst. ii die Bundesgesetzgebung über die schweizerische Invalidenversicherung gehört, den

Staatsangehörigen dieses Vertragsstaates gleichgestellt; abweichende Bestimmungen in diesem Abkommen bleiben vorbehalten. Demnach beantwortet sich die Frage, ob die Vorinstanz die Invalidenrente des Beschwerdeführers zu Recht aufgehoben hat, ausschliesslich nach dem innerstaatlichen Recht.

E. 3.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 27. August 2013) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3.3

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 27. August 2013 in Kraft standen (so auch die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision [IV-Revision 6a], AS 2011 5659); weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 4.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 4.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. 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. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit, als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2).

E. 4.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten vorbehältlich abweichender staatsvertraglicher Regelungen nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 erster Satz IVG). Das vorliegend anwendbare Sozialversicherungsabkommen sieht diesbezüglich keine Ausnahme vor (vgl. Art. 5 Abs. 2 des Sozialversicherungsabkommens).

E. 4.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des BGer 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4).

E. 4.5

Die IV-Stelle prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG, Art. 57 Abs. 3 IVG). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4, BGE 125 V 256 E. 4).

E. 4.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist,

in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, BGE 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. 5.1

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in anspruchrelevanter Weise verändert hat, bildet die rentenzusprechende Verfügung vom 20. Dezember 2002 (IVSTA-act. I/45), als die letzte umfassende materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung vorgenommen worden war. Die Mitteilung vom 1. April 2005, mit welcher der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine ganze Rente bestätigt wurde (IVSTA-act. I/57) basiert in medizinischer Hinsicht allein auf dem Verlaufsbericht des damals behandelnden Psychiaters, was nicht einer umfassenden materiellen Prüfung des Rentenanspruchs entspricht (vgl. Urteil des BGer 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 7). Zu prüfen ist daher, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitraum vom 20. Dezember 2002 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 27. August 2013 (IVSTA-act. II/143) in anspruchrelevanter Weise verändert hat und ob sich der medizinische Sachverhalt in dieser Hinsicht als genügend abgeklärt erweist.

E. 5.2

Die am 20. Dezember 2002 erfolgte Rentenzusprache mit Wirkung ab 1. Oktober 1999 beruht auf der Annahme einer Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Bodenleger von 100 % und in einer leidensangepassten Tätigkeit von 50 %. Diese Einschätzung wurde vom IV-Arzt Dr. med. G._____, Facharzt für allgemeine Innere Medizin, mit Stellungnahme vom 18. Oktober 2002 bestätigt (IVSTA-act. I/61 S. 3) und beruht vorwiegend auf folgenden medizinischen Berichten: - Dr. med. H._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, hielt in seinem Bericht vom 28. September 2000 als Diagnose ein Lumbovertebralsyndrom mit Schmerzausstrahlung ins rechte Bein bei etwas engem Spinalkanal und Chondrose L4/L5 fest (IVSTA-act. I/13). In seinem Bericht vom 6. November 2000 führte er überdies aus, dass gesamthaft eine überwiegend sitzende Tätigkeit mit Wechsel in der Körperhaltung und leichter Arbeit sinnvoll wäre (IVSTA-act. I/15). - Der damalige Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. I._____, Facharzt für allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 11. Dezember 2000 als Diagnose ein ausgeprägtes lumbovertrebrales Schmerzsyndrom ohne objektivierbare pathologische Befunde auf. Er hielt fest, dass der Beschwerdeführer dadurch in seiner körperlichen Belastbarkeit eingeschränkt sei (Heben schwerer Lasten, langes Verharren in gebückter Haltung). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei ihm eine ganztägige Arbeitstätigkeit zumutbar (IVSTA-act. I/20-21). - Dr. med. B._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Gutachten vom 2. Oktober 2002 die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4 ICD-10) sowie einer atypische Depression (F32.8 ICD-10) und attestierte eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % aus psychiatrischen Gründen, sowohl in der angestammten wie in einer angepassten Tätigkeit. Er ging weiter davon aus, dass vom körperlichen Zustand her die angestammte Tätigkeit als ungeeignet betrachtet werden dürfte (IVSTA-act. I/42).

E. 5.3

In der nun strittigen Verfügung vom 27. August 2013 geht die Vorinstanz von einer Verbesserung des psychischen Zustandes des Beschwerdeführers und einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in sämtlichen Tätigkeiten seit Juli 2009 aus. Für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit stellte die Vorinstanz im Wesentlichen auf die Aktenbeurteilung des RAD ab, der diverse Stellungnahmen unterbreitete. Die Vorinstanz führt aus, dass sich der RAD aufgrund der zahlreich eingeholten Facharztberichte psychiatrischer sowie auch somatischer Natur ein schlüssiges Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe machen und die medizinischen Erkenntnisse der D. _____ aus dem Jahr 2009 habe bestätigen können. Der RAD-Arzt Dr. med. J. _____, Facharzt für allgemeine Innere Medizin, hielt in seiner abschliessenden Stellungnahme vom 19. August 2013 als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Lumboschialgie (M 54.4 ICD-10) und eine Dysthymie (F 34.1 ICD-10) fest. Er führte aus, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stabil und seit Juli 2009 unverändert sei. Die Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten betrage immer noch 50 % (IVSTA-act. II/142). Gemäss den Stellungnahmen vom 21. Juli 2011 (IVSTA-act. II/33) und vom 2. Dezember 2010 (IVSTA-act. II/9) geht der RAD davon aus, dass gestützt auf das D. _____-Gutachten vom 24. September 2009 in somatischer Hinsicht von einem unveränderten Zustand mit einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % für sämtliche Tätigkeiten auszugehen sei. In psychiatrischer Hinsicht sei seit der Rückkehr nach Kroatien eine Verbesserung eingetreten. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit betrage nur noch 30 %.

E. 6.1

Bei den vorliegenden Stellungnahmen des RAD handelt es sich um Berichte, die nicht auf eigenen Untersuchungen basieren, sondern die Ergebnisse der medizinischen Untersuchungen zusammenfassen und eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht enthalten (vgl. Art. 59 Abs. 2bis IVG). Soweit IV-Ärzte wie hier nicht selber medizinische Befunde erheben, sondern die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei, müssen die Akten für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen enthalten. Ist das nicht der Fall, kann die Stellungnahme des RAD in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGER 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, gestützt auf im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich vom Versicherungsträger intern eingeholte medizinische Unterlagen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. Urteil des BGER 9C_196/2014 E. 5.1.2 mit Hinweis auf BGE 135 V 465). Im Folgenden ist zu prüfen, ob sich die Aktenbeurteilung des RAD auf beweiskräftige medizinische Berichte stützt und ob die Einschätzungen des RAD hinsichtlich Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers überzeugend und schlüssig sind.

E. 6.2

Die Aktenbeurteilung des RAD stützt sich zur Hauptsache auf das Gutachten der D. _____ vom 24. September 2009 (IVSTA-act. I/88), in welchem folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten wurden: - Chronifiziertes lumbales Schmerzsyndrom (bei lumbaler Streckhaltung und diskreter linkskonvexer Skoliose, Segmentdegenerationen L4/5 und L5/S1, bei Übergangsanomalie [sechs Lendenwirbel, 6. als S1 bezeichnet], muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung, Status nach thorakolumbalem Morbus Scheuermann und Status nach Verhebetauma 1990) - Leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (bei genereller Somatisierungsstörung mit Angabe von chronischem, diffusem Halbseiten-Hyposensibilitäts-/Allodynie-Syndrom rechts ohne organisches Korrelat und unübersehbarer Verdeutlichungstendenz) Als Diagnose ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert hielten die Gutachter fest: - Thrombozytopenie, seit 1999 (bei fraglicher leichter Splenomegalie und normaler Retikulozytenzahl) Die D. _____-Gutachter hielten fest, dass sich rheumatologisch nichts geändert, währendem sich die psychische Situation inzwischen deutlich verbessert habe. Sie attestierten für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bodenleger wie auch für eine andere Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 %.

E. 6.2.1

Im psychiatrischen D. _____-Teilgutachten von Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. Januar 2009 (IVSTA-act. I/86) wird ausgeführt, dass aufgrund der Depression, der Somatisierungsstörung und der Schmerzen der Antrieb, die Konzentrationsfähigkeit und das Selbstvertrauen des Beschwerdeführers leicht beeinträchtigt seien. Sein Arbeitstempo sei leicht verlangsamt. Er schlafe schlecht, was seine Regeneration erschwere und zu vermehrter Müdigkeit tagsüber führe. Er könne im Moment aufgrund seiner psychischen Störung zeitlich kaum eingeschränkt arbeiten, das heisst eine Präsenzzeit von 8 ¼ Stunden (100 %) mit vermehrten kurzen Pausen wäre möglich. Aber seine Leistungen wären aktuell im Ausmass von etwa 30 % eingeschränkt. Zusammengefasst könne aus psychiatrischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von etwa 30 % ausgegangen werden für eine an die Schmerzen angepasste Tätigkeit. Der Gesundheitszustand habe sich seit der Begutachtung durch Dr. B. _____ verbessert.

E. 6.2.2

Im rheumatologischen D. _____-Teilgutachten von Dr. med. L. _____, Facharzt für Rheumatologie, vom 7. August 2009 (IVSTA-act. I/86) wird ausgeführt, dass aufgrund der objektivierbaren Befunde von rheumatologischer Seite her für eine körperliche Schwerarbeit wie auch für eine Tätigkeit in zumeist den Rücken belastender Arbeitsposition eine verminderte Belastbarkeit vorliege. Seit der Vorbegutachtung durch Dr. N. _____ vom 23. Oktober 2000 habe sich von rheumatologischer Seite her keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingestellt. Bezüglich der angestammten Tätigkeit sei weiterhin von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % auszugehen.

E. 6.3

Das D. _____-Gutachten vom 24. September 2009 wurde rund vier Jahre vor dem für die Beurteilung der tatsächlichen Verhältnisse massgebenden Zeitpunkt des Verfügungserlasses (27. August 2013) erstellt, womit es den Anforderungen an die nötige Aktualität nicht entspricht. Das Gutachten liegt zu lange zurück, als dass es als Grundlage für die

Beurteilung des Gesundheitszustandes im massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung dienen könnte. Aufgrund dieser zeitlichen Distanz hätten weitere Abklärungen gemacht werden müssen, um den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in zuverlässiger Weise beurteilen zu können (vgl. Urteil des BGer 9C_552/2007 vom 17. Januar 2008 E. 5.2). Wie nachstehend aufgezeigt wird, fand eine vertiefte, den gesetzlichen Anforderungen entsprechende Abklärung in der Folge jedoch nicht statt.

E. 6.4

Was den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers betrifft, hat der RAD mit Dr. med. M. _____ eine Arztperson psychiatrischer Fachrichtung hinzugezogen. Dieser hat das psychiatrische Teilgutachten der D. _____ bezüglich der nicht den Regeln der ICD-10 entsprechenden Diagnosestellung beanstandet. Er kam aber zum Schluss, dass das Gutachten von sehr guter Qualität und eine Verbesserung des psychischen Zustandes ausgewiesen sei (Stellungnahme vom 5. November 2009; IVSTA-act. I/93). Am 10. September 2010 empfahl der RAD jedoch, den Beschwerdeführer in seiner Heimat nochmals psychiatrisch begutachten zu lassen (IVSTA-act. I/112). Daraus hat das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil C-2677/2010 vom 4. Oktober 2010 geschlossen, dass aus ärztlicher Sicht der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgrund der vorliegenden Unterlagen (insbesondere dem D. _____-Gutachten) nicht ausreichend sicher bestimmt werden kann und hat die Verfügung vom 12. März 2010 entsprechend dem Antrag der Vorinstanz aufgehoben und die Sache zu weiteren Abklärungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an sie zurückgewiesen.

E. 6.5

In der Folge holte die Vorinstanz über den kroatischen Versicherungsträger ein psychiatrisches Gutachten bei der behandelnden Psychiaterin Dr. med. F. _____ vom 15. März 2011 ein (IVSTA-act. II/22), worin als Diagnose eine depressive Episode ohne Angabe des Schweregrades genannt wurde (F32 ICD-10). Eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nahm Dr. med. F. _____ explizit nicht vor, da dies im kroatischen Gesundheitssystem nicht vorgesehen sei. Im Gutachten der versicherungsinternen Ärztin, Dr. med. E. _____ (Fachärztin für physikalische und rehabilitative Medizin), vom 22. März 2011, welches gestützt auf eigene Untersuchungen sowie das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F. _____ erstellt wurde, wurde eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2 ICD-10) eine arterielle Hypertonie, eine Thrombozytopenie, eine Hyperlipidämie sowie ein cervikales und lumbales Syndrom diagnostiziert und eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 70 % attestiert (IVSTA-act. II/21).

E. 6.6

Die Berichte von Dr. med. F. _____ und Dr. med. E. _____ erfüllen nicht sämtliche Anforderungen an beweiskräftige Gutachten. Es ist insbesondere nicht ersichtlich, gestützt auf welche medizinischen Vorakten sie erstellt wurden, weshalb nicht davon ausgegangen werden kann, dass sie auf einer vollständigen Anamnese beruhen. Zudem fehlt es auch an einer Auseinandersetzung mit der Einschätzung der D. _____-Gutachter und an Äusserungen zum reversionsspezifischen Beweisthema (Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes; vgl. Urteil des BGer 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.2). Trotz der fehlenden vollen Beweiskraft dieser Berichte, wäre der RAD

aber gehalten gewesen, sich mit der abweichenden Diagnose und Arbeitsfähigkeitsschätzung auseinanderzusetzen, zumal gemäss der Rechtsprechung bei dem noch nach altem Standard (das heisst noch ohne Gewährung der in BGE 137 V 210 statuierten Beteiligungsrechte) in Auftrag gegebenen D. _____-Gutachten vom 24. September 2009 schon relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der verwaltungsexternen ärztlichen Feststellungen genügen, um eine neue Begutachtung anzuordnen (BGE 139 V 99 E. 2.3.2).

E. 6.7

Der beigezogene RAD-Psychiater Dr. med. M. _____ beschränkte sich in seiner Stellungnahme vom 9. Juni 2011 (IVSTA-act. II/29) auf den Hinweis, dass die Berichte von Dr. med. E. _____ und Dr. med. F. _____ denselben psychischen Zustand beschreiben würden wie das D. _____ Gutachten und sich keine neuen Elemente daraus ergeben würden. Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den neuen Berichten ist jedoch nicht erkennbar. Das Vorliegen einer schweren Depression verneinte Dr. M. _____ einzig mit dem Hinweis darauf, dass die angegebene medikamentöse Behandlung für eine schwere Depression nicht ausreichend sei. Er legt aber nicht dar, weshalb die Diagnosestellung und Arbeitsfähigkeitsschätzung der beiden Berichte aus Kroatien nicht nachvollziehbar sein sollen und geht auch nicht darauf ein, dass die behandelnde Psychiaterin Dr. med. F. _____ von einer Veränderung des psychischen Zustands auszugehen scheint, da sie zu Beginn der Behandlung im Jahr 2009 beim Beschwerdeführer noch eine Dysthymie diagnostiziert hatte (F34.1 ICD-10; Berichte vom 15. Mai und 6. Juli 2009; IVSTA-act. II/19 S. 7 und 8). Nachdem der RAD selbst die Aussagekraft der psychiatrischen Einschätzung der D. _____ in Frage gestellt hat, indem es die Einholung einer neuen psychiatrischen Expertise als angezeigt gehalten hatte, ist die knapp abgefasste Begründung von Dr. M. _____ nicht ausreichend, um die Widersprüche zwischen den ärztlichen Einschätzungen nachvollziehbar auszuräumen. Damit lassen sich die Diagnosen und die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten nicht verlässlich beurteilen. Die Aktenbeurteilung des RAD stützt sich hinsichtlich der streitigen Belange somit nicht auf aktuelle und beweiskräftige medizinische Berichte. Sie ist zudem nicht überzeugend und nicht schlüssig. In Anbetracht der langen Zeitspanne seit der D. _____-Begutachtung und der nicht übereinstimmenden ärztlichen Einschätzungen durfte sich die Vorinstanz nicht mit einer Aktenbeurteilung des RAD begnügen. Diese genügt beweisrechtlich nicht als Grundlage für die Herabsetzung der ganzen auf eine halbe Rente. Die Vorinstanz wäre verpflichtet gewesen, weitere externe fachärztliche Abklärungen zu veranlassen, um den relevanten Sachverhalt abzuklären (vgl. Urteile des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3 und 9C_552/2007 vom 17. Januar 2008 E. 5.2).

E. 6.8

Nach dem Gesagten wurde der rechtserhebliche Sachverhalt ungenügend abgeklärt, womit eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes vorliegt (vgl. BGE 138 V 218 E. 6). Die genannte, sich teilweise widersprechende und nicht mehr aktuelle medizinische Aktenlage lässt eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht zu. Auch auf die vom Beschwerdeführer eingereichten zahlreichen ärztlichen Berichte kann für die Anspruchsbeurteilung nicht abgestellt werden, da diese offensichtlich keine den beweisrechtlichen Anforderungen entsprechenden Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen enthalten. Es sind daher weitere medizinische Abklärungen nötig. Dabei ist zu beachten,

dass beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen - wie vorliegend insbesondere psychiatrischer und rheumatologischer Leiden - es nicht gerechtfertigt ist, die somatischen und psychischen Befunde isoliert abzuklären. Vielmehr ist eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen (vgl. Urteil des BGer 8C_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2) und der Grad der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer sämtliche Behinderungen umfassenden fachärztlichen Gesamtbeurteilung zu bestimmen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 850/02 vom 3. März 2003 E. 6.4.1). Mithin ist die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie ein polydisziplinäres Gutachten in der Schweiz einhole, welches insbesondere die rheumatischen und die psychischen Leiden des Beschwerdeführers berücksichtigt. Dabei sind aber auch die seit der Begutachtung durch die D._____ im Jahr 2009 neu hinzugetretenen Beschwerden (wie die Herz- und Augenleiden; vgl. Stellungnahme des RAD vom 9. Januar 2013; IVSTA-act. II/113), die bisher noch nie im Rahmen einer polydisziplinären Begutachtung untersucht wurden, einzubeziehen.

E. 7

Im vorinstanzlichen Verfahren sind infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) einzelne entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben. Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen. Die Beschwerde ist folglich insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist (vgl. zur Rückweisung BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Die Vorinstanz ist anzuweisen, unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte sowie Beizug weiterer verfügbarer medizinischer Unterlagen eine multidisziplinäre fachärztliche Begutachtung des Gesundheitsschadens des Beschwerdeführers (insbesondere in rheumatologischer und psychiatrischer Hinsicht) sowie von dessen Auswirkungen auf ihre Arbeitsfähigkeit in der Schweiz vorzunehmen. Es wird Aufgabe des RAD sein, eine umfassende Einordnung vorzunehmen, welche weiteren Fachdisziplinen an der Begutachtung zu beteiligen sind (vgl. Urteil des BGer 9C_656/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 3.2). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Vorinstanz das im Jahr 2009 eingeleitete Revisionsverfahren nun korrekt durchzuführen, die notwendigen Abklärungen vorzunehmen und das Verfahren baldmöglichst mittels Erlass einer neuen Verfügung abzuschliessen hat (vgl. Art. 61 Abs. 1 VwVG).

E. 8.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Diesem ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Da der Vorinstanz gestützt auf Art. 63 Abs. 2 VwVG ebenfalls keine Kosten aufzuerlegen sind, werden keine Verfahrenskosten erhoben.

E. 8.2

Dem nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und

Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2).

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