

# **BVGer C-5709/2016 vom 12. Februar 2019**

Bundesverwaltungsgericht, 2019-02-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-5709\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5709_2016)

FR: TAF C-5709/2016 du 12 février 2019

IT: TAF C-5709/2016 del 12 febbraio 2019

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 10. August 2016 (Vorakten IVSTA doc. 165; BVGer act. 1/1), mit welcher die Vorinstanz die seit dem 1. Oktober 2004 ausgerichtete halbe Invalidenrente (Vorakten SAK doc. 5, 12/9) des Beschwerdeführers revisionsweise per 1. Oktober 2016 aufhob.

### **E. 1.2**

Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG (SR 172.021), sofern, wie hier, keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die IVSTA, die mit Verfügungen über Rentengesuche befindet (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

### **E. 1.3**

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70 IVG) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (vgl. BGE 130 V 1 E. 3.2).

### **E. 1.4**

Laut Art. 59 ATSG ist zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Der Beschwerdeführer nahm als Partei am vorinstanzlichen Verfahren teil. Als Verfügungsadressat ist er durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse. Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

### **E. 1.5**

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG; vgl. auch Art. 50 und Art. 52 VwVG) eingereicht, womit nachdem der Kostenvorschuss innert mehrmals erstreckter Frist rechtzeitig geleistet wurde, auf das ergriffene Rechtsmittel einzutreten ist.

### **E. 1.6**

Der Beschwerdeführer änderte sein Begehren im Rahmen der Replik (vgl. Sachverhalt Bst. I), indem er neu das Einholen eines Gerichtsgutachtens statt der Rückweisung an die Vorinstanz beantragte. Beide Begehren zielen auf die Erhebung weiterer Beweise ab, so dass der Streitgegenstand nicht geändert wird. Dieser neue Antrag nach Ablauf der Beschwerdefrist ist daher zulässig (vgl. zum Ganzen: André Moser/Michael Beusch/Lorenz Kneubühler, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2. Auflage 2013, S. 123 Rz. 2.218; Frank Seethaler/Fabia Portmann: in *Praxiskommentar VwVG*, Waldmann/Weissenberger [Hrsg.] 2016, Art. 52 N. 39).

### **E. 1.7**

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

### **E. 2.1**

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger der Republik Serbien, wo er im Jahr 2010 Wohnsitz nahm (vgl. Bst. A hiervor). Die Schweiz und die Republik Serbien haben am 11. Oktober 2010 ein Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Dieses wurde am 18. September 2018 von der Bundesversammlung genehmigt (AS 2019 105). Es ist durch Notenaustausch am 1. Januar 2019 in Kraft getreten und in der Amtlichen Sammlung des Bundesrechts (AS 2019 135; SR 0.831.109.682.1, im Folgenden: Abkommen) publiziert (vgl. dazu auch Medienmitteilung des Bundesrates vom 21. Dezember 2018; < <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-73496.html> >). Laut den massgeblichen Übergangsbestimmungen gilt das Abkommen auch für Versicherungsfälle, die vor seinem Inkrafttreten eingetreten sind (Art. 37 Abs. 1 des Abkommens). Mit dem Inkrafttreten dieses Abkommens tritt das bisherige Abkommen vom 8. Juni 1962 (AS 1964 11, 1983 1606) ausser Kraft (Art. 38 des Abkommens). Nach Art. 2 Abs. 1 Ziff. 2 des Abkommens erstreckt sich der sachliche Geltungsbereich unter anderem auch auf die Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20). Die Staatsangehörigen des einen Vertragsstaates sind in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates gleichgestellt, soweit nichts anderes bestimmt ist (Art. 4 des Abkommens; Gleichbehandlungsgrundsatz). Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Abkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Demnach ist die Frage, ob der Beschwerdeführer Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente hat, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften zu beantworten (Art. 6 des Abkommens).

### **E. 2.2**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 10. August 2016) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben (echte Noven), sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in einem engen Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer 9C\_101/2007 vom 12. Juni 2007 E. 3.1 mit Hinweis auf BGE 118 V 200 E. 3a; Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1). Die im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten Arztberichte (BVGer act. 72) vom 24. Oktober 2018 und vom 26. Oktober 2018 sowie die MRI-Bilder vom 25. April 2018 wurden nach Verfügungserlass erstellt, womit sie echte Noven darstellen, und als solche vorliegend nicht zu berücksichtigen sind.

### **E. 2.3**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechts-folgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Deshalb finden jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 10. August 2016 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. 2.4**

Der Hinweis des medizinischen Dienstes vom 27. Juni 2013 (Vorakten IVSTA doc. 84), wonach es sich nicht um einen Fall der IV-Revision 6a handle, da der Beschwerdeführer nicht an einer somatoformen Schmerzstörung, sondern an objektiv organisch nachweisbaren Beschwerden leidet, ist nachvollziehbar und entspricht der Aktenlage (Vorakten IVSTA doc. 25/15f.). Zudem erkannte das Bundesgericht im Urteil 8C\_413/2016 vom 2. September 2016 E. 4.3, bei der mittelgradigen sich chronifizierenden Depression mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) handle es sich nicht um ein "unklares" Beschwerdebild im Sinne von lit. a Abs. 1 SchlBest. IVG. Folglich ging die Vorinstanz zurecht davon aus, dass die Möglichkeit einer Revision nach den Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket) nicht besteht. Streitig und zu prüfen bleibt, ob der Beschwerdeführer auch nach dem 1. Oktober 2016 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat oder ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vorliegt, der zur Aufhebung der Rente führt.

### **E. 3.1**

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, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2015, 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. 3.2**

Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6ff. ATSG und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert wurde (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob es der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierete Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (vgl. BGE 142 V 106 E. 4.4). Bei psychischen Diagnosen ist zudem zu berücksichtigen, dass Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte, nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens, und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevante Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit gelten (vgl. BGE 131 V 49 E. 1.2, BGE 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). 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 (vgl. BGE 136 V 279 E. 3.2.1; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

### **E. 3.3**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer, das heisst, während mindestens dreier Jahren (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet, so dass die Voraussetzungen der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt sind.

### **E. 3.4**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht 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 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, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme ist vorliegend nicht gegeben (vgl. Art. 4 und 5 des Abkommens). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (bis Ende Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG]) stellt diese Regelung nicht eine blosse Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (vgl. BGE 121 V 275 E. 6c).

### **E. 3.5**

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).

#### **E. 3.5.1**

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3; BGE 130 V 343 E. 3.5). Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (vgl. BGE 141 V 9 E. 5.2).

#### **E. 3.5.2**

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund 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 (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3; BGE 117 V 198 E. 4b; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1). Ist dagegen eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGR 9C\_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 m.H.).

#### **E. 3.5.3**

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, 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 (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4; BGE 130 V 343 E. 3.5.2).

### **E. 3.6**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4).

### **E. 3.7**

Die IV-Stelle prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG, Art. 57 Abs. 3 IVG). Zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs stehen den IV-Stellen regionale ärztliche Dienste (RAD) bzw. medizinische Dienste zur Verfügung (vgl. Art. 59 Abs. 2bis Satz 1 IVG). Die RAD bzw. die medizinischen Dienste setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (vgl. Art. 59 Abs. 2bis Satz 2 und 3 IVG).

### **E. 3.8**

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

### **E. 3.9**

Im Weiteren ist festzuhalten, dass die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden sind (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch Zeitschrift für die Ausgleichskassen [ZAK] 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch die aus dem Ausland stammenden Beweismittel der freien Beweiswürdigung durch das Gericht (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts EVG, [heute: Bundesgericht, BGer] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.).

### **E. 3.10**

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdigen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je m.H.).

### **E. 3.11**

Bezüglich des Beweiswertes eines Gutachtens ist entscheidend, ob es 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 der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten, sondern dessen Inhalt (vgl. BGE 137 V 210 E. 6.2.2; BGE 134 V 231 E. 5.1; BGE 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss zudem über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

#### **E. 3.11.1**

Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b; AHI 2001 S.114 E. 3b; Urteil des EVG I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b).

#### **E. 3.11.2**

Dem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte (vgl. Art. 44 ATSG), welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4; BGE 125 V 351 E. 3b/bb, mit Hinweisen).

#### **E. 3.11.3**

Berichte der behandelnden Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen, da davon auszugehen ist, dass sie in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt für allgemein praktizierende Hausärzte wie auch für behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen).

#### **E. 3.11.4**

Bei Stellungnahmen eines IV-Arztes oder einer IV-Ärztin ist hinsichtlich des Beweiswertes zu unterscheiden, ob es sich um Aktenberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 3 IVV oder um Untersuchungsberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV handelt. Der Beweiswert eines Untersuchungsberichtes eines IV-Arztes oder einer IV-Ärztin ist mit jenem von externen medizinischen Sachverständigengutachten im Sinne von Art. 44 ATSG vergleichbar, sofern er den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügt und der IV-Arzt oder die IV-Ärztin über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügt (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1; Urteile des BGer 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2, 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1 und 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1). Bei einem Aktenbericht beurteilt der IV-Arzt oder die IV-Ärztin die vorhandenen ärztlichen Unterlagen, fasst die medizinischen Untersuchungsergebnisse zusammen und gibt eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Versicherungsfalles aus medizinischer Sicht ab. Ein Aktenbericht erfüllt somit eine

andere Funktion als ein medizinisches Gutachten, weshalb er die inhaltlichen Anforderungen an medizinische Gutachten nicht erfüllen kann und muss. Dennoch wird ihm nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung aberkannt, vielmehr ist er ein entscheiderelevantes Aktenstück, sofern die vom RAD oder vom medizinischen Dienst beigezogenen Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind (vgl. Urteil des BVerfG C-135/2013 vom 22. September 2015 E. 4.3.4 m.H.; Urteile des BVerfG 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 8C\_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 m.H., Urteil des EVG I 143/07 vom 14. September 2007 E. 3.3). Ist das nicht der Fall, kann die Stellungnahme des regionalen ärztlichen Dienstes oder des medizinischen Dienstes in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BVerfG 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

### **E. 3.12**

Weiter hängt der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (vgl. SVR 2012 IV Nr. 18 [9C\_418/2010] E. 4.2; SVR 2013 IV Nr. 14 [8C\_441/2012] E. 6.1.2).

### **E. 3.13**

Geht es um psychische Erkrankungen wie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (vgl. BGE 143 V 409, BGE 143 V 418), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung in ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (vgl. BGE 143 V 418 E. 6; BGE 141 V 281 E. 5.2). Gelangt der Rechtsanwender nach der Beweiswürdigung zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.11 hiervor), ist es beweiskräftig, und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens soll nicht stattfinden (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.3; BGE 144 V 50 E. 4.3). Nach altem Verfahrensstand eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert; vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (vgl. BGE 141 V 281 E. 8). Sofern jedoch keine psychiatrische Diagnose mit

Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wird, kann auf die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens verzichtet werden (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1; Urteil des BVerfG C-174/2016 vom 30. April 2018 E. 6.11).

#### **E. 4**

Kniegelenksschmerzen beidseits (DD: Anterior Knee Pain) - Tendenziell periphere Hyperlaxizität - ICD-10 M25.5 (Gelenkschmerz) Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Spezifische isolierte Phobie, Höhenangst, ICD-10 F40.2 In psychiatrischer Hinsicht wurde ausgeführt (Vorakten IVSTA doc. 25/15f.), es liege eine mittelgradige depressive Symptomatik mit somatischem Syndrom vor. Der Beschwerdeführer imponiere durch eine Verminderung der Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistung sowie des Selbstwertgefühls. Er entwickle nur noch pessimistische Zukunftsperspektiven, leide unter Suizidgedanken und ausgeprägten Schlafstörungen. Weiter bestehe ein allgemeiner Interessensverlust und eine weit fortgeschrittene Unfähigkeit auf positive und/oder negative Ereignisse emotional zu reagieren. Ausserdem habe der Beschwerdeführer von einem deutlichen Libidoverlust berichtet. Die aktenanamnestisch erwähnte Somatisierungsstörung erscheine wenig plausibel, da sämtliche körperliche Beschwerden einem organischen Korrelat zugeordnet werden könnten (Vorakten IVSTA doc. 25/15f). Aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode sei der Beschwerdeführer in der Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt. Die aktuelle medikamentöse Behandlung erscheine unzureichend wirksam. Die Prognose sei unsicher. Depressive Erkrankungen hätten zwar prinzipiell eine gute Prognose, insbesondere dann, wenn sie adäquat behandelt würden, doch seien die Kontextfaktoren für den Beschwerdeführer momentan dermassen ungünstig, dass die Prognose mittelfristig ziemlich negativ erscheine. Auf psychisch-geistiger Ebene liege ein 50 % Arbeitsunfähigkeit für die bisherige und sämtliche Verweistätigkeiten vor. Die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit, das heisst die Beurteilung der beruflichen physischen Belastbarkeit, ergab (Vorakten IVSTA doc. 23/2) als arbeitsrelevante Probleme eine Funktionsstörung beider Schultern, sowie die daraus resultierende reduzierte Belastbarkeit, rechts mehr als links, die sich vor allem beim Heben von Gewichten zur Kopfhöhe und bei Arbeit über Kopf durch eine ungenügende Stabilisationsfähigkeit des Schultergürtels zeige. Weiter bestehe eine schmerzhaft verminderte Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule, die vor allem beim vorgeneigten Stehen auffällig sei, und eine schmerzhaft reduzierte Belastbarkeit (vor allem ausdauerermässig) beider Knie (rechts mehr als links), die sich bei wiederholten Kniebeugen sowie beim Treppen- und Leitersteigen durch ungenügende muskuläre Stabilisation des rechten Knies zeige. Die funktionelle Leistungsfähigkeit liege bei weitem unter den Belastungsanforderungen der bisherigen sehr schweren Arbeit als Pneumonteur. Die Belastbarkeit liege im Bereich einer leichten bis mittelschweren Arbeit mit seltener Gewichtsbelastung bis max. 22.5kg beim Heben horizontal, bis 7.5kg beim Heben von Taillen- zur Kopfhöhe und bis 7.5kg beim Heben vom Boden bis zur Taillenhöhe. Defizite beständen vor allem bei der Arbeit über Kopf und bei vorgeneigtem Stehen, beide Funktionen seien nur selten möglich. Weitere Einschränkungen seien Rotationen im Sitzen und Stehen, Knien, wiederholte Kniebeugen, Treppen- und Leitersteigen. Diese Belastungen sollten nur manchmal vorkommen und bei Bedarf unterbrochen werden können. Repetitive Arbeitsabläufe sollten vermieden werden. In somatischer Hinsicht erkannte Dr. R. \_\_\_\_\_ (Vorakten IVSTA doc. 26/17f.) aufgrund seiner eigenen Untersuchungen eine deutliche Kraftverminderung im Schultergürtel und im Bereich beider Arme, eine Funktionsstörung beider Schultergelenke, eine schmerzhaft verminderte Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule und eine schmerzhaft reduzierte

Belastbarkeit beider Kniegelenke. Gestützt auf seinen Befund und die Ergebnisse aus der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit kam er zum Schluss, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Pneumonteur über den aktuellen Möglichkeiten des Patienten liege und daher nicht mehr zumutbar sei. Aus interdisziplinärer Sicht wurde festgestellt (Vorakten IVSTA doc. 26/18), dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit zu 100 % und für alle denkbaren und möglichen Verweistätigkeiten zu 50 % arbeitsunfähig sei.

#### **E. 4.1**

Hinsichtlich des Referenzzeitpunkts ist festzuhalten, dass die ursprüngliche Verfügung vom 6. August 2007 (Vorakten SAK doc. 12/9) gestützt auf eine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und entsprechender Beweiswürdigung sowie nach Durchführung eines Einkommensvergleichs erfolgte, wohingegen den Mitteilungen vom 16. Oktober 2009 der IV-Stelle des Kantons C. \_\_\_\_\_ (Vorakten IVSTA doc. 42) und vom 16. Juli 2010 der SAK (Vorakten SAK doc. 10/2) keine hinreichende materielle Prüfung der anspruchserheblichen Tatsachen vorausging, wie dies auch von der IVSTA selber erkannt wurde (vgl. Vernehmlassung IVSTA, BVGer act. 37). Aus diesem Grund bildet die Verfügung vom 6. August 2007 den massgebenden Ausgangszeitpunkt für die Prüfung der Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 10. August 2016 (Vergleichszeitpunkt) in anspruchrelevanter Weise verändert hat.

#### **E. 4.2**

Im Ausgangszeitpunkt lagen die folgenden medizinischen Unterlagen vor:

##### **E. 4.2.1**

Dr. D. \_\_\_\_\_ diagnostizierte am 26. April 2004 (Vorakten IVSTA doc. 5/7) und am 8. Oktober 2004 (Vorakten IVSTA doc. 5/12) Ruptur der Supraspinatussehne links, Bone bruise des Tuberculum majus der rechten Schulter, chronifiziertes Schmerzsyndrom beider Schultern, mehr links. Er stellte in der Folge diverse Arbeitsunfähigkeitszeugnisse für die Zeit vom 24. Oktober 2003 bis zum 29. Februar 2004 aus (Vorakten IVSTA doc. 5/7, 5/8, 5/9, 5/10, 5/11). Weiter berichtete er am 20. Februar 2005 (Vorakten IVSTA doc. 12), die Arbeitsunfähigkeit halte immer noch an und der Beschwerdeführer sei am 15. Oktober 2004 im Kantonsspital P. \_\_\_\_\_ operiert worden.

##### **E. 4.2.2**

Dem Bericht des Kantonsspitals P. \_\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2004 (Vorakten IVSTA doc. 5/5) ist zu entnehmen, dass am 15. Oktober 2004 eine Arthroskopie und Mini-Open-Rotatorenmanschettennaht vorgenommen wurde. Anlässlich der Nachkontrolle vom 4. Februar 2005 (Vorakten IVSTA doc. 11) wurde als Diagnose Zustand nach Supraspinatussehnenruptur links aufgeführt und festgehalten, dass der Patient über heftigste Schmerzen klagte. Es bestehe seit Oktober 2003 eine 100 % Arbeitsunfähigkeit für die Tätigkeit als Pneumonteur.

##### **E. 4.2.3**

Die IVSTA legte die medizinischen Akten ihrem regionalen ärztlichen Dienst vor, welcher am 21. November 2005 (Vorakten IVSTA doc. 17) das Einholen eines bidisziplinären Gutachtens auf den Gebieten der Rheumatologie oder Orthopädie und Psychiatrie empfahl. Der Gutachtensauftrag wurde an die Klinik Q. \_\_\_\_\_ erteilt (Vorakten IVSTA doc. 21/6).

#### **E. 4.2.4**

Der Beschwerdeführer wurde vom 17. Mai 2006 bis zum 30. Juni 2006 ambulant in der Klinik Q.\_\_\_\_\_ untersucht (Vorakten IVSTA doc. 23, 25, 26). Die internistische und rheumatologische Untersuchung fand am 17. Mai 2006 (Vorakten IVSTA doc. 26) bei Dr. R.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie sowie physikalische Medizin und Rehabilitation statt, die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit am 22. und 23. Mai (Vorakten IVSTA doc. 23) bei Frau S.\_\_\_\_\_, Therapeutin Ergonomie, und die psychiatrische Untersuchung am 30. Juni 2006 (Vorakten IVSTA doc. 25) bei Dr. T.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie (Anmerkung des Bundesverwaltungsgerichts: Die im Gutachten der Klinik Q.\_\_\_\_\_ erwähnten Arztberichte des Kantonsspitals P.\_\_\_\_\_ vom 26. April 2006 [Vorakten IVSTA doc. 25/3] und vom 14. April 2005 [Vorakten IVSTA doc. 25/4] finden sich nicht in den vorliegenden Akten.) Es wurden die folgenden Diagnosen gestellt (Vorakten IVSTA doc. 26/15f.): Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Chronische PHS (PHS = Periarthritis humeroscapularis, Schultergelenksentzündung) tendinotica beider Schultergelenke - degenerative Tendinopathie der Supraspinatussehne beidseits - Bursitis subacromialis links - AC-Gelenksarthrose rechts (AC = Akromioklavikulargelenk, Schultergelenk) - muskuläre Dysbalance des Schultergürtels - Status nach Schultergelenksarthroskopie links und Supraspinatussehennaht in Mini-Open-Technik am 15. Oktober 2014 - Status nach wiederholten subacromialen Infiltrationen beider Schultergelenke und des AC-Gelenks rechts - ICD-10 M75.1 (Läsionen der Rotatorenmanschette) 2. Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), mit - multiplen sozialen Belastungsfaktoren namentlich: Psychisch schwer erkrankte Ehepartnerin, Probleme in Verbindung mit den ökonomischen Verhältnissen, soziale Zurückweisung durch die Ablehnung der Schwiegereltern, Verlust mehrerer Angehörige während der letzten Jahre, relative Perspektivlosigkeit auf dem Arbeitsmarkt 3. Diskretes Lumbovertebralsyndrom - Muskuläre Dysbalance der unteren Rumpf- und Rückenmuskulatur - ICD-10 M54.5 (Lumboischialgie)

#### **E. 4.2.5**

Der regionale ärztliche Dienst, Dr. U.\_\_\_\_\_, nahm am 27. November 2006 (Vorakten IVSTA doc. 28) zu den medizinischen Unterlagen dahingehend Stellung, der zu prüfende Sachverhalt beziehe sich massgeblich auf ein belastungsabhängiges Schulter-Arm-Schmerzsyndrom im Rahmen einer degenerativen chronischen PHS tendinotica. Schwere Tätigkeiten mit häufigen Schlägen und Vibrationen auf beide Schultern sowie Überkopfarbeiten und Arbeiten in ständiger Armvorhalte, insbesondere repetitive Tätigkeiten, seien dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Beim Heben, Tragen und Transportieren von Lasten sei eine Gewichtslimite von 22.5kg bis Taillenhöhe und 7.5kg bis Kopfhöhe zu beachten. Leichte angepasste Tätigkeiten ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten, ohne (beidseitiges) Arbeiten in Armvorhalte und Überkopfarbeiten seien medizinisch-theoretisch zumutbar. Die zudem bestehende depressive Störung werde als reaktiv beschrieben.

#### **E. 4.2.6**

Am 13. Juni 2007 (Vorakten IVSTA doc. 35) war der Beschwerdeführer wegen der Schultergelenke im Kantonsspital P.\_\_\_\_\_ zur Nachkontrolle. Es wurde der Verdacht auf Sehnenentzündung der langen Bizepssehne im Intervall an der rechten Schulter geäussert und befunden, klinisch wie auch radiologisch ergebe sich kein Anhalt auf eine erneute

OP-Indikation.

## **E. 5**

Der medizinische Sachverhalt stellte sich der IVSTA beim Erlass ihrer Verfügung vom 10. August 2016 (Vergleichszeitpunkt) wie folgt dar.

### **E. 5.1**

Dr. D.\_\_\_\_\_ berichtete am 26. April 2009 (Vorakten IVSTA doc. 40), der Beschwerdeführer arbeite seit 2005 nicht mehr und würde auch weiterhin keine Arbeit suchen. Einerseits klage er über konstante chronische belastungsabhängige Schmerzen, andererseits fühle er sich wegen der Schizophrenie seiner Ehefrau verpflichtet, den Haushalt zu erledigen und für seine Kinder zu sorgen. Der Gesundheitszustand sei stationär.

### **E. 5.2**

Der regionale ärztliche Dienst teilte mit Stellungnahme vom 31. Mai 2012 (Vorakten IVSTA doc. 51) der IVSTA mit, im Rahmen der amtlichen Revision müsse ein psychiatrischer Bericht eingeholt werden, der über die vergangene und aktuelle Behandlung Auskunft gebe und aufzeige, ob weiterhin ein depressives Geschehen vorliege. Zudem sei die Entwicklung der osteoartikulären Beschwerden der Schulter, der Knie und der Lendenwirbelsäule abzuklären.

### **E. 5.3**

Am 17. Oktober 2012 (Vorakten IVSTA doc. 64, 67/7, 71/2, Übersetzung doc. 71/1) erkannte Dr. E.\_\_\_\_\_, Neuropsychiaterin, der Beschwerdeführer leide an Rückenschmerzen und Beinschmerzen, sowie Schlafstörungen, gedrückter Stimmung und Konzentrationsmangel. Die paravertebrale, zervikale und lumbale Muskulatur sei rigide, der Fersen- und Zehengang falle sehr schwer und die Beweglichkeit der Hüftgelenke sei eingeschränkt. Der Beschwerdeführer sei depressiv und ängstlich. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit. Als Medikation wurde angegeben zweimal täglich Rantudil, einmal täglich Tetraxepam, zweimal täglich Seroxat und einmal täglich Belebine bei Bedarf. Als Diagnosen wurden Rückenschmerzen (ICD-10 M51) und Bipolare affektive Störung gegenwärtig hypomanische Episode (ICD-10 F31.0) aufgeführt.

### **E. 5.4**

Dr. F.\_\_\_\_\_ diagnostizierte am 29. November 2012 (Vorakten IVSTA doc. 58) Cholezystolithiasis (Gallensteine).

### **E. 5.5**

Im Kurzarztbericht vom 25. Dezember 2012 (Vorakten IVSTA doc. 57/2, Übersetzung doc. 57/1) erwähnte Dr. E.\_\_\_\_\_, Neuropsychiaterin, der Beschwerdeführer sei zur Kontrolluntersuchung erschienen. Er sei weiterhin arbeitsunfähig, klage über zervikale und lumbale Schmerzen, sei ängstlich und depressiv. Hieraus schloss sie auf die Diagnosen Panikstörung (ICD-10 F41.0) und Lumboschialgie (ICD-10 M51.0). Sie verschrieb als Medikation Diprophos, Raptan und Bromazepam.

### **E. 5.6**

Der regionale ärztliche Dienst, Dr. V.\_\_\_\_\_ erachtete am 5. März 2013 (Vorakten IVSTA doc. 62), der Gesundheitszustand habe sich nicht geändert. Bei einer erneuten Revision sei eine bidisziplinäre Begutachtung auf dem Gebiet der Psychiatrie und Orthopädie

notwendig.

#### **E. 5.7**

Aus dem Formularbericht vom 16. April 2013 (Vorakten IVSTA doc. 65, 67/3, 72/2, 72/4, 72/6, 72/8, Übersetzung doc. 72/1, 72/3, 72/5, 72/7) geht hervor, dass der Beschwerdeführer über periodische Schulterschmerzen und Schmerzen bei der Lendenwirbelsäule klagte, welche ins rechte Bein ausstrahlten. Beim Treppensteigen würde ihn das rechte Knie schmerzen. Zudem sei er depressiv. Die Bewegungen des zervikalen und lumbalen Rückens seien limitiert und schmerzhaft, mit leichten Spasmen der paravertebralen Muskulatur. Die Bewegung der linken Schulter sei schmerzhaft und limitiert, ebenso die des linken Knies. In psychiatrischer Hinsicht sei der Beschwerdeführer ängstlich depressiv. Als Diagnosen wurden Rückenschmerzen (ICD-10 M54) aufgeführt (Sy lumbale chr), sowie Status nach Schulteroperation (St. post op art. humeroscapularis I sin) und ängstlich depressives Syndrom (Sy anxioso depressivum). Dr. G.\_\_\_\_\_, Chirurg, kam nach Konsultation des medizinischen Dossiers und eigenen Untersuchungen zum Schluss, dass kein vollständiger Verlust der Arbeitsfähigkeit vorliege, jedoch gebe es Einschränkungen hinsichtlich bestimmter Tätigkeiten, so seien Zwangshaltungen und schwere körperliche Arbeiten, die den Gebrauch des linken Armes erfordern würden, nicht mehr möglich. Es bestehe eine 50 % "Invalidität".

#### **E. 5.8**

Mit interner Aktennotiz vom 27. Juni 2013 (Vorakten IVSTA doc. 84) erklärte Dr. H.\_\_\_\_\_, es handle sich nicht um eine IV-Revision 6a, da der Beschwerdeführer nicht an somatoformer Schmerzstörung leide, sondern an organisch objektiv ausgewiesenen Beschwerden.

#### **E. 5.9**

Dr. I.\_\_\_\_\_, Orthopädin, untersuchte den Beschwerdeführer am 15. Oktober 2013 und hielt am 16. Oktober 2013 (Vorakten IVSTA doc. 98) fest, der Beschwerdeführer habe angegeben, er könne nur gelegentlich zur Physiotherapie und nehme Yin Antistress, Panadol, Rinasek, Rantudil forte, Nimulid und Diclofenac ein, jedoch würden die Medikamente bei den Schmerzen lumbal und der Schultergelenke nicht helfen. Die Gutachterin führte aus, zur Untersuchung seien keine Röntgenbilder mitgebracht worden. Eine aktuelle Röntgendiagnostik erachtete sie als nicht notwendig, um die Fragen des Gutachtensauftrags zu beantworten. Nach eigenen Untersuchungen stellte sie keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit führte sie auf, Status nach Operation der linken Schulter am 15. Oktober 2004 mit sehr gutem postoperativem Ergebnis in Funktion und Kraft, anamnestisch rezidivierende Beschwerden der rechten Schulter bei Rechtshändigkeit, Fehlstatik der Wirbelsäule, Haltungsinsuffizienz, muskulärer Hartspann und verschmächtigte Rumpfmuskulatur, bei rezidivierenden Schmerzen lumbal kein nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit, beidseits verkürzte ischiocrurale Muskulatur ohne Dehnungsschmerzen. Insgesamt bestehe ein muskelkräftiger Habitus bei geringer stammbetonter Adipositas. Dr. I.\_\_\_\_\_ beschrieb ihre Beobachtungen dahingehend, der Untersuchungsablauf sei zügig verlaufen, bis auf die Untersuchung der Schultergelenke beidseits, hier habe der Beschwerdeführer Verdeutlichungstendenzen gezeigt. Insgesamt seien altersentsprechende Normalbefunde der grossen/kleinen Gelenke, der oberen/unteren Extremitäten und der Wirbelsäule erhoben worden. Bei fehlender sportlicher Aktivität zeige

sich eine deutliche Dekonditionierung. Ein nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit liege nicht vor. Anhand der Beschwiellung der Hände sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer einer körperlich schweren Tätigkeit nachgehe und anhand der Beschwiellung der Fusssohlen könne körperliche Inaktivität gänzlich ausgeschlossen werden. Der Beschwerdeführer habe angegeben er kümmere sich um den Haushalt für 5 Personen und bewirtschafte einen Garten mit Anbau für Obst und Gemüse. Zudem habe er zwei Hunde, eine Katze und ein Schwein. Hinsichtlich des Verlaufs der Erkrankung und der Therapiemöglichkeiten berichtete Dr. I. \_\_\_\_\_, in der Anamnese würden zwar weiterhin Beschwerden der Schultergelenke, der Kniegelenke und der Lendenwirbelsäule angegeben, jedoch liessen sich freie Funktionen der Schultergelenke sowie der Lendenwirbelsäule erheben und die Untersuchungsbefunde der Knie seien unauffällig. Bei der beidseitigen Krepitation der Schultergelenke wie auch den angegebenen Druckschmerzen im Verlauf der Sehnen handle es sich um funktionelle Beschwerden mit gutem Zugang durch muskuläre Balancierung. Auch bei den angegebenen lumbalen Beschwerden sei primär muskuläre Kräftigung und Dehnung der verkürzten Muskelstrukturen angezeigt, jedoch nicht durch spezifische Therapie, sondern ausschliesslich durch Freizeitsport. Aus den erhobenen Befunden zog Dr. I. \_\_\_\_\_ den Schluss, aufgrund der orthopädischen Untersuchung könne der Beschwerdeführer ab sofort körperlich mittelschwere und auch schwere Tätigkeiten verrichten sowie ohne Einschränkung den Haushalt für 5 Personen führen, mit Versorgung des Gartens.

#### **E. 5.10**

Am 15. Oktober 2013 (Vorakten IVSTA doc. 90/1) wurde der Beschwerdeführer ebenfalls durch Dr. J. \_\_\_\_\_ untersucht, jedoch wurde trotz mehrmaligem Nachfragen seitens der Vorinstanz kein psychiatrischer Bericht erstellt (Vorakten IVSTA doc. 100, 101, 103, 104, 105, 106, 109). Daher musste die IVSTA einen neuen Gutachtensauftrag auf dem Gebiet der Psychiatrie erteilen, diesmal an Dr. K. \_\_\_\_\_ (Vorakten IVSTA doc. 108, 110). Die psychiatrische Untersuchung fand am 24. und 25. November 2014 statt und dauerte jeweils zwei Stunden (Vorakten IVSTA doc. 111, 112). Dr. K. \_\_\_\_\_ fasste in seinem Bericht vom 15. Dezember 2014 (Vorakten IVSTA doc. 113) die medizinischen Akten zusammen, erhob die Lebensgeschichte, die Krankheitsgeschichte und die aktuelle Situation. Der Beschwerdeführer gab gegenüber Dr. K. \_\_\_\_\_ an, er leide an Nervosität, Unzufriedenheit, Gedankenkreisen und Einschlafproblemen und sei wegen den Schmerzen in Schultern, Rücken und Knien nicht arbeitsfähig. Auf entsprechende Frage antwortete der Beschwerdeführer, dass er keine eigentliche Angst habe und keine Anzeichen einer Psychose wie Wahrnehmungsstörungen, wahnhafte Gedanken, Verfolgungsgefühle etc. kenne, so dass der begutachtende Psychiater zum Schluss kam, dass sich keine Psychose erkennen lasse. Weiter verneinte der Beschwerdeführer auf entsprechende Frage Suizidgedanken. Der Gutachter berichtete, dass keine regelmässige Medikation erfolge, sondern bei Bedarf die Einnahme von Rivotril und Escitalopram. Gegen die Schmerzen würden diverse nicht-steroidale Antirheumatika und Salben angewendet. Es finde zudem eine sporadische psychiatrische Begleitung in Serbien statt. Als Diagnose wurde eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) und Nikotinabhängigkeit (ICD-10 F17.25) aufgeführt. Der Gutachter begründete seine abweichende Diagnose zum Vergleichszeitpunkt, wo eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) diagnostiziert wurde dahingehend, dass sich der psychiatrische Gesundheitszustand verbessert habe. Im Zusammenhang mit multiplen psychosozialen und gesundheitlichen Belastungen sei es 2003 offenbar zu einer Überforderung der dem Beschwerdeführer zur

Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen gekommen, so dass er ein mittelschweres protrahiertes depressives Syndrom entwickelt habe. Die Situation und damit die Befindlichkeit des Beschwerdeführers hätten sich in der Zwischenzeit deutlich verbessert, indem sich seine kranke Ehefrau in einem Heim aufhalte und der Beschwerdeführer eine neue Partnerin habe, welche ihm einen Sohn geboren habe. Aus aktuellem Befund und Beschwerden heraus müsse aus psychiatrischer Sicht eine Dysthymie, ein chronischer leichter Verstimmungszustand, diagnostiziert werden. Befunde und Symptome seien nicht ausgeprägt genug, um die Diagnose einer auch nur leichten Depression stellen zu können. Der Explorand sei in Übereinstimmung damit selber der Ansicht, dass es physische Gründe seien, derentwegen er nicht arbeiten könne, und er fordere deshalb eine genaue körperliche, auch radiologische, Untersuchung. Der Gutachter kam zum Schluss, der aktuell diagnostizierte chronische Verstimmungszustand sei zwar mit persönlichen Leiden verbunden, die funktionelle Leistungsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht aber trotzdem nicht vermindert. Im Vergleich zu den Beschreibungen im Jahr 2006 habe sich somit eine erhebliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes ergeben. Eine mittelschwere depressive Störung liege nicht mehr vor. Unklar bleibe der Zeitpunkt, seit dem die funktionelle Leistungsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht wieder uneingeschränkt zur Verfügung stehe, da der Zeitraum von 2009 bis zum Untersuchungsdatum mangels genügender medizinischer Akten nicht beurteilt werden könne. Aus psychiatrischer Sicht bestehe derzeit keine Arbeitsunfähigkeit.

#### **E. 5.11**

Der IV-Arzt, Dr. L.\_\_\_\_\_, äusserte sich am 16. Februar 2015 (Vorakten IVSTA doc. 116) aus psychiatrischer Sicht und empfahl hinsichtlich der Somatik die Beurteilung durch einen Orthopäden. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die am 10. Juli 2006 von Dr. T.\_\_\_\_\_ beschriebene Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) mit multiplen Belastungsfaktoren nun nicht mehr nachweisbar. Dr. K.\_\_\_\_\_ beschreibe diagnostisch noch eine Dysthymie, was jedoch die funktionelle Leistungsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht mindere.

#### **E. 5.12**

Die IV-Ärztin, Dr. M.\_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, nahm am 20. März 2015 (Vorakten IVSTA doc. 118) in somatischer Hinsicht dahingehend Stellung, als sie die Erstellung eines aktuellen orthopädischen Gutachtens als notwendig erachtete, da das Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_\_ vor über einem Jahr erstellt worden sei.

#### **E. 5.13**

Dr. W.\_\_\_\_\_, Orthopäde, diagnostizierte am 18. Mai 2015 (Vorakten IVSTA doc. 146, 149/2, Übersetzung doc. 149/1) "Periarthritis humeroscapularis l. dex, Spondylosis reg. L-S, Enthesitis LCM genus sin" und erwähnte, der Beschwerdeführer habe Schulter-, Rücken- und Knieschmerzen (links). Als Medikation wurde dreimal täglich Metafex und zweimal täglich Mydocalm angegeben.

#### **E. 5.14**

Mit Schreiben vom 15. April 2015 (Vorakten IVSTA doc. 120) ersuchte die IVSTA den serbischen Versicherungsträger ("Rep. Fond penzijsko invalidsko") in Belgrad um Erstellung eines orthopädischen Gutachtens. Der Beschwerdeführer wurde am 2. September 2015 durch Dr. N.\_\_\_\_\_, Chirurg, untersucht (Vorakten IVSTA doc. 131, 137/2, 137/4,

137/6, 138/5f., 145/5f., Übersetzung doc. 137/1, 137/3, 137/5, 138/1, 145/1f.), welcher im Sinne einer Eigenanamnese erhob, der Beschwerdeführer leide unter Schmerzen in beiden Schultern, mehr linksseitig, in beiden Knien, vermehrt linksseitig und im Bereich der Wirbelsäule und klage zurzeit über Gelenkschmerzen. Er beschrieb den Allgemeinzustand dahingehend, höherer Körperwuchs (193 cm), gut entwickelter osteomuskulärer Bau, guter Ernährungszustand (115 kg), normale Hautfärbung, selbstständig bewegungsfähig, in alle Richtungen orientiert. Beim physikalischen Befund führte er aus, bei der Wirbelsäule bestehe eine leicht eingeschränkte und schmerzhaftige Bewegungsfähigkeit der Hals- und Lendenwirbelsäule mit korrigierter Lendenlordose, bei den oberen Extremitäten sei die Bewegung der linken Schulter bei extremen Amplituden schmerzhaft, und bei den unteren Extremitäten seien die Bewegungen beider Knie ebenfalls bei extremen Amplituden schmerzhaft. Als Diagnosen wurden aufgeführt: "Sy. lumbale chr, St. post op. art. humeroscapularis l. sin., Enthesitis LCM genus l sin, Sy. anxioso depressivum". Der Gutachter kam zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer kein völliger Verlust der Erwerbsfähigkeit vorliege. Allerdings sei der Patient nur beschränkt fähig, bestimmte Arbeiten zu verrichten. Arbeiten in Zwangshaltung des Körpers, sowie schwere körperliche Arbeiten, die einen Kräfteinsatz des linken Armes benötigen würden, seien nicht mehr möglich. Die "Invalidität" ("Invalidnost") betrage 50 %.

#### **E. 5.15**

Dr. W. \_\_\_\_\_, orthopädischer Chirurg, erhob am 14. Oktober 2015 (Vorakten IVSTA doc. 133/2, Übersetzung doc. 133/1) die Diagnosen "Periarthritis humeroscapularis bil, St. post artroscopiam art. humeris l. Sin., Sy lumbago. Spondylosis reg. L-S, Enthesitis LCM". Es dominiere der Schmerz im Bereich des rechten Schultergelenks, des linken Kniegelenks und der L-S-Wirbelsäule. Als Therapie wurden die Medikamente Rapidol, Miderison und Voltaren verschrieben und Physiotherapie verordnet.

#### **E. 5.16**

Am 23. Februar 2016 (Vorakten IVSTA doc. 150) äusserte sich die IV-Ärztin, Dr. M. \_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation in somatischer Hinsicht dahingehend, dass sie zunächst die ärztlichen Unterlagen zusammenfasste und anschliessend feststellte, ein Vergleich des Gutachtens der Klinik Q. \_\_\_\_\_ aus dem Jahr 2006 mit dem Gutachten von Dr. I. \_\_\_\_\_ aus dem Jahr 2013 zeige, dass identische Befunde erhoben worden seien. Ebenso habe Dr. N. \_\_\_\_\_ im Jahr 2015 gleiche Befunde und Einschränkungen festgestellt. Insgesamt sei es schwierig mit Sicherheit zu sagen, dass eine Besserung eingetreten sei, da die Symptomatik identisch und das Krankheitsbild ähnlich sei, mit einer leichten Verschlechterung ("voire légèrement péjoré").

#### **E. 6**

Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Pneumonteur nicht mehr zumutbar ist (Arbeitsunfähigkeit von 100 %). Nachfolgend bleibt deshalb zu prüfen, ob mit Blick auf eine angepasste Verweistätigkeit eine relevante Änderung im Sinne einer gesundheitlichen Verbesserung eingetreten ist und damit ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vorliegt, was von der Vorinstanz bejaht (vgl. Verfügung, BVGer act. 1/1, Vorakten IVSTA doc. 165; Vernehmlassung, BVGer act. 37) und vom Beschwerdeführer verneint wurde (Beschwerde, BVGer act. 1; Replik, BVGer act. 62).

### **E. 6.1**

Die Vorinstanz brachte vernehmlassungsweise sinngemäss vor (BVGer act. 37), die psychische Situation habe sich geändert, da nicht mehr eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, sondern nur noch eine Dysthymie vorliege, welche gemäss Dr. K.\_\_\_\_\_ die funktionelle Leistungsfähigkeit nicht vermindere.

### **E. 6.2**

Der Beschwerdeführer hielt sinngemäss dagegen (Beschwerde BVGer act. 1, Replik BVGer act. 62), sein Gesundheitszustand habe sich nicht geändert, was aus den serbischen Arztberichten hervorgehe, in welchen er als ängstlich und depressiv beschrieben werde.

### **E. 6.3**

In psychiatrischer Hinsicht finden sich in den Akten die folgenden Diagnosen Dysthymie (ICD-10 F34.1, Vorakten IVSTA doc. 113), mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11, Vorakten IVSTA doc. 25, 26) bipolare affektive Störung (ICD-10 F31.0; Vorakten IVSTA doc. 64, 67/7, 71/2, Übersetzung doc. 71/1) und eine "Sy anxioso depressivum" (ICD-10 F41.0; Vorakten IVSTA doc. 57/2, Übersetzung doc. 57/1). Der ICD-Code F41.0 wird für die Diagnose "Panikstörung" verwendet.

#### **E. 6.3.1**

Die Dysthymie ist nach der im gebräuchlichen Klassifikationssystem ICD-10 (vgl. <http://www.icd-code.de/icd/code/F34.-.html>, besucht am 15.01.2019) enthaltene Umschreibung eine chronische depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen.

#### **E. 6.3.2**

Affektive Störungen wie zum Beispiel eine depressive Episode zeichnen sich durch die nachfolgend erwähnten Symptome aus (vgl. <http://www.icd-code.de/icd/code/F32.0.html>, besucht am 15.01.2019). Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter gedrückter Stimmung und Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört und der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen. Bei der mittelgradigen depressiven Episode (F32.1; <http://www.icd-code.de/icd/code/F32.1.html>, besucht am 15.01.2019) sind gewöhnlich vier oder mehr der oben angegebenen Symptome vorhanden, und der betroffene Patient hat meist grosse Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen. Bei leichten oder mittelgradigen Episoden kann zudem ein somatisches Syndrom vorliegen (F32.11; vgl. <https://www.leitlinien.de/nvl/html/depression/kapitel-2>, zuletzt besucht am 15.01.2019).

#### **E. 6.3.3**

Ebenfalls zu den affektiven Störungen gehören die bipolaren affektiven Störungen (vgl. <http://www.icd-code.de/icd/code/F31.-.html>, besucht am 15.01.2019). Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wenigstens zwei Episoden charakterisiert ist, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind. Diese Störung besteht einmal in gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und Aktivität (Hypomanie oder Manie), dann wieder in einer Stimmungssenkung und vermindertem Antrieb und Aktivität (Depression). Wiederholte hypomanische oder manische Episoden sind ebenfalls als bipolar zu klassifizieren. Bei der affektiven Störung gegenwärtig hypomanische Episode (ICD-10 F31.0) ist der betroffene Patient gegenwärtig hypomanisch und hatte wenigstens eine weitere affektive Episode (hypomanisch, manisch, depressiv oder gemischt) in der Anamnese.

#### **E. 6.3.4**

Bei Angststörungen stellen Manifestationen der Angst die Hauptsymptome dar, ohne auf eine bestimmte Umgebungssituation bezogen zu sein (vgl. <http://www.icd-code.de/icd/code/F41.0.html>, zuletzt besucht am 15.01.2019). Das wesentliche Kennzeichen einer Panikstörung (ICD-10 F41.0) sind wiederkehrende schwere Angstattacken (Panik), die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken und deshalb auch nicht vorhersehbar sind. Wie bei anderen Angsterkrankungen zählen zu den wesentlichen Symptomen plötzlich auftretendes Herzklopfen, Brustschmerzen, Erstickungsgefühle, Schwindel und Entfremdungsgefühle (Depersonalisation oder Derealisation). Oft entsteht sekundär auch die Furcht zu sterben, vor Kontrollverlust oder die Angst, wahnsinnig zu werden. Die Panikstörung soll nicht als Hauptdiagnose verwendet werden, wenn der Betroffene bei Beginn der Panikattacken an einer depressiven Störung leidet. Unter diesen Umständen sind die Panikattacken wahrscheinlich sekundäre Folge der Depression.

#### **E. 6.4.1**

Die Vorinstanz stellte bei ihrer Annahme, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert habe, insbesondere auf das Gutachten von Dr. K. \_\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2014 (Vorakten IVSTA doc. 113) ab.

#### **E. 6.4.2**

Der Beschwerdeführer brachte nicht substantiiert vor, warum auf dieses Gutachten nicht abgestellt werden sollte (Beschwerde act. 1, Replik act. 62). Er begründete seine Ansicht einzig damit, die serbischen Ärzte würden ihn als ängstlich und depressiv beschreiben. Wie unter E. 6.4.3.2 und E 6.4.3.3 hiernach zu zeigen ist, kommt den serbischen Arztberichten kein Beweiswert zu und vermögen sie keine Zweifel an der Einschätzung von Dr. K. \_\_\_\_\_ zu wecken.

#### **E. 6.4.3.1**

Die Untersuchung des Beschwerdeführers durch Dr. K. \_\_\_\_\_ fand am 24. und 25. November 2014 während jeweils zwei Stunden statt. Das Gutachten enthält eine Zusammenfassung der Vorakten, wurde unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden abgegeben und enthält einen Vergleich mit dem Gesundheitszustand im Ausgangszeitpunkt. Als Befund wurde nach den Untersuchungen erhoben, stimmungsmässig euthym, bewege sich die Affektivität auf unauffälliger Bandbreite. Es komme zwar nie zu einem Ausbruch von Heiterkeit, aber durchaus einmal zu einem Lächeln, zum Beispiel als der Beschwerdeführer von seiner jungen Partnerin oder von

seinem 18-monatigen Kind gesprochen habe. Die Sorgen des Beschwerdeführers wegen seiner Söhne, die in Serbien keine Zukunft hätten, hätten sich im Affekt abgebildet. Beim Erzählen der Krankengeschichte seiner Ehefrau sei ein deutlich affektives Mitschwingen beobachtbar gewesen. Der Antrieb und die psychischen Grundfunktionen des Beschwerdeführers seien unauffällig. In den jeweils zwei Stunden dauernden Gesprächen seien die Aufmerksamkeit und Konzentration ebenfalls durchgehend unauffällig gewesen. Es sei keine Ermüdung erkennbar gewesen, und der Beschwerdeführer habe keine Pausen eingefordert. Das Gedächtnis sei gut, der formale Gedankengang unauffällig, inhaltlich klar, konzis und einfach. Subjektiv Gedankenkreisen würden den Beschwerdeführer mitunter am Einschlafen hindern, so dass er eine Tablette nehmen müsse. Die Intelligenz sei normal. Hinweise auf Wahrnehmungsstörungen, wahnhaftige Inhalte oder Ich-Störungen würden fehlen. Weiter berichtete Dr. K.\_\_\_\_\_, als er gegenüber dem Beschwerdeführer erklärt habe, dass aus psychiatrischen Gründen kaum mehr Argumente vorlägen, die die Arbeitsunfähigkeit weiterhin begründen würden, sei dies gelassen zur Kenntnis genommen worden. Hingegen schilderte der Gutachter, dass beim Beschwerdeführer, nach der Konfrontation mit den Befunden aus dem orthopädischen Gutachten vom 16. Oktober 2013, wo eine volle Arbeitsfähigkeit ab dato für mittelschwere bis schwere Arbeiten attestiert worden sei, deutliche Betroffenheit und Gespanntheit aufgetreten seien. Der Gutachter begründete seine abweichende Diagnosestellung einer Dysthymie im Vergleich zur im Ausgangszeitpunkt diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode dahingehend, dass er feststellte, die erhobenen Befunde und Symptome seien nicht ausgeprägt genug, um die Diagnose einer auch nur leichten Depression zu stellen. Während Dr. T.\_\_\_\_\_ im Jahr 2006 von einer progressiven sozialen Isolation berichtete (vgl. Vorakten IVSTA doc. 25/10), erzählte der Beschwerdeführer gegenüber Dr. K.\_\_\_\_\_ (vgl. Vorakten IVSTA doc. 113/8), er treffe sich manchmal mit anderen Männern im Café zum Gespräch. Zudem konnte die von Dr. T.\_\_\_\_\_ festgestellte deutliche depressive Stimmung, latente Suizidalität sowie Verminderung der Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistung von Dr. K.\_\_\_\_\_ nicht mehr bestätigt werden. Aufgrund der von Dr. K.\_\_\_\_\_ erhobenen Befunde leuchtet ein, dass er anstelle einer mittelgradigen depressiven Episode eine Dysthymie diagnostizierte.

#### **E. 6.4.3.2**

Hinsichtlich der von Dr. E.\_\_\_\_\_ diagnostizierten Panikstörung hielt Dr. K.\_\_\_\_\_ fest, diese Diagnose sei nicht nachvollziehbar, zumal der Beschwerdeführer, explizit nach Angst in seinem Leben befragt, meinte, er kenne keine Angst. Die gezogene Schlussfolgerung ist naheliegend. Hingegen überzeugt die von Dr. E.\_\_\_\_\_, Neuropsychiaterin, diagnostizierte Panikstörung "Sy anxioso depressivum" ICD-10 41.0 nicht (Vorakten IVSTA doc. 57/2, Übersetzung doc. 57/1), da diese Diagnose explizit Angst als Hauptsymptom voraussetzt, der Beschwerdeführer jedoch nicht unter Angstzuständen leidet (vgl. <http://www.icd-code.de/icd/code/F41.0.html>, besucht am 15.01.2019). Zudem wird im ICD-Code festgehalten, dass diese Diagnose nicht gestellt werden sollte, wenn eine Depression vorausgegangen sei (vgl. E. 6.3.4 hiervor). Dr. E.\_\_\_\_\_ begründete nicht, warum sie entgegen dem ICD-Code bei ihrem Befund "ängstlich und depressiv" die Diagnose einer Panikstörung stellte, womit ihre Diagnose nicht plausibel erscheint und ihrem Kurzarztbericht kein Beweiswert zukommt. Hieraus folgt, dass in psychiatrischer Hinsicht auch den Formulargutachten vom 16. April 2013 (Vorakten IVSTA doc. 65, 67/3, 72/2, 72/4, 72/6, Übersetzung doc. 72/1, 72/3, 72/5, 72/7) vom Chirurgen Dr. G.\_\_\_\_\_ und vom 2. September 2015 (Vorakten IVSTA doc. 131, 137/2, 137/4, 137/6, 138/5, 145/5,

Übersetzung doc. 137/1, 137/3, 137/5, 138/1, 145/1) vom Chirurgen Dr. N.\_\_\_\_\_ kein Beweiswert zukommt, da sich die chirurgischen Gutachter auf die Diagnose von Dr. E.\_\_\_\_\_ abstützten. Zudem verfügen Dr. G.\_\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_\_ als Chirurgen nicht über den Facharztstitel der Psychiatrie.

#### **E. 6.4.3.3**

Dr. E.\_\_\_\_\_ begründete ihre Diagnose einer bipolaren affektiven Störung (ICD-10 F31.0) in ihrem Kurzarztbericht vom 17. Oktober 2012 (Vorakten IVSTA doc. 64, 67/7, 71/2, Übersetzung doc. 71/1) dahingehend, dass Schlafstörungen, gedrückte Stimmung und Konzentrationsmangel vorliegen würden, und der Beschwerdeführer depressiv und ängstlich sei. Hauptsymptom einer bipolaren affektiven Störung ist, dass hypomanische und depressive Phasen sich abwechseln (vgl. E. 6.3.3 hiervor), jedoch führte Dr. E.\_\_\_\_\_ keine hypomanischen Episoden auf. Sie begründete ihre Annahme auch nicht weiter, womit ihre Diagnose nicht stringent erscheint. Zudem ist davon auszugehen, dass Dr. K.\_\_\_\_\_ das Vorhandensein einer bipolaren affektiven Störung erkannt hätte, betrachtete er doch insbesondere die Affektivität, kam jedoch zum Schluss, diese bewege sich auf unauffälliger Bandbreite (vgl. E. 6.4.3.1 hiervor).

#### **E. 6.4.3.4**

Aus dem Gesagten erhellt, dass die von Dr. K.\_\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer Dysthymie einleuchtet und plausibel erscheint, dass im Untersuchungszeitpunkt keine Depression oder Angststörung gegeben war, sondern ein leichter Verstimmungszustand. Der geringe Leidensdruck in psychiatrischer Hinsicht zeigt sich auch daran, dass der Beschwerdeführer inzwischen nur eine Bedarfsmedikation einnimmt und nicht mehr regelmässig Psychotherapiesitzungen besucht (Vorakten IVSTA doc. 113/14).

#### **E. 6.4.3.5**

Hinsichtlich der funktionellen Leistungsfähigkeit hielt Dr. K.\_\_\_\_\_ fest, diese sei aus psychiatrischer Sicht nicht vermindert. Die kognitiven Funktionen seien gut, ebenso die Aufmerksamkeit und die Konzentration. Die Affektivität sei moduliert und die Impulse kontrolliert. Die im ICF-Mini-APP (Mini-ICF Ratings für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen) abgebildeten Funktionsbereiche seien beim Beschwerdeführer allesamt nicht eingeschränkt. Es überzeugt, dass der Gutachter, welcher auch unter Berücksichtigung des Ergebnisses des Mini-ICF Ratings für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP), keine funktionellen Leistungseinschränkungen feststellen konnte, auf eine vollständige Arbeitsfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht schloss. Daran ändert nichts, dass Dr. E.\_\_\_\_\_ von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausging, da sie ihre Ansicht nicht begründete. Zudem kommt ihrer Stellungnahme kein Beweiswert zu (vgl. E. 6.4.3.3 hiervor), womit sie keine Zweifel am Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_\_ zu wecken vermag.

#### **E. 6.4.3.6**

Zusammenfassend ergibt sich, dass das Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_\_ auf einer eingehenden psychiatrischen Untersuchung des Beschwerdeführers beruht, unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden, nach Einsicht in die Vorakten sowie unter Vergleich mit dem Gesundheitszustand im Zeitpunkt der ersten Begutachtung im Jahr 2006 abgegeben wurde und in sich schlüssig ist. Zudem erörterte der Experte in nachvollziehbarer Weise die Abweichungen zu den Diagnosen und Beurteilungen der

anderen Ärzte. Folglich ist für die Beantwortung der Frage, ob sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers geändert hat, darauf abzustellen. Gestützt auf das Gutachten von Dr. K. \_\_\_\_\_ ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass eine wesentliche Verbesserung des Gemütszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist, indem die funktionelle Leistungsfähigkeit in psychischer Hinsicht nicht mehr eingeschränkt ist, da die mittelschwere depressive Störung, welche mit psychosozialen und gesundheitlichen Belastungen verbunden war, nicht mehr besteht. Damit ist aus revisionsrechtlicher Sicht seit der Verfügung vom 6. August 2007 (Vorakten SAK doc. 5, 12/9ff.) eine wesentliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes eingetreten, so dass ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vorliegt.

## **E. 7**

Nachdem ein Revisionsgrund gegeben ist (vgl. E. 6 hiervor), ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 m.H.). Im Rahmen der vorzunehmenden Neueinschätzung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit ist die gesundheitliche Gesamtsituation zu würdigen (BGE 141 V 9 E. 6.3.2).

### **E. 7.1**

Der Beschwerdeführer leidet vorliegend an Beschwerden auf den Gebieten der Psychiatrie (Dysthymie, vgl. E. 5.10 hiervor), der Orthopädie (Schulter-, Rücken- und Kniebeschwerden, vgl. E. 5 hiervor) und der Inneren Medizin (Beschwerden im rechten Nierenlager, Status nach Appendektomie, Status nach Leistenbruchoperation rechts, Status nach Operation bei Stirnhöhlenentzündung und Gallensteine, Vorakten IVSTA doc. 98/7f.). Beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen 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 jeweils 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). Die aktenkundigen fachärztlichen Berichte beinhalten aber keine Gesamtbeurteilung, vielmehr handelt es sich um monodisziplinäre Untersuchungsberichte. Die Vorinstanz gab zwar ein bidisziplinäres Gutachten an Dr. I. \_\_\_\_\_ und Dr. J. \_\_\_\_\_ in Auftrag (vgl. Vorakten IVSTA doc. 88); da aber nur die Orthopädin einen Bericht einreichte, jedoch nicht auch der Psychiater, kam das bidisziplinäre Gutachten nicht zustande. In der Folge erteilte die Vorinstanz Dr. K. \_\_\_\_\_ einen Gutachtensauftrag, der auftragsgemäss ein monodisziplinäres Gutachten auf dem Gebiet der Psychiatrie erstellte (Vorakten IVSTA doc. 113). Im serbischen Formularbericht vom 16. April 2013 (Vorakten IVSTA doc. 65, 67/3f., 72/2, 72/4, 72/6, 72/8, Übersetzung doc. 72/1, 72/3, 72/5, 72/7) ist ersichtlich, dass dieser von Chirurgen erstellt wurde, jedoch ist nicht erkennbar, ob auch ein Psychiater mitwirkte, daher ist davon auszugehen, dass es sich nicht um einen bidisziplinären Bericht handelt. Dasselbe trifft auf den serbischen Formularbericht vom 2. September 2015 (Vorakten IVSTA doc. 131, 137/2, 137/4, 137/6, 138/5f., 145/5f., Übersetzung doc. 137/1, 137/3, 137/5, 138/1, 145/1f.) zu. Eine mindestens bidisziplinäre Gesamtbeurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im Revisionsverfahren ist damit vorliegend nicht aktenkundig. Eine Gesamtschau der Leiden des Beschwerdeführers im Revisionszeitpunkt fehlt damit vollständig, womit sich die IV-Ärzte nicht auf hinreichende Akten stützen konnten, so dass deren Stellungnahmen keine abschliessende

Beurteilungsgrundlage bilden konnten (vgl. E. 3.12.2 hiervoor). Zudem sind die vorhandenen medizinischen Akten in somatischer Hinsicht nicht hinreichend beweiskräftig (vgl. E. 7.2 hiernach) und kann nicht beurteilt werden, ob die Dysthymie ausnahmsweise aufgrund einer Komorbidität zu einer Arbeitsunfähigkeit führt (vgl. E. 7.3 hiernach).

#### **E. 7.2.1**

In somatischer Hinsicht liegt das orthopädische Gutachten von Dr. I. \_\_\_\_\_ vom 16. Oktober 2013 vor (Vorakten IVSTA doc. 98). Der Beweiswert eines Gutachtens hängt davon ab (vgl. E. 3.11 hiervoor), ob es 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 der Experten begründet sind. Zudem hat sich ein Gutachten in einem Revisionsverfahren auf das Beweisthema - erhebliche Änderung des Sachverhalts - zu beziehen (vgl. E. 3.12 hiervoor).

##### **E. 7.2.1.1**

Die Orthopädin fasste den medizinischen Sachverhalt zusammen, stellte die Anamnese dar, dokumentierte ihre eigenen Untersuchungsbefunde und beantwortete die Fragen der IVSTA. Bei den Vorakten nahm sie gemäss eigener Aussage eine Auswahl vor, womit sich die Frage stellt, ob die Gutachterin sämtliche Vorakten berücksichtigte.

##### **E. 7.2.1.2**

Dr. I. \_\_\_\_\_ beschrieb den Beschwerdeführer als 46-jährigen Mann in gutem Allgemein- und fast normalem Ernährungszustand, bei insgesamt muskelkräftigem Habitus. Bei der Untersuchung der Schulter sei es zu Verdeutlichungstendenzen gekommen. Weiter fiel der Begutachterin die Beschwiellung der Hände und Füsse des Beschwerdeführers auf, woraufhin sie zum plausiblen Schluss kam, aufgrund der Schwielen könne eine körperliche Inaktivität ausgeschlossen werden. Demgegenüber erscheint die Begründung des Beschwerdeführers für die Beschwiellung (Beschwerde Ziff. 5, BVGer act. 1), wonach diese bei der serbischen Hitze bereits bei der Betätigung eines Hammers und beim Barfussgehen auf aufgeheizten Flächen entstehen könnten, als reine Schutzbehauptung. Ebenso wenig kann jedoch der Gutachterin gefolgt werden, dass die Schwielen auf eine schwere Tätigkeit zurückzuführen wären. Einzig ist aufgrund der Beschwiellung erstellt, dass der Beschwerdeführer körperlichen Tätigkeiten nachgeht. Dies allein lässt jedoch keinen Rückschluss auf die verbleibende Leistungsfähigkeit schliessen und die Möglichkeit schwere Arbeiten verrichten zu können. Aufgrund der erhobenen Rücken-, Schulter- und Kniebeschwerden leuchtet ohne weitere medizinische Begründung nicht ein, warum die Gutachterin davon ausging, dem Beschwerdeführer seien schwere Arbeiten zumutbar.

##### **E. 7.2.1.3**

Die Gutachterin verzichtete auf eine aktuelle Röntgendiagnostik einzig mit der Begründung (Vorakten IVSTA doc. 98/12), diese sei nicht notwendig, um die Fragen des Gutachtensauftrags zu beantworten. Den Leitlinien für die orthopädische Begutachtung (vgl. [http://www.swissorthopaedics.ch/images/content/Empfehlungen/Begutachtung\\_2\\_2017/D-LeitlinienGutachten-2.2017.pdf](http://www.swissorthopaedics.ch/images/content/Empfehlungen/Begutachtung_2_2017/D-LeitlinienGutachten-2.2017.pdf), besucht am 15.01.2019) ist zu entnehmen, dass konventionelle Röntgenaufnahmen als Standarduntersuchung gelten. Soweit für die gutachterliche Beurteilung notwendig sollen Zusatzuntersuchungen veranlasst werden. Ob Voruntersuchungen wiederholt werden müssen, hängt von der Wahrscheinlichkeit einer

wesentlichen Veränderung der Befunde ab. Bei ausreichender Dokumentation der Vorbefunde und stabilem Verlauf kann auf eine aktuelle Bildgebung verzichtet werden. Dr. I. \_\_\_\_\_ war der Ansicht, dass der Beschwerdeführer schwere Arbeiten ausrichten könne, womit sie von einer Verbesserung der physischen Beschwerden ausging und nicht von einem unveränderten Gesundheitszustand, so dass gemäss Leitlinie aktuelle Röntgenbilder hätten erstellt werden müssen. Aus der Auflistung der Unterlagen im Gutachten (Vorakten IVSTA doc. 98/2) geht hervor, dass Dr. I. \_\_\_\_\_ sich auf Berichte der Klinik Q. \_\_\_\_\_ aus dem Jahre 2006 stützte. In einem Revisionsverfahren geht es um den Vergleich des Ausgangszeitpunkts (hier Gutachten der Klinik Q. \_\_\_\_\_ vom 18. September 2006, Vorakten IVSTA doc. 26) mit dem Vergleichszeitpunkt (betreffend Gutachten, Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. I. \_\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2013), womit eine vergleichende Röntgendiagnostik zu erwarten wäre und die Gutachterin daher in revisionsrechtlicher Hinsicht in Bezug auf diesen Vergleich nachvollziehbar hätte begründen müssen, warum sie eine Röntgendiagnostik als nicht notwendig erachtet.

#### **E. 7.2.1.4**

Weiter führte die Orthopädin zwar klinische Untersuchungen, u.a. in Form von Bewegungsprüfungen durch, jedoch sind keine qualitativen und quantitativen Analysen der Funktionsstörung des Bewegungsapparates und seiner Folgen für den Beschwerdeführer aktenkundig, wie dies von der Klinik Q. \_\_\_\_\_ betreffend den Ausgangszeitpunkt am 29. Mai 2006 erhoben wurde (Vorakten IVSTA doc. 23). Eine entsprechende Untersuchung wurde von der Vorinstanz denn auch nicht in Auftrag gegeben. Mangels Vergleichsmöglichkeiten nahm die Gutachterin folglich keinen Bezug zur Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit der Klinik Q. \_\_\_\_\_ vom 29. Mai 2006 (Vorakten IVSTA doc. 23), sondern gab einzig dessen Befund wieder, ohne einen Vergleich mit ihrem Befund vorzunehmen. So äusserte sie sich denn auch nicht zum Umstand, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2006 (Gutachten Klinik Q. \_\_\_\_\_, Vorakten IVSTA doc. 26/9) angab, keine Tasse halten zu können, während sie beim Beschwerdeführer Schwielen an den Händen und Füssen feststellen konnte. Weiter äusserte sie sich nicht zur Möglichkeit Lasten über Kopf zu heben und auch nicht zur Handhabung von Maximalgewichten, obwohl die Klinik Q. \_\_\_\_\_ hier Einschränkungen feststellte (Vorakten IVSTA doc. 23/6).

#### **E. 7.2.1.5**

Hinzukommt, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (vgl. Urteil des BGer 9C\_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.2.1 und E. 4.2.2) nicht Winkelgrade ausschlaggebend sind, sondern die Brauchbarkeit eines Gelenks, die praktische Leistungsfähigkeit bzw. die Behinderung im täglichen Leben. Diese sind deshalb bei der Bewegungsprüfung der einzelnen Gelenke zusätzlich anzugeben. Dr. I. \_\_\_\_\_ nahm keine Analyse der Funktionsstörung vor, sondern hielt einzig Winkelgrade fest. Zwar erkannte sie, es hätten sich freie Funktionen der Schultergelenke und der Lendenwirbelsäule ergeben, sowie unauffällige Untersuchungsbefunde der Kniegelenke, was jedoch nicht schlüssig erscheint, zumal nicht ersichtlich ist, wie sie die Funktion des Gelenkes testete, und der Beschwerdeführer ausserdem während der Untersuchung über Schmerzen klagte, auf welche die Gutachterin nicht weiter einging. Zudem erkannte sie, dass die Inklination der Lendenwirbelsäule/Hüftgelenke eingeschränkt sei, ohne diesen Befund in der Folge zu würdigen. Bei den Schultern erkannte sie einen altersentsprechenden freien aktiven Bewegungsumfang in den Ebenen Vorheben/Rückheben. Zum Befund, wonach die

Abduktion beidseits aktiv 90° und passiv 160° möglich sei, äusserte sie sich nicht weiter. Sie hielt einzig fest, es bestünden Verdeutlichungstendenzen. Dr. I. \_\_\_\_\_ berichtete, der Beschwerdeführer sei muskulöser Statur, erkannte jedoch zugleich, dass die dorsale Rumpfmuskulatur nur mässig gut trainiert sei. Diesen Widerspruch erläuterte die Gutachterin nicht. Aus ihren dokumentierten Beobachtungen können keine Rückschlüsse auf das Belastungsprofil gezogen werden.

#### **E. 7.2.1.6**

Zusammenfassend erweist sich das Gutachten als nicht hinreichend begründet und nicht nachvollziehbar. Ausserdem beruht es nicht auf allseitigen Untersuchungen. Weiter äusserte sich Dr. I. \_\_\_\_\_ nicht zum Beweisthema der Änderung des Sachverhalts, so erwähnte sie zwar das Gutachten der Klinik Q. \_\_\_\_\_, äusserte sich in der Folge jedoch nicht dazu, ob die damals erhobenen Befunde weiterhin vorliegen oder nicht, vielmehr schilderte sie die momentane Situation. Folglich genügt das Gutachten von Dr. I. \_\_\_\_\_ den rechtssprechungsgemässen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten nicht und ist damit nicht beweiswertig.

#### **E. 7.2.2**

Den sich bei den Akten befinden serbischen, medizinischen Unterlagen kommt ebenfalls kein Beweiswert zu. Sowohl die Formulargutachten als auch die Kurzarztberichte äusseren sich nicht zum Beweisthema der Veränderung des Sachverhalts. Ausserdem enthält das Formulargutachten die Aussage, es bestehe eine 50 % "Invalidität", jedoch ist die Invalidität im schweizerischen Recht eine Rechtsfrage, und als solche von den Rechtsanwendern zu klären. Hinzukommt, dass die Kurzarztberichte keine Begründung und keine Angaben zur Arbeitsunfähigkeit enthalten.

#### **E. 7.2.3**

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass im Vergleichszeitpunkt keine beweiswertigen orthopädischen Arztberichte aktenkundig waren.

#### **E. 7.3.1**

In psychiatrischer Hinsicht liegt eine Dysthymie vor (vgl. E. 5.10 hiervor). Das Bundesgericht erwog im Urteil 9C\_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.2, findet sich im Psychostatus nur eine Dysthymie, so kann dies wohl eine Einbusse an Leistungsfähigkeit mit sich bringen, kommt aber für sich allein betrachtet nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich. Diese Schlussfolgerung, die sich auf medizinische Empirie abstützt und damit eine Rechtsfrage darstellt, ist freilich nicht absolut zu setzen; eine dysthyme Störung kann die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall erheblich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden - wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung - auftritt (SVR 2011 IV Nr. 17 S. 44, 9C\_98/2010 E. 2.2.2; 2008 IV Nr. 8 S. 23, I 649/06 E. 3.3.1 mit Hinweisen; Urteil 8C\_623/2013 vom 11. März 2014 E. 3.2). Diese Grundsätze wurden durch die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 nicht relativiert (Urteil 8C\_643/2015 vom 18. Dezember 2015 E. 5.2.1). Gemäss Bundesgericht ist zu prüfen (vgl. Urteil BVGer 9C\_146/2015 E. 3.4), ob die bestehende - grundsätzlich aber nicht invalidisierende - Dysthymie (ICD-10 F34.1) zusammen mit einer anderen ernsthaften gesundheitlichen Beeinträchtigung aufgetreten ist.

#### **E. 7.3.2**

Die im Jahr 2006 diagnostizierte mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (Vorakten IVSTA doc. 25) lag im Gutachtenszeitpunkt vom 24./25. November 2014 nicht mehr vor (Vorakten IVSTA doc. 113). Dr. K.\_\_\_\_\_ diagnostizierte aufgrund der von ihm selber erhobenen Befunde allein eine Dysthymie, während er andere Beeinträchtigungen wie namentlich mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom ICD-10 F32.11 und Panikstörung ICD-10 F41.0 explizit und mit einleuchtender Begründung ausschloss. Eine psychische Komorbidität liegt demnach nicht vor. Dr. D.\_\_\_\_\_ hielt im Jahre 2005 fest (Vorakten IVSTA doc. 25/3), es frage sich, inwieweit, sich der körperliche und psychische Zustand gegenseitig beeinflussen würden. Zwar liegt keine mittelgradige depressive Episode mehr vor, jedoch kann mangels ärztlicher Gesamtschau nicht beurteilt werden, ob die Dysthymie ausnahmsweise zu einer Arbeitsunfähigkeit führt, da zugleich objektive organisch nachweisbare Schmerzen vorliegen, so dass ohne weitere ärztliche Einschätzungen nicht beurteilt werden kann, ob aufgrund der somatischen Leiden eine Komorbidität gegeben ist.

### **E. 7.3.3**

Ob auf ein strukturiertes Beweisverfahren ausnahmsweise verzichtet werden kann und ob das psychiatrische Gutachten den Anforderungen nach BGE 141 V 281 genügt, braucht vorliegend nicht abschliessend beurteilt zu werden, da die Sache bereits mangels Veranlassung eines polydisziplinären Gutachtens mit Gesamtbeurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit, an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung zurückzuweisen ist.

### **E. 7.4**

Zusammenfassend fehlt in den vorliegenden Akten eine aktuelle sowie rechtlich genügende Beurteilung (namentlich in den Fachdisziplinen Psychiatrie, Orthopädie und Innere Medizin) des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers sowie ein Belastungsprofil. Die Voraussetzungen für eine blosser Aktenbeurteilung durch den medizinischen Dienst können damit vorliegend nicht als gegeben erachtet werden (vgl. Urteil des BGER 9C\_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.3). Unter den gegebenen Umständen durften die IV-Ärzte jedenfalls nicht von eigenen Untersuchungen absehen. Indem die Vorinstanz massgeblich auf die Stellungnahme ihres medizinischen Dienstes abstellte, missachtete sie die rechtlichen Anforderungen an den Beweiswert ärztlicher Berichte und verletzte mithin Bundesrecht.

### **E. 8.1**

Nach dem Gesagten ist die Sache zu ergänzenden Abklärungen und zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese ist anzuweisen, ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Innere Medizin, Orthopädie und Psychiatrie einzuholen. Ob weitere Spezialisten beizuziehen sind, wird in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz bzw. der Gutachter gestellt (vgl. Urteil des BGER C-1810/2017 vom 14. Juni 2018, E. 6.4.4). Im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung werden die Gutachter insbesondere auch im Hinblick auf das Zusammenwirken der verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Gesamtbeurteilung vorzunehmen haben. Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 137 V 210 E. 1.2.4). In die medizinische Beurteilung sind zudem die Arztberichte vom 24. und 26. Oktober 2018 und die MRI-Bilder vom 25. April

2018 einzubeziehen (BVGer act. 72).

### **E. 8.2**

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, zumal 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; Urteile des BVGer C-5862/2014 vom 5. April 2016 E. 5.2 und C-329/2014 vom 8. Juli 2015 E. 5.3.1 je mit Hinweis auf C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Dem Beschwerdeführer ist dazu das rechtliche Gehör zu gewähren und es ist ihm Gelegenheit zu geben, Zusatzfragen zu stellen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

### **E. 8.3**

Es sind vorliegend keine Gründe ersichtlich, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt.

### **E. 8.4**

Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung des Sachverhaltes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ist unter diesen Umständen möglich, da sie in der notwendigen Beantwortung der bisher ungeklärten Frage nach den Auswirkungen der Änderung des Gesundheitszustandes auf die Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit begründet liegt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Wie vorstehend dargelegt, konnte der medizinische Dienst der IVSTA nicht auf für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen im Sinne der Rechtsprechung zurückgreifen. Eine reine Aktenbeurteilung war unter diesen Umständen unzulässig, was zwangsläufig zu weiteren Abklärungen hätte führen müssen. Die Vorinstanz hat mithin keine umfassende medizinische Beurteilung eingeholt, obwohl eine solche geboten gewesen wäre.

### **E. 8.5**

Würde eine gravierend mangelhafte Sachverhaltsabklärung im Verwaltungsverfahren durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer C-1582/2016 E. 5.4; C-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5). Dies gilt insbesondere in Fällen wie dem vorliegenden, bei welchem die gebotene interdisziplinäre Gesamtbeurteilung zu Unrecht unterlassen wurde. Überdies würde den Verfahrensbeteiligten mit dem Verzicht auf ein polydisziplinäres Gutachten im Verwaltungsverfahren auch die Möglichkeit der Überprüfung durch ein Obergutachten genommen. Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder der Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen. Folglich ist, entgegen dem Antrag des Beschwerdeführers, auch keine öffentliche Gerichtsverhandlung durchzuführen, da diese vorliegend einzig auf die Abnahme weiterer Beweismittel abzielte (vgl. BGer 8C\_64/2017 E. 3.2 m.H.).

### **E. 9**

Die Beschwerde ist demnach insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 10. August 2016 aufzuheben und die Sache im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen ist.

## **E. 10**

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

### **E. 10.1**

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der vom Beschwerdeführer einbezahlte Gerichtskostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- ist diesem nach Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 10.2**

Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 und 2 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, die mangels Einreichung einer Kostennote aufgrund der Akten zu bestimmen (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE) ist. Das dem Beschwerdeführer zu entschädigende Honorar bestimmt sich nach dem notwendigen Zeitaufwand seines anwaltlichen Vertreters (vgl. Art. 10 Abs. 1 und 2 VwVG), welcher sich zusammensetzt aus der vierseitigen Beschwerdeschrift (BVGer act. 1) und der zweiseitigen Replik (BVGer act. 62). Ausserdem zu berücksichtigen sind die Schreiben hinsichtlich des UP-Gesuchs vom 11. Oktober 2017 (BVGer act. 40), 13. Dezember 2017 (BVGer act. 45), 15. Januar 2018 (BVGer act. 47), 22. Oktober 2018 (BVGer act. 68) und 27. November 2018 (BVGer act. 72), wobei für die Einreichung von Belegen nicht fünf Eingaben notwendig sind. Weiter erweisen sich die zahlreichen Fristerstreckungsgesuche nicht als zielführend und sind damit nicht zu vergüten. Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands erachtet das Bundesverwaltungsgericht eine Parteientschädigung von Fr. 1'800.- für angemessen (inklusive Auslagen; Mehrwertsteuer ist nicht geschuldet, vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a des Bundesgesetzes vom 12. Juni 2009 über die Mehrwertsteuer [MWSTG, SR 641.20] i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE). Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.

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