

BVGer C-607/2018 vom 19. Mai 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-05-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-607_2018

FR: TAF C-607/2018 du 19 mai 2020

IT: TAF C-607/2018 del 19 maggio 2020

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 2

2.1 Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 3. Januar 2018, mit der die Vorinstanz die bisher ausgerichtete ganze Invalidenrente des Beschwerdeführers auf der Grundlage von Art. 17 Abs. 1 ATSG revisionsweise aufgehoben hat. Streitig und zu prüfen ist, ob die Aufhebung der Rente der schweizerischen Invalidenversicherung zu Recht erfolgt ist bzw. ob die Vorinstanz den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

E. 2.2

Bezüglich der Rüge des Beschwerdeführers, die Vorinstanz habe es unterlassen, in der Rentenzusprache vom 21. Februar 2013 sämtliche notwendigen Abklärungen zu treffen (BVGer-act. 1 S. 5), ist festzustellen, dass diese Verfügung rechtskräftig ist und vorliegend kein Anlass besteht, darauf zurückzukommen, zumal der Beschwerdeführer keinen Revisionsgrund dargetan hat und die Verfügung auch nicht zweifellos unrichtig ist (vgl. Art. 53 ATSG). Bezüglich dieses Vorbringens ist auf die Beschwerde nicht einzutreten.

E. 3.1

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 3. Januar 2018) 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. Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des

Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1).

E. 3.2

Der Beschwerdeführer ist Schweizer Staatsbürger, wohnt in den Niederlanden und war in der Schweiz erwerbstätig, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zu beachten sind. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

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 3. Januar 2018 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 4

In formeller Hinsicht brachte Der Rechtsvertreter in seiner Replik vor, dass die vorinstanzlichen Akten nur teilweise übersetzt seien, womit der Anspruch auf rechtliche Gehörs verletzt sei.

E. 4.1

Eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör führt grundsätzlich ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung (BGE 132 V 387 E. 5.1; Waldmann/Bickel, in: Waldmann/Weissenberger [Hrsg.], Praxiskommentar VwVG, 2. Aufl. 2016, Rz. 106 zu Art. 29 VwVG). Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 431 E. 3d/aa). Von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung ist aber selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1; 136 V 117 E. 4.2.2.2 m.w.H.).

E. 4.2

Bei den nicht übersetzten Unterlagen handelt es sich um einen Labortest (act. 20), der auch ohne Übersetzung verständlich ist. Weiter wurden Patienteninformationen zur Studie VIRID und zu den Medikamenten Ribavirin und Peginterferon alfa-2a (act. 21 S. 34 - 58), ein Schreiben an den Beschwerdeführer vom 17. Juli 2012 (act. 37 S. 1 - 5), eine Verfügung der niederländischen Behörden (80 S. 2 - 6), eine Richtlinie betreffend Hepatitis-C (act. 88 S. 31) und Laborberichte (act. 88 S. 32 - 36) nicht übersetzt. Vom Bericht des Arbeitsexperten Bb._____ von 10. Juli 2012 fehlen in den Akten die Seiten 2 und 4 (vgl. act. 121). Diese reichte der Beschwerdeführer mit Beschwerdeergänzung vom 16. April 2018 ein. Das Bundesverwaltungsgericht liess alle Dokumente übersetzen.

E. 4.3

Der Beschwerdeführer erhielt anschliessend Akteneinsicht in die nunmehr vollständig übersetzten Dokumente sowie die Gelegenheit, dazu Stellung zu nehmen. Er hielt dazu fest, die Nachvollziehbarkeit der übersetzten Akten hätten sich als extrem aufwändig erwiesen. Es sei nur schwer nachvollziehbar, wie die teilweise lückenhaften Übersetzungen im Kontext zu verstehen seien. Auf weitere Ausführungen müsse deshalb verzichtet werden. Da dem Bundesverwaltungsgericht als Beschwerdeinstanz volle Kognition zukommt und dem Beschwerdeführer in die vollständig übersetzten Dokumente umfassende Akteneinsicht gewährt wurde, kann die Gehörsverletzung als geheilt betrachtet und von einer Kassation der angefochtenen Verfügung bereits aus diesem Grund abgesehen werden (vgl. BGE 124 V 180 E. 4a m.H.).

E. 5.1

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. 5.2

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

E. 5.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad 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. 5.3.1

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; 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. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3; 130 V 343 E. 3.5).

E. 5.3.2

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, 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.). 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 BGer 9C_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 m.H.).

E. 5.3.3

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

E. 6.1

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 6.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende

medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

E. 6.3

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweismwürdigung 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 (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

E. 6.4

Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 m.H.; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu 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 ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson 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).

E. 7

Im Hinblick auf eine Rentenrevision gestützt auf Art. 17 Abs. 1 ATSG ist zunächst vorliegend der Sachverhalt im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 21. Februar 2013 mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 3. Januar 2018 zu vergleichen und zu prüfen, ob in den für den Leistungsanspruch relevanten Tatsachen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsrelevanter Weise zu beeinflussen (vgl. E. 5.3 hiavor).

E. 7.1

Beim Erlass der Verfügung vom 21. Februar 2013 (act. 79; Ausgangszeitpunkt) betreffend die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente ab 1. Oktober 2012 stützte sich die Vorinstanz auf folgenden ärztlichen Berichte und ein Formalgutachten: - Im Bericht von Dr. med. B._____ des medizinisch-radiologischen Instituts C._____ vom 19. November 1997 wurde als Beurteilung Folgendes aufgeführt: leichtgradiger Beckenschiefstand mit zusätzlicher linkskonvexer Skoliose der mittleren und oberen Lendenwirbelsäule (LWS). Streckfehlhaltung im unteren LWS-Abschnitt mit indirekten Zeichen einer Diskopathie im Segment L4/L5. Kein Hinweis auf eine Spondylolisthesis. Keine nachweisbaren Illiosakralgelenk (ISG)-Veränderungen (act. 16). - Nach dem Auffahrunfall vom 1. August 1998 wurde im Bericht von B._____ des medizinisch-radiologischen Instituts C._____ vom 20. August 1998 als Beurteilung keine fassbaren ossären Verletzungen im Halswirbelsäule (HWS)-Bereich und deutlich eingeschränkte Segmentsbeweglichkeit auf allen Etagen angegeben (act. 17). - Der damalige Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. D._____, Facharzt für Innere Medizin, hielt in seinem Bericht vom 10. Januar 1999 folgende Diagnosen fest: Status nach Halswirbelsäulen-Distorsion infolge Kollision am 1. August 1998 mit anhaltenden Kopfschmerzen, sekundär aufgetretene, wechselnde panvertebrale Schmerzen, Status nach Ersatzplastik des vorderen Kreuzbandes 1989 mit schmerzhaftem Schnapp-Phänomen und belastungsabhängigen schmerzen im linken Knie. Der Beschwerdeführer arbeite zu 50%, mehr gehe nicht. Der Hausarzt überwies den Beschwerdeführer an Dr. med. E._____, Fachärztin für Innere Medizin, spez. Rheumaerkrankungen, um die Frage zu beantworten, ob die aktuellen Beschwerden weiterhin auf den Unfall von 1. August 1998 zurückzuführen seien, oder ob er bereits vor dem Unfall an Schmerzen der Lendenwirbelsäule (lumbovertebrales Schmerzsyndrom) gelitten habe, aufgrund derer er vom 7. November bis 21. Dezember 1997 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Er würde Letzteres bejahen (act. 18). - Dr. med. E._____, Fachärztin für Innere Medizin, spez. Rheumaerkrankungen, hielt in ihrem Bericht vom 5. Februar 1999 folgende Diagnose fest: Zervikospondylogenes und thorakospondylogenes Syndrom bei Status nach Halswirbelsäulen-Distorsion am 1. August 1998. Als Nebendiagnosen wurde angegeben: Status nach vorderer Kreuzbandersatzplastik 1989 links und Status nach wiederholten lumbovertebralen Schmerzepisoden bei Chondrose L4/5 und Fehlstatik. Die thorakalumbalen Schmerzen, die im Dezember vorübergehend nach einer ungünstigen körperlichen Belastung aufgetreten wären, seien inzwischen nicht mehr vorhanden. Es gebe für sie keinen Grund anzunehmen, dass die zurzeit noch vorliegenden zervikogenen und durch die muskuläre Dysbalance bedingten Symptome nicht durch den Unfall verursacht seien. Sie halte es für indiziert, dass der Beschwerdeführer noch einmal eine physikalische Behandlung aufnehme und habe ihm eine Trainingstherapie zum Aufbau der Schultergürtelmuskulatur vorgeschlagen. Er werde vorläufig weiterhin 50% als Maler arbeiten. Anfang März müsse eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit erneut diskutiert werden (act. 19). - Dr. F._____, Facharzt für Radiologie, hielt in seinem Bericht 6. Juli 2010 Folgendes fest: zur cervikalen WS: Diskopathie auf Niveau C5-C6 mit Posterior Lipping und Uncarthrose. Auf diesem Niveau mit Verengung des Foramen intervertebrale, vor allem rechts, keine Halsrippen, keine Anzeichen posttraumatischer Abweichungen. Zur lumbosakralen WS: minimale Deviation der Wirbelsäule nach links (act. 21 S. 30, übersetzt in act. 58 S. 1). - G._____, Facharzt für Neurologie, hielt in seinem Schreiben an Dr. med. H._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie vom 14. September 2010 folgende Diagnose fest: radikuläre Beschwerden rechts, cervical (act. 21 S. 32, übersetzt in act. 60). -

Einem Schreiben des Dr. H._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, vom 27. April 2011 an Dr. I._____, Facharzt für Neurochirurgie an der Klinik ViaSana, kann entnommen werden, dass keine eindeutige Diagnose gestellt werden konnte. Aufgrund des Prickelns in allen Fingern habe er den Versicherten an einen Neurologen überwiesen (act. 21 S. 31, übersetzt in act. 59 S. 1). - Drs. J._____, Facharzt für Radiologie, hielt in seinem Bericht vom 11. Mai 2011 Folgendes fest: intaktes Skelett, keine ossalen Abweichungen, normales Ac-Verhältnis (act. 21 S. 28, übersetzt in act. 56 S. 1). Gleichentags hielt Dr. med. K._____, Facharzt für Radiologie fest, das MRT sei wegen schwerer Klaustrophobie des Beschwerdeführers nicht gelungen. In Absprache mit ViaSana werde ein CT-Scan beantragt (act. 21 S. 19, übersetzt in act. 49 S. 1). Dr. med. L._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, hielt in seinem Bericht vom 11. Mai 2011 fest, dass bezüglich des rechten Schultergelenks ein intaktes Skelett, keine ossalen Abweichungen und ein normales Ac-Verhältnis bestehe (act. 56). - Einem Schreiben des Dr. L._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, vom 15. Mai 2011 an die Hausärztin Dr. med. M._____ kann folgende Schlussfolgerung entnommen werden: Schulterbeschwerden rechts, die am ehesten zu einem Impingement-Syndrom passen würden. Es wurde eine subacromiale Injektion mit Kenacort/Prilocain vorgeschlagen (act. 21 S. 29, übersetzt in act. 57). - Dr. N._____, Facharzt für Radiologie, berichtete am 27. Mai 2011 eine Diskopathie mit Vakuum-Phänomen L5-S1 im Diskus. Ansonsten ein normales Bild des Spinalkanals. Keine Anzeichen einer Wurzelkompression. In Kombination mit einer Caudografie hätte mehr Sicherheit über eine Wurzelkompression bestanden. Es bestehe keine nennenswerte Arthrose in den Facettengelenken (act. 21 S. 22, übersetzt in act. 51 S. 1). - Einem Bericht des Dr. I._____, Facharzt für Neurochirurgie der Klinik ViaSana, an die Hausärztin Drs. M._____ vom 12. Juli 2011 kann entnommen werden, dass beim Beschwerdeführer mechanische Schmerzen im unteren Rückenbereich festgestellt und ihm Übungen für die Bauch- und Rückenmuskulatur empfohlen wurden (act. 21 S. 20 f. übersetzt in act. 50). - Drs. O._____ und Dr. P._____, Facharzt für Gastroenterologie der Erasmus University Medical Center (MC), diagnostizierten in ihrem Bericht vom 22. September 2011 Folgendes: Normaler Ultraschall-Befund der Leber, mit Ausnahme einer nicht vollständigen glatten Oberfläche der Leber mit der hochfrequenten Sonde, möglicherweise Nephrolithiasis rechts, schwere Fibrose. Weiter hinten ist von geringfügigen Steatose, welche ins Bild zu einer chronischen Hepatitis-C passe und von einer geringfügigen bis mässigen Fibrose die Rede (act. 35 S. 9 - 13, übersetzt in act. 64, 65 und 66). Am 23. September 2011 diagnostizierten dieselben Ärzte, gerichtet an Drs. T._____, eine Hepatitis C Genotyp 1 mit mässiger bis schwerer Leberfibrose (act. 63). - Drs. med. P._____, Facharzt für Radiologie der Klinik ViaSana, berichtete am 10. Oktober 2011, Becken und Hüften beidseitig würden keine Abweichungen aufweisen (act. 21 S. 24, übersetzt in act. 53 S. 1). - Am 19. Oktober 2011 hielt Drs. R._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie der Klinik ViaSana, in einem Schreiben an die Hausärztin Drs. M._____ fest, dass die Beschwerden zu einer pseudoradikulären Komponente vom unteren Rückenbereich ohne nachweisliche Hüftpathologie aus passen würden und verwies den Versicherten zur weiteren Behandlung an Dr. I._____ sowie verschrieb ihm ein abnehmbares lumbales Stützkorsett (act. 21 S. 25, übersetzt in act. 54 S. 1). - Am 31. Oktober 2011 berichteten Drs. T._____ und Prof. Dr. U._____, Fachärztin für Gastroenterologie, der Hausärztin Drs. M._____, dass der Beschwerdeführer wegen der Hepatitis C bei ihnen in Behandlung sei. Er werde seit dem 26. Oktober 2011 im Rahmen der Studie "high dose versus standard-dose weight-based ribavirin in combination with

peginterferon alfa-2a for patients infected with hepatitis C virus genotype 1 or 4" (VIRID-Studie) behandelt. In dieser Studie würden die Patienten 48 Wochen eine Behandlung mit Peginterferon und Ribavirin erhalten. In einem Teil der Studie werde die doppelte Dosis Ribavirin verabreicht. Der Beschwerdeführer erhalte jedoch die Standardbehandlung (act. 35 S. 5, übersetzt in act. 61 S. 1). - Dr. R. _____, Facharzt für Orthopädie der Klinik ViaSana, diagnostizierte am 19. Januar 2012 A-spezifische Rückenbeschwerden im unteren Rückenbereich, wies ihn an Dr. I. _____, Facharzt für Orthopädie, zurück und empfahl ein Stützkorsett (act. 21 S. 23, übersetzt in act. 52 S. 1). Gleichentags empfahl Dr. med. I. _____ ein CT-Scan, da ein MRT nicht gelungen sei, und vereinbarte einen weiteren Termin nach dem CT-Scan (act. 21 S. 17 f. übersetzt in act. 48 S. 1). Dr. L. _____, Facharzt für Orthopädie der Klinik ViaSana, diagnostizierte ebenfalls am 19. Januar 2012 ein chronisches Impingement-Syndrom (Sturz mit Motorrad vor 27 Jahren) und empfahl subacromiale Corticosteroid Injektionen (act. 21 S. 27, übersetzt in act. 55 S. 1). - Im vom niederländischen Versicherungsträger eingeholten ärztlichen Formulargutachten E 213 vom 4. April 2012 diagnostizierte Dr. S. _____, unklarer Fachrichtung, Nacken- und Rückenbeschwerden aufgrund von Diskopathien und arthrotischen Erscheinungen, Kniebeschwerden links (rechts weniger ausgeprägt) bei Status nach Meniskusoperation und Kreuzbandplastik, kongenitale Hüftdysplasie (eventuell) und Hepatitis C. Er hielt fest, dass der Beschwerdeführer ab 26. August 2010 in seiner letzten Tätigkeit als Maler und für angepasste Tätigkeiten vorübergehend arbeitsunfähig sei (act. 21 S. 1 - 12, übersetzt in act. 47 S. 1 - 22). - Am 27. Juni 2012 hielt Drs. T. _____, im Namen von Prof. U. _____, Fachärztin für Gastroenterologie, in ihrem Schreiben fest, dass beim Beschwerdeführer die Viruslast zu Anfang der Behandlung in der 12. Woche unter die Nachweisbarkeitsgrenze gesunken sei. Das bedeute, dass er 50 - 60 % Aussicht auf eine SVR, also auf eine erfolgreiche Behandlung habe. Er vertrage die Therapie einigermaßen. Aufgrund einer Anämie sei er sehr müde. Ausserdem schlafe er aufgrund der Behandlung sehr schlecht, was seine Müdigkeit verstärke. Darüber hinaus leide er vor allem an Muskel- und Gelenkschmerzen und starker Appetitlosigkeit. Es sei zu erwarten, dass diese Beschwerden während der Behandlung weiterhin bestünden und dass sie nach Ende der Therapie langsam abklängen oder auf das Niveau vor der Therapie zurückgingen (act. 35 S. 6, übersetzt in act. 62 S. 1).

E. 7.2

Der Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) Dr. med. Dr. V. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin, diagnostizierte in seiner Stellungnahme vom 6. Dezember 2012 als Hauptdiagnose eine chronische Hepatitis C und als Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Beschwerden an Nacken, Rücken, Knie und Hüfte. In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab November 2011. Eine Verweisungstätigkeit sei nicht zumutbar. Es wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer an verschiedenen Beschwerden des Bewegungsapparates an Hals- und Lendenwirbelsäule, Hüftgelenke und Knie ohne nachgewiesene wesentliche radiologische Veränderungen oder klinische Einschränkungen leide. Für die Lumbalgien seien kräftigende Übungen und ein Korsett, welches der Beschwerdeführer unregelmässig trage, verschrieben worden. Aufgrund der verschiedenen orthopädischen Berichte sei eine diesbezügliche Arbeitsunfähigkeit fachärztlich nicht begründet. Im November 2011 sei mit einer antiviralen Therapie wegen Hepatitis C begonnen worden, welche auch hier in typischer Weise eine ausgeprägte Müdigkeit verursache. Die Therapie dauere zwei Jahre und verursache nachvollziehbar eine volle Arbeitsunfähigkeit bis Ende 2013 für jede Tätigkeit.

Eine Revision sei somit auf Januar 2014 sinnvoll, nicht früher (act. 72).

E. 7.3

Der medizinische Sachverhalt stellte sich der IVSTA beim Erlass ihrer Verfügung vom 3. Januar 2018 (act. 126; Vergleichszeitpunkt) wie folgt dar: - Einem Bericht des Beschwerdeführers, genehmigt durch die Hausärztin Drs. M._____ am 4. April 2017, kann entnommen werden, dass der Hepatitis-C-Virus auch ausserhalb der Leber Krankheiten hervorgerufen könne, bspw. rheumatische Beschwerden (act. 90 in fine). - Drs. W._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, hielt in seinem Schreiben an die Hausärztin Drs. M._____ vom 22. Februar 2013 fest, dass der Knochenscan bis auf eine gering erhöhte Stapelung L5-S1 keine Abweichungen gezeigt hätten. Der Radiologe spreche von einer beginnenden Spondylose des Segments L5-S1. Da der Beschwerdeführer dennoch über seine Bewegungen in hohen Mass einschränkende Schmerzen im Knie geklagt habe, habe er noch zusätzlich Fotos machen lassen. Die Aufnahmen des Knies würden keine degenerativen Abweichungen zeigen. Er habe keine eindeutige Erklärung für seine Schmerzen. Der Beschwerdeführer habe an eine Verweisung an einen Rheumatologen gedacht. Er überlasse es ihr, darüber zu befinden, ob dafür eine Indikation vorliege (act. 94). - Am 31. März 2013 berichtete Prof. Dr. U._____, Fachärztin für Gastroenterologie, dass das Leberbiopt eine mässige Leberfibrose zeige und der Beschwerdeführer von seiner chronischen Hepatitis C geheilt sei. Beim letzten Kontrolltermin habe beim Beschwerdeführer eine Tachykardie und in der Blutuntersuchung eine ernsthafte Leukozytose (Erhöhung weisser Blutkörperchen) ohne unreife Zellen in der automatischen Differenzierung sowie vor allem eine Neutrophilie vorgelegen. Der Hausarzt sei unterrichtet worden, um den Beschwerdeführer allenfalls an einen Hämatologen zu verweisen. Bis zwei Jahre nach der Behandlung könne ein Hypothyreoidie auftreten (act. 93). - Mit Schreiben vom 3. April 2017 berichtete X._____, Physiotherapeutin, von stabil gebliebenen Beschwerden und gleich gebliebener Belastbarkeit (rechts) dank der Therapie und Übungen zu Hause (act. 91). - Am 5. April 2017 berichtete Y._____ der Akupunktur Klinik in Horst (NL), dass der Beschwerdeführer wegen Nacken-, Schulter- und Rückenbeschwerden monatlich bei ihnen in Behandlung sei. Die Behandlung lindere die Schmerzen jeweils nur für einige Tage (act. 92).

E. 7.4

Dr. med. Z._____, Fachärztin für allgemeine Medizin des RAD Rhone, hielt in ihrer Stellungnahme vom 8. Juni 2017 folgende Diagnosen fest (act. 96): - Hauptdiagnose: Multiple Beschwerden am Bewegungsapparat:- Schulter, Nacken, Rücken, Knie, Hüfte, - CTLWS 27.5.11: Discopathie L5/S1, keine Wurzelkoproression, keine Facettenarthrose- Anamnetisch Stand nach mehreren Knieoperationen inkl. Kreuzbandplastik: 2/3 RX Knie normal (keine Arthrose)- Anamnetisch Hüftdysplasie: RX Becken/Hüften 10/11: normal - Nebendiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:- Status nach chronischer Hepatitis C: ED 85, Genotyp 1a, 8/11: mässige Leberfibrose, 24.10.11 - 24.9.12: Ribavirin und Interferon (48 Wo geplant) Müdigkeit, Schwäche, Schlafstörungen, Pancytopenie, 10/12: Therapie abgeschlossen mit voller Remission und Normalisierung der Leberwerte Die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bestehe ab März 2013 zu 70 % und jene in einer angepassten Tätigkeit zu 0 %. Sie führte aus, noch heute würden die orthopädischen Befunde keine Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen. Obwohl der Versicherte massive Beschwerden beklage, sei in den vorliegenden ärztlichen Befunden immer wieder von normalen Befunden die Rede. Der Orthopäde könne sich die Beschwerden nicht erklären.

Ein Bericht eines Rheumatologen sei nicht vorgelegt worden. Die vom Beschwerdeführer immer wieder zitierten radiologischen Befunde der Wirbelsäule seien grösstenteils Normvarianten und ohne entsprechende klinische Befunde bedeutungslos. Eine VKB-Plastik nach VKB-Ruptur könne eine vorzeitige Gonarthrose verursachen nur sei das Rx Februar 2013 normal und für die Entstehung einer Arthrose brauche es Jahrzehnte. Der Spezialist berichte von einer praetherapeutisch mässigen Fibrose. Die Leberwerte hätten sich im Verlauf der Behandlung normalisiert. Die Hepatitis sei seit September 2012 geheilt. Angesichts des Regenerationspotentials der Leber sei von einer weitgehend normalen Leberfunktion auszugehen. Eine normale medikamentöse Therapie der Beschwerden sei durchaus möglich. Eine degenerative Komponente betreffend die Beschwerden am Bewegungsapparat sei aber sicher vorhanden. Eine körperliche schwere Tätigkeit wie Maler sei nicht mehr zumutbar, wohl aber angepasste Tätigkeiten.

E. 7.5

Es wurden in Rahmen des Vorbescheidverfahrens weitere Berichte eingeholt bzw. eingereicht: - SUVA-Akten (act. 112 - 113): Meldung des Auffahrunfalls vom 1. August 1998, bei welchem der Beschwerdeführer als Beifahrer eines Personenwagens eine Distorsion der Halswirbelsäule erlitt (act. 113, S. 62). Mit Zwischenbericht vom 23. Oktober 1998 diagnostizierte der damalige Hausarzt Dr. med. D._____ persistierende Kopfschmerzen seit dem Autounfall mit HWS-Distorsion und ein cervicobrachiales, thorakales und lumbales Schmerzsyndrom. Die Wiederaufnahme der Arbeit sei am 9. November 1998 vorgesehen (act. 113, S. 43). Am 30. November 1998 berichtete Dr. med. D._____, die anfänglich starken, vor allem belastungsabhängigen Kopfschmerzen hätten mit der 50 %-igen Arbeitsaufnahme am 23. November 1998 deutlich gebessert. Der Beschwerdeführer klage einzig noch über belastungsabhängige Schulterschmerzen rechts. Punkto HWS und LWS sei er weitgehend beschwerdefrei. Eine 100 %-ige Arbeitsaufnahme sei ab 14. Dezember 1998 vorgesehen (act. 113, S. 41). Mit ärztlichem Zwischenbericht vom 19. Januar 1999 teilte Dr. med. D._____ mit, dass der Heilungsverlauf protrahierend sei, mit wechselnder Symptomatik. Die lumbalen, thorakalen und cervikozephalen Schmerzen seien unterschiedlich stark ausgeprägt. Er verwies auf seinen Bericht vom 10. Januar 1999 an Dr. med. E._____ (vgl. E. 7.1, S. 12). Am 21. Juni 1999 berichtete Dr. med. E._____, von Seiten der HWS und der Schultergürtelproblematik ginge es deutlich besser und der Beschwerdeführer sei ab 29. April 1999 wieder voll arbeitsfähig (act. 113, S. 3). - Mit Schreiben vom 17. Juli 2017 hielt die Hausärztin Drs. M._____ fest, die Leberfunktionsstörung sei zwar nicht mehr vorhanden, aber der Beschwerdeführer sei weiterhin sehr müde und nicht arbeitsfähig. Seine Rückenbeschwerden würden mit Physiotherapie und Akkupunktur behandelt. Sie habe ihn nicht mehr zu einem Spezialisten geschickt, weil sie nicht daran glaube, dass ihr noch etwas geboten werden könne (act. 116). - Gemäss einem podologischen Bericht vom 20. Juli 2017 erhält der Beschwerdeführer Schuhsohlen mit dem Ziel, eine haltungskorrigierende Verbesserung zu bewirken (act. 117).

E. 7.6

Dr. med. Z._____, Fachärztin für allgemeine Medizin des RAD Rhone, hielt in ihrer Stellungnahme vom 5. Oktober 2017 ergänzend zur Stellungnahme vom 8. Juni 2017 fest, dass betreffend die Hauptdiagnose, die multiple Beschwerden am Bewegungsapparat, nur teilweise mit Befunden erklärbar seien (und fügte Folgendes hinzu: - 4/14: Schmerzen im Nacken, lumbal, Steifigkeitsgefühl Knie links, Schmerzen linkes Handgelenk). Als

Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt sie fest: Status nach Autounfall mit HWS-Distorsion 1.8.98: massiv chronifizierter Verlauf. Sie führte aus, die Rentenzusprache sei wegen den Nebenwirkungen der Therapie einer Hepatitis C erfolgt. Diese sei inzwischen abgeheilt und es seien keine fassbaren Folgeschäden dokumentiert. Das aktuell vorliegende Labor bezüglich der Leber sei völlig normal. Eine Arbeitsunfähigkeit während der Therapie und einer gewissen Erholungszeit danach sei sehr gut nachvollziehbar, inzwischen aber vorbei. Aus den nachgelieferten Unterlagen gehe vor allem eine Neigung zur Chronifizierung von Schmerzen hervor (vgl. Beschwerden und Arbeitsunfähigkeit nach einem Auffahrunfall über Monate [1.8.98 - 28.4.99]). Die Beschwerden seien teilweise mit degenerativen Veränderungen erklärbar, aber bei weitem nicht die beklagte Intensität der Beschwerden. Dementsprechend erfolge die Therapie auch nicht durch Orthopäden, sondern durch alternativmedizinische Behandlung wie Akkupunktur und Podologie (Schuheinlagen). Die nachvollziehbaren degenerativen Veränderungen seien bei der Beurteilung der Limitation für eine angepasste Tätigkeit berücksichtigt worden. Schlussendlich würden die Berichte nichts an der letzten Beurteilung ändern. Es würden keine Informationen betreffend einen Fallabschluss bei der SUVA vorliegen (act. 124).

E. 7.7

Nach Erlass der angefochtenen Verfügung wurden im vorliegenden Beschwerdeverfahren folgende Arztberichte vorgelegt: Am 15. Januar 2018 berichtete die Hausärztin Drs. M._____, der Beschwerdeführer leide aufgrund einer Discopathie C5-C6 und L4-L5 an Rückenschmerzen. Er sei in der Schmerzklinik des Krankenhauses Venlo in Behandlung und erhalte bald eine Nervenblockade lumbal. Gegenwärtig habe er auch eine Radikulopathie rechts, wofür er Pregabalin erhalte. Aufgrund der invalidisierenden Schmerzen funktioniere er schlecht. Es könne ihm nicht mehr viel geboten werden (BVGer-act. 1 Beilage 4).

E. 7.8

Dr. med. Aa_____, Facharzt für Anästhesiologie, spezielle Schmerztherapie und Intensivmedizin, hielt in seinem Schreiben vom 17. Januar 2018 fest, dass der Beschwerdeführer seit dem 29. August 2017 aufgrund einer chronischen Schmerzproblematik wegen einer degenerativen Veränderung der cervikalen und lumbalen Wirbelsäule in der Schmerzklinik des Krankenhauses VieCuriVenlo in Behandlung sei. Schon das MRT der cervikalen Wirbelsäule vom 3. August 2010 weise eine Discusverschmälerung mit reaktiver Endplattenveränderung sowie eine Spinalkanalstenose und paramediane rechts lokalisierte Hernie des Niveaus C5/C6 aus. In der lumbalen Wirbelsäule lasse sich eine Progredienz feststellen. Derzeit sei eine Discopathie der Niveaus L4-L5, L5-S1 mit Vakuumphänomen beschrieben. Diese degenerativen Veränderungen der sowohl cervikalen als auch lumbalen Wirbelsäule würden zu ausstrahlenden Schmerzen sowohl in das linke Bein, als auch in den rechten Arm, hier in die Finger I-V, führen. Zur Behandlung der lumbalen Schmerzen sei im September 2017 eine Wurzelblockade der sensorischen Wurzel L4 links, gemacht worden, die die Schmerzsymptomatik positiv beeinflusst habe (BVGer-act. 1 Beilage 3).

E. 7.9

Dr. med. Z._____, Fachärztin für allgemeine Medizin des RAD Rhone, hielt in ihrer Stellungnahme vom 11. Mai 2018 bezugnehmend auf die oben erwähnten ärztlichen

Berichte (E. 7.7 und 7.8) fest, diese würden keine neuen Informationen enthalten. Die degenerativen Veränderungen der HWS und LWS seien nur radiologisch beschrieben. Die einzige klinische Angabe, Schmerzen in den Fingern 1-5 des rechten Armes, widerspreche klar einer radikulären Symptomatik. Die Ausbreitung der Schmerzen müsste der radikulären Versorgung entsprechen (C5/6 würde höchstens den Daumen und den Zeigefinger betreffen). Röntgenbefunde allein seien kein Grund für eine Arbeitsunfähigkeit. Es brauche auch die entsprechende Klinik dazu. Im Bericht des Hausarztes werde nur bereits Bekanntes wiederholt. Sodann nahm sie Bezug auf die Stellungnahme von Dr. V. _____ von Dezember 2012 (Beilage zu BVGer-act. 11).

E. 7.10

Mit Stellungnahme vom 9. August 2018 zur Replik des Beschwerdeführers hielt Dr. med. Z. _____, Fachärztin für allgemeine Medizin des RAD Rhone, bezugnehmend auf die ärztlichen Berichte (BVGer-act. 13 Beilagen 6 - 9) fest: Die Laborwerte würden normale Leberwerte zeigen. Eine grenzwertig erniedrigte Folsäure könne problemlos mit einigen wenigen Tabletten wieder in den Normbereich gebracht werden. Eine leicht erhöhte Leukozytenzahl könne auf einen Infekt hinweisen. Je nach Natur des Infektes könne dieser zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit führen. Da aber die Leukozyten im Juli 2018 bei normalem C-reaktivem Protein (CRP) weiterhin erhöht seien, könne es auch völlig bedeutungslos sein (Stress, Nebenwirkung Medikamente, Rauchen). Eine Leukocytose an sich mache keine Symptome und verursache auch keine Arbeitsunfähigkeit (Beilage zu BVGer-act. 15).

E. 8.1

Mit Blick auf die medizinischen Akten ist vorab festzuhalten, dass die vom Beschwerdeführer nachgereichten fachärztlichen Berichte vom 15. und 17. Januar 2018 im vorliegenden Verfahren berücksichtigt werden können, da sich die genannten Ärzte nur zu Befunden im Beurteilungszeitraum äussern (vgl. E. 3.1 hiervor).

E. 8.2

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausgegangen ist, dass beim Beschwerdeführer keine anspruchsrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr vorliegt, beziehungsweise ob sich der medizinische Sachverhalt als genügend abgeklärt erweist.

E. 8.3.1

Die Vorinstanz geht gestützt auf die Stellungnahmen der RAD-Ärztin davon aus, dass der Beschwerdeführer vom Hepatitis-C-Virus geheilt sei und keine relevante Leberfunktionsstörung bestehe.

E. 8.3.2

Die Heilung vom Hepatitis-C-Virus wird vom Beschwerdeführer nicht bestritten und ist mit ärztlichem Bericht von Prof. Dr. U. _____, Fachärztin für Gastroenterologie, vom 31. März 2013 nachgewiesen (act. 93). Er brachte jedoch vor, er leide nach wie vor an einer relevanten Leberstörung. Bereits vor der für die Leber belastenden Therapie sei eine schwere Leberfibrose festgestellt worden. Die Beschwerden Appetitlosigkeit und Müdigkeit hätten bereits vor der Kur bestanden, so dass er seit August 2010 krankgeschrieben worden sei. Die Beschwerden hätten während der Behandlung stark zugenommen, seien aber danach nicht unter das Niveau vor der Kur zurückgegangen. Es

werde auch bestritten, dass keine Folgeschäden der Hepatitis-C-Therapie vorhanden seien. Aufgrund der regelmässigen Auswertungen der Blutwerte sei dokumentiert, dass die Leukozytenwerte, welche Normalwerte zwischen 3.8 bis 11.0 aufweisen sollten, höher ausgefallen seien (10.8 - 16.1). Diese hohen Werte stünden in direktem Zusammenhang mit, resp. seien die Folge der Leberstörung, resp. der Hepatitis. Weitere Blutwerte würden ebenfalls über den Normalwerten liegen. Des Weiteren sei auf die ebenfalls dokumentierte Hepatitis A und B hinzuweisen, welche jedoch nicht weiter abgeklärt worden sei.

E. 8.3.3

Drs. O._____ und Dr. P._____, Facharzt für Gastroenterologie, diagnostizierten am 22. September 2011 eine schwere Fibrose. Weiter hinten in ihrem Bericht ist von einer geringfügigen bis mässigen Fibrose die Rede (act. 64, 65 und 66). Am 23. September 2011 diagnostizierten dieselben Fachärzte eine mässige bis schwere Leberfibrose (act. 63). Dem aktuellsten Bericht von Prof. Dr. U._____, Fachärztin für Gastroenterologie, vom 31. März 2013, kann entnommen werden, dass das Leberbiopsie eine mässige Leberfibrose gezeigt habe. Beim letzten Kontrolltermin habe in der Blutuntersuchung eine ernsthafte Leukozytose ohne unreife Zellen in der automatischen Differenzierung sowie vor allem eine Neutrophilie vorgelegen (act. 93). Gestützt auf diesen Bericht schlussfolgerte die RAD-Ärztin, Fachärztin für Allgemeine Medizin, in ihrer Stellungnahme vom 8. Juni 2017, dass angesichts des Regenerationspotentials der Leber von einer weitgehend normalen Leberfunktion auszugehen sei. Eine leicht erhöhte Leukozytenzahl könne auf einen Infekt hinweisen und eine Leukocytose an sich mache keine Symptome und verursache auch keine Arbeitsunfähigkeit.

E. 8.3.4

Die Behandlungsberichte der Fachärzte äussern sich nicht ausführlich zur Entwicklung der Leberfibrose und enthalten keinen ausdrücklichen Vergleich zwischen den früheren und aktuellen Verhältnissen. Des Weiteren fehlt es den vorhandenen Berichten an einer fachärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Zudem blieben in der angefochtenen Verfügung die Hepatitis A und B, welche gemäss Laborbericht bereits am 30. Oktober 2014 und 9. November 2015 nachwiesen wurden (vgl. BVGer-act. 13 Beilage 9), vollkommen unerwähnt.

E. 8.4.1

Die Vorinstanz hielt des Weiteren fest, dass verschiedene Beschwerden am Bewegungsapparat bestünden. Diese Beschwerden und die effektiven Befunde würden jedoch massiv divergieren. Auf Vernehmlassungsebene wurde eine degenerative Komponente bejaht.

E. 8.4.2

Der Beschwerdeführer machte geltend, er habe eine Hüftdysplasie, Rücken-, Nacken- und Knieprobleme, rheumatische sowie invalidierende Beschwerden, ausstrahlend in beide Beine und den rechten Arm, sowie sämtliche Finger. Bereits im Jahr 2010 seien eine Bandscheibenverschmälerung mit einer reaktiven Endplattenveränderung sowie eine Wirbelkanalverengung, eine Hernie und eine Bandscheibenerkrankung festgestellt worden. Im Jahr 2012 hätten die behandelnden Ärzte explizit festgehalten, dass die lokomotorischen Beschwerden weiterbestehen würden. Die Behandlung der lumbalen Schmerzen würden durch die Therapieform der Wurzelblockade sowie einer starken Medikamentierung erfolgen. Diese Medikamente (insb. Pregabalin) würden u.a. Müdigkeit und Schwindel

verursachen. Die rheumatischen Beschwerden seien durch die Therapie der Hepatitis C erst entstanden, eventualiter derart verstärkt worden.

E. 8.4.3

Insoweit die Vorinstanz vorbringt, die Beschwerden und die effektiven Befunde würden massiv divergieren, kann festgehalten werden, dass eine unbewusste Tendenz zur Schmerzausweitung und -verdeutlichung das Wesen von Schmerzstörungen und vergleichbaren Leiden gerade mitprägt (vgl. Urteil des BGer 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.1).

E. 8.4.4

Die RAD-Ärztin hielt in ihrer Stellungnahme vom 8. Juni 2017 (act. 96) fest, ein Bericht eines Rheumatologen sei nicht vorgelegt worden. In ihren nachfolgenden Stellungnahmen erwähnt sie dies nicht mehr. Somit fehlt es vorliegend bereits an einem lückenlosen Befund (vgl. Urteil des BGer 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3.1.). In ihrer Stellungnahme vom 5. Oktober 2017 führte die RAD-Ärztin aus, die multiplen Beschwerden seien nur teilweise mit Befunden erklärbar (act. 124). In den Akten finden sich jedoch mehrere ärztliche Berichte, welche Beschwerden am Bewegungsapparat diagnostizierten. So hielt Dr. med. D._____, Facharzt für Innere Medizin, bereits im Januar 1999 u.a. eine Halswirbelsäulen-Distorsion und panwertebrale Schmerzen fest (act. 18). Dr. med. E._____, Fachärztin für Innere Medizin, spez. Rheumaerkrankungen, diagnostizierte am 5. Februar 1999 ein zervikospondylogenes und thorakospondylogenes Syndrom bei Status nach Halswirbelsäulen-Distorsion 1999 und als Nebendiagnose unter anderem lumbovertbrale Schmerzepisoden bei Chondrose L4/5 (act. 19). Dr. G._____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte am 14. September 2010 radikuläre Beschwerden rechts, cervical (act. 60). Dr. I._____, Facharzt für Neurochirurgie, stellte am 12. Juli 2011 mechanische Schmerzen im unteren Rückenbereich fest (act. 50). Drs. R._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, berichtete am 19. Oktober 2011, dass die Beschwerden zu einer pseudoradikulären Komponente vom unteren Rückenbereich ohne nachweisliche Hüftpathologie aus passen würden (act. 54). Am 19. Januar 2012 diagnostizierte derselbe Facharzt A-spezifische Rückenbeschwerden im unteren Rückenbereich (act. 52). Dr. L._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, diagnostizierte gleichentags ein chronisches Impingement-Syndrom (act. 55). Auch diese medizinischen Untersuchungsberichte geben zur Entwicklung der bestehenden Leiden am Bewegungsapparat des Beschwerdeführers bis zum Verfügungszeitpunkt keine Auskunft. Vielmehr wird darin vorwiegend der jeweils gegenwärtige Gesundheitszustand beschrieben und analysiert. Des Weiteren fehlt es den vorhandenen Berichten an einer fachärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sowie einer Umschreibung des funktionellen Leistungsvermögens des Beschwerdeführers. Bei Gesundheitsschäden im Bereich der Orthopädie ist eine Diagnose des Funktionsausfalles (Funktionsdiagnose), d.h. eine qualitative und quantitative Analyse der Funktionsstörung des Bewegungsapparates und seiner Folgen für die versicherte Person von zentraler Bedeutung (vgl. Urteil des BGer 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.2.2).

E. 8.5

Am 5. Oktober 2017 stellte die RAD-Ärztin als Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Neigung zur Chronifizierung von Schmerzen fest, welche auf den Autounfall mit der Halswirbel-Distorsion zurückzuführen sei (act. 124). Den Akten können

Berichte entnommen werden, in welchen sich die Ärzte dahingehend äusserten, dass sie sich die Beschwerden des Versicherten nicht hätten erklären können oder keine eindeutige Diagnose hätten stellen können (Bericht von Dr. H._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, vom 27. April 2011 [act. 59], Dr. med. L._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, vom 11. und 15. Mai 2011 [act. 56 und 57], Drs. W._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, vom 22. Februar 2013 [act. 94]). Dies könnte auf eine somatoforme Schmerzstörung hinweisen. Die Hausärztin Drs. M._____ gab in ihrem Bericht vom 15. Januar 2018 an, der Beschwerdeführer sei in einer Schmerzlinik in Behandlung. Es könne ihm nicht mehr viel geboten werden (BVGer-act. 1 Beilage 4). Die RAD-Ärztin führte in ihrer Stellungnahme vom 11. Mai 2018 aus, die geltend gemachten Schmerzen in den Fingern 1-5 des rechten Armes würden klar einer radikulären Symptomatik widersprechen. Die Ausbreitung der Schmerzen müsse der radikulären Versorgung entsprechen. C5/6 würde höchstens den Daumen und den Zeigefinger betreffen. Trotz dieses Widerspruchs und den Aussagen der Fachärzte hat es die Vorinstanz unterlassen, weiter abklären zu lassen, ob es sich bei den geltend gemachten Beschwerden allenfalls um eine somatoforme Schmerzstörung handeln könnte.

E. 8.6

In der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen der RAD-Ärztin bestehen somit Zweifel. Ein Vergleich des Gesundheitszustandes im Ausgangs- und im Vergleichszeitpunkt ist mit den vorhandenen Akten daher nicht möglich.

E. 8.7

Beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen, wie vorliegend, ist eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen und der Grad der Arbeitsfähigkeit jeweils aufgrund einer sämtliche Behinderungen umfassenden fachärztlichen Gesamtbeurteilung zu bestimmen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 850/02 vom 3. März 2003 E. 6.4.1). Die aktenkundigen fachärztlichen Berichte beinhalten aber keine solche Gesamtbeurteilung.

E. 8.8

Unter diesen Umständen hätte sich die Vorinstanz nicht mit den RAD-Aktenberichten begnügen dürfen, sondern hätte ein polydisziplinäres Gutachten veranlassen müssen. Indem sie dies unterliess und damit den medizinischen Sachverhalt nicht hinreichend abklärte, verletzte sie Bundesrecht.

E. 9.1

Mangels einer zuverlässigen medizinischen Entscheidungsgrundlage ist es vorliegend nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob die Aufhebung der Invalidenrente zu Recht erfolgt ist. Bei dieser Sachlage kann nicht auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden. In Gutheissung des Antrags des Beschwerdeführers ist die Sache daher an die Vorinstanz zurückzuweisen.

E. 9.2

Angezeigt ist eine Begutachtung in den Fachdisziplinen Gastroenterologie, Orthopädie, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemessenen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten

Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1).

E. 9.3

Mit der interdisziplinären Begutachtung kann, sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1; Urteil des BVGer C-2713/2015 vom 13. Oktober 2016 E. 5.1). Die gutachterliche Beurteilung der allenfalls psychischen Leiden des Beschwerdeführers und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat dabei in Anwendung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu erfolgen, wobei unter dem Indikator Komorbidität im Sinne einer Gesamtbetrachtung auch allfällige im konkreten Fall ressourcenhemmende Wechselwirkungen der verschiedenen Störungen zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 418 E. 6 ff.; BGE 141 V 281 E. 3.6 ff.; Urteil des BGer 9C_21/2017 E. 5.2.1). Weiter hat das polydisziplinäre Gutachten die Anforderungen an ein Revisionsgutachten zu erfüllen und insbesondere einen Zustandsvergleich zu enthalten.

E. 9.3.1

Betreffend den zu beurteilenden Zeitraum haben die Gutachter sinnvollerweise die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bis zum Zeitpunkt der Begutachtung miteinzubeziehen. Folglich haben sie auch die im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten Arztberichte von Dr. med. Aa _____ vom 17. Januar 2018 und von Drs. M. _____ vom 15. Januar 2018 (BVGer-act. 1 Beilagen 3 und 4) zu würdigen. 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 139 V 349 E. 3.2 f.).

E. 9.3.2

Um eine vollständige und umfassende Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu ermöglichen, ist die Durchführung der interdisziplinären medizinischen Begutachtung in der Schweiz unumgänglich, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (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 m.H. auf C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Gründe, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen, sind vorliegend keine ersichtlich. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (BGE 139 V 349 E. 5.2.1), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt

E. 10

Nach neuer Ermittlung des vollständigen medizinischen Sachverhalts hat die Vorinstanz auch einen neuen Einkommensvergleich durchzuführen und abzuklären, ob und in welchem Ausmass der Beschwerdeführer zufolge seines Gesundheitszustandes auf dem ihm nach seinen Fähigkeiten noch offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch erwerbstätig sein könnte (Urteil des BGer 9C_921/2009 vom 22. Juni 2010, E. 5.3). Dabei ist zu berücksichtigen, dass an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen sind (Urteile

des BGer 9C_744/2008 vom 19. November 2008 E. 3.2 und 9C_236/2008 vom 4. August 2008 E. 4.2; Urteil des EVG I 349/01 vom 3. Dezember 2003 E. 6.1) und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person nach der Tätigkeit zu beurteilen ist, die sie - im Rahmen der Schadenminderungspflicht (vgl. Art. 21 Abs. 4 ATSG) - nach ihren persönlichen Verhältnissen und gegebenenfalls nach einer gewissen Anpassungszeit bei gutem Willen ausüben könnte (Urteil des BVer C-4315/2009 vom 22. August 2011 E. 5.2 m.H.).

E. 11

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Vorinstanz unterliess, eine umfassende medizinische Abklärung zu veranlassen. Die Beschwerde ist daher gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 3. Januar 2018 aufzuheben und die Sache, zur umfassenden Prüfung des Leistungsanspruchs in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht an die Vorinstanz zurückzuweisen.

E. 12

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 12.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6), so dass dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der Vorinstanz sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 805.50 ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 12.2

Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz (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]). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen, [infolge ausländischen Wohnsitzes des Mandanten aber] ohne Mehrwertsteuer) gerechtfertigt (Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE). (Dispositiv nächste Seite)

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