

BVGer C-608/2019 vom 17. September 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-09-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-608_2019

FR: TAF C-608/2019 du 17 septembre 2020

IT: TAF C-608/2019 del 17 settembre 2020

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (BVGer-act. 4), ist auf die innert Frist (Zustellung der Verfügung am 20. Dezember 2018, vgl. BVGer-act. 7; Fristenstillstand vom 18. Dezember bis und mit 2. Januar, vgl. Art. 22a Abs. 1 lit. c VwVG) und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 Abs. 1 ATSG und Art. 60 Abs. 2 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 Bst. c ATSG; Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet einzig die Verfügung vom 5. Dezember 2018, mit welcher die Vorinstanz die ganze Rente des Beschwerdeführers per 1. Februar 2019 aufgehoben hat. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Vorinstanz die bisher ausgerichtete Rente des Beschwerdeführers zu Recht aufgehoben hat.

E. 3.1

Der Beschwerdeführer besitzt die italienische Staatsangehörigkeit und wohnt in Italien. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung (BGE 138 V 533 E. 2.1). Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII

der Verordnung (EG) Nr. 883/2004).

E. 3.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 5. Dezember 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. 4.1

Die Vorinstanz ist gemäss Begründung der angefochtenen Verfügung vom 5. Dezember 2018 von einer erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers und damit von einem Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG ausgegangen.

E. 4.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt nach der Rechtsprechung jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 343 E. 3.5). Eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes stellt dagegen praxismässig keine revisionsbegründende Änderung dar (BGE 112 V 372 E. 2b; Urteil des BGer 8C_373/2012 vom 25. Oktober 2012). Liegt ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 m.H.). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGer 9C_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 m.H.). Vorbehalten bleiben als mögliche Rückkommenstitel insbesondere die Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) und die prozessuale Revision (Art. 53 Abs. 1 ATSG; vgl. Urteil des BGer 9C_417/2017 vom 19. April 2018 E. 2.4).

E. 4.3

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

E. 4.4

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

in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

E. 4.5

Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht. Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. 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 Gesundheitszustands stattgefunden hat. Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrads der Störungen geführt haben (Urteile des BGer 8C_170/2017 vom 13. Oktober 2017 E. 5.2 m.H.; 9C_143/2017 vom 7. Juni 2017 E. 4.1).

E. 4.6

Als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte Beurteilung (rechtskräftige Verfügung), welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und - bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens - Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4; Urteile des BGer I 803/06 vom 21. Februar 2007 E. 4.1; 9C_555/2012 vom 25. Juli 2013 E. 4.1). Vorliegend ist die Verfügung vom 14. November 2016 als Vergleichsbasis heranzuziehen. Mit dieser Verfügung wurde gestützt auf die Aktenbeurteilung des RAD vom 6. Juli 2016, wonach in der bisherigen Tätigkeit als Liegenschaftspfleger bzw. Hilfsabwart sowie in einer angepassten Tätigkeit eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (act. 125), eine ganze IV-Rente mit Wirkung ab 1. Mai 2016 zugesprochen (act. 141).

E. 4.7

Bis zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 14. November 2016 liegen insbesondere folgende medizinischen Unterlagen vor:

E. 4.7.1

Gestützt auf den Bericht von Dr. med. G._____, Facharzt für Innere Medizin, spez. Rheumaerkrankungen, vom 28. März 2008 (act. 29), den RAD-Untersuchungsbericht von Dr. med. H._____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 6. April 2010 (act. 63, S. 160 ff.) sowie den CT-Befund der LWS L3 bis S1 vom 4. Februar 2010 (act. 62) gab RAD-Arzt Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, in seinem Schlussbericht vom 20. April 2010 folgende Diagnosen an: chronisches lumbospondylogenes Syndrom linksbetont bei Wirbelfehlhaltung/-Fehlform, bei muskulären Verkürzungen und Verspannungen, bei Osteochondrose und Spondylarthrose L5/S1 sowie bei median bis paramedian linker Diskushernie L5/S1. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Steward ab 14. Mai 2007. In einer angepassten Tätigkeit bestehe ab dem 28. März 2008 eine 50%ige und ab dem 1. Juli 2008 keine Arbeitsunfähigkeit mehr (act. 63, S. 157 ff.).

E. 4.7.2

Gemäss den medizinischen Dokumentationen aus dem Jahr 2015 kam es am 2. Mai 2015 zu einem Ereignis, bei welchem der Beschwerdeführer bei der Gartenarbeit mit einem Trimmgerät/Rasenmäher an den Unterschenkeln von Kieselsteinen getroffen wurde, was zu kleinen Läsionen führte, welche nicht mehr abheilten (vgl. Unterlagen der Krankentaggeldversicherung, act. 202, S. 702, S. 735 f.). Es folgte vom 18. bis 22. Mai 2015 eine Hospitalisation im Spital J._____, wo der Beschwerdeführer aufgrund der Befunde dermale Nekrose praetibial rechter Unterschenkel (ca. 20x20cm) und lateraler linker Unterschenkel (5x5cm) operativ behandelt wurde (act. 107, S. 265). Im Austrittsbericht von Dr. med. K._____, Spital J._____, vom 19. Mai 2015 wurde als Hauptdiagnose der dringende Verdacht auf Pyoderma gangraenosum bei Diabetes mellitus Typ II, ED 2008, unter "OAD", angegeben. Als Nebendiagnosen wurden folgende erwähnt: Hypercholesterinämie, lumbale OP (L5-S1; 2013) und Leistenhernien-OP (2013). In der Beurteilung hielt Dr. K._____ fest, dass der initiale Verdacht eines Pyoderma gangraenosum durch den zugezogenen Dermatologen klinisch bestätigt worden sei (act. 107, S. 257 und S. 264). Im Histologiebericht des Spitals J._____ vom 29. Mai 2015 wurde als Diagnose eine kutane phlegmonöse Ulcera mit wahrscheinlich thrombosierender Vaskulopathie angegeben und die Empfehlung für eine hochdosierte Steroidtherapie und immunsuppressive Therapie ausgesprochen (act. 107, S. 265 f.). Vom 23. Mai bis 3. Juni 2015 war der Beschwerdeführer stationär im Spital in (...), wo zahlreiche Untersuchungen durchgeführt wurden (vgl. insb. Koloskopie mit normalem Befund, act. 107, S. 260; Ultraschall des Bauchraumes mit dem Befund Fettleber, act. 107, S. 259).

E. 4.7.3

Die RAD-Ärzte Dr. med. L._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, und Dr. I._____ gaben in ihrer Stellungnahme vom 24. Juni 2015 folgende provisorische Diagnosen an: (1) Pyoderma gangraenosum, (2) Status nach Exzision, Debridement am 18. Mai 2015, (3) Hepatosteatose, (4) Diabetes mellitus Typ II, ED 2008, (5) Status nach lumbaler OP L5/S1 und Status nach Leistenhernien-OP 2013 (act. 108). In der Beurteilung hielten sie fest, dass seit der letzten Überprüfung eine

Leistenhernien-OP und eine Bandscheiben-OP durchgeführt worden seien, was aber nicht rentenrelevant sein dürfte. Des Weiteren sei im Mai 2015 ein Pyoderma gangraenosum (Hauterkrankung mit Geschwulstbildung) aufgetreten. Bei komplikationslosem Verlauf könne davon ausgegangen werden, dass in absehbarer Zeit wieder eine Arbeitsfähigkeit bestehe (act. 108).

E. 4.7.4

Im Bericht vom 2. September 2015 der Klinik M. _____ in (...), Abteilung Rheumatologie, gab Dr. med. N. _____ an, dass diagnostisch ein Pyoderma gangraenosum und ein Pemphigoid am Auge (Lichtempfindlichkeit, Visusminderung und Augenschmerzen) vorlägen. Unter Berücksichtigung des Hautbildes, der positiven Befunde von c-ANCA und fäkalem Calprotectin sowie der angegebenen gastrointestinalen Symptome (abdominale Schmerzen, häufiger Durchfall und Blut im Stuhl) sei - trotz negativem Koloskopiebefund - eine entzündliche intestinale Erkrankung wahrscheinlicher als eine Vaskulitis. Es werde ein hochauflösendes CT des Thorax sowie eine gastroenterologische Untersuchung empfohlen. Derzeit sei die Steroidtherapie fortzusetzen (act. 115, S. 281 f.).

E. 4.7.5

Im Bericht vom 15. Dezember 2015 gab der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. O. _____, folgende Diagnosen an: bullöses Pemphigoid an den Beinen mit geschwürbildenden Läsionen seit Mai 2015 sowie Diabetes mellitus seit 2011. Seit Mai 2015 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres. Die Prognose sei ungewiss (act. 114, 115).

E. 4.7.6

Im Bericht der Klinik M. _____ in (...), Abteilung Rheumatologie, vom 26. Februar 2016 hielt Dr. med. P. _____ fest, dass kürzlich ein Eingriff am rechten Auge wegen perforierender Skleromalazie erfolgt sei (Reparatur des Staphyloms der Lederhaut mit Gewebetransplantation). Bei der gastroenterologischen Untersuchung vom 17. Dezember 2015 habe eine entzündliche Darmerkrankung ausgeschlossen werden können. Das Pyoderma gangraenosum gelte als ausgeheilt und die Steroidtherapie werde reduziert. Bei bestehendem Verdacht auf systemische Vaskulitis werde eine Therapie mit Methotrexat eingeleitet, obwohl die Kriterien für assoziierte c-ANCA-Vaskulitis nicht vollständig erfüllt seien. Es seien eine augenärztliche Folgeuntersuchung sowie eine gastroenterologische Nachuntersuchung notwendig (act. 117).

E. 4.7.7

In ihrer Stellungnahme vom 29. Februar 2016 gaben die RAD-Ärzte Dres. L. _____ und I. _____ unter Berücksichtigung der neu vorliegenden Berichte folgende provisorische Diagnosen an: Pyoderma gangraenosum, bullöses Pemphigoid, Status nach OP bei perforierender Skleromalazie rechtes Auge und Status nach DH OP L5/S1 2012. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führten sie den Status nach Leistenhernien-OP 2013, Diabetes mellitus und Hepatosteatosis an. In der Beurteilung hielten sie fest, dass unter entsprechender Therapie eine Besserung der Läsionen an den unteren Extremitäten habe erzielt werden können, eine Arbeitsfähigkeit bestehe laut Arztbericht aber nicht. Die immer wieder auftretenden Durchfallerkrankungen seien noch in Abklärung. Die im Jahr 2012 durchgeführte Bandscheiben-OP dürfte zu einer zeitweisen Arbeitsunfähigkeit von ca. 3 - 4 Monaten geführt haben. Dokumentationen hierzu lägen

aber nicht vor (act. 116).

E. 4.7.8

In seinem Verlaufsbericht vom 11. Juni 2016 attestierte Dr. O. _____ dem Beschwerdeführer weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Es bestünden Schmerzen und funktionelle Einschränkungen der Beine (Unfähigkeit zum aufrechten Stehen sowie Gehunfähigkeit) sowie eine allgemeine Asthenie (act. 122, 123). Dr. O. _____ legte einen Bericht der Klinik M. _____ in (...) betreffend eine rheumatologische Kontrolluntersuchung vom 1. Juni 2016 bei. Darin wurden folgende Diagnosen angegeben: Pyoderma gangraenosum/Pemphigus und c-ANCA-Positivität mit niedrigem Titer. Es wurde festgehalten, dass sich bei der augenärztlichen Nachuntersuchung Anfang Mai eine weitere Verschlechterung gezeigt habe. Der Beschwerdeführer klagt gegenwärtig über deutliche Schmerzen im rechten Auge und über seit einigen Tagen bestehenden wechselnden Stuhlgang. Es werde eine gastroenterologische Nachuntersuchung empfohlen bei Verdacht auf "IBD" (chronische entzündliche Darmerkrankung; act. 123, S. 312 ff.).

E. 4.7.9

In seinem Schlussbericht vom 6. Juli 2016 gab RAD-Arzt Dr. L. _____ gestützt auf die vorliegenden Berichte folgende Hauptdiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit an: (1) c-ANCA assoziierte Vaskulitis (Wegener Granulomatose), (2) bullöses Pemphigoid und (3) Pyoderma gangraenosum. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehe die Diagnose Diabetes mellitus. In der Beurteilung hielt er fest, dass beim Beschwerdeführer derzeit erhebliche Funktionseinschränkungen der unteren Extremitäten vorlägen. Der aufrechte Gang sei derzeit stark eingeschränkt, ebenso wie das Allgemeinbefinden. In diesem Zustand sei der Beschwerdeführer derzeit nicht arbeitsfähig. Es bestehe sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Liegenschaftspfleger als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab Mai 2015. In der angestammten Tätigkeit bestehe bereits seit 2007 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. 125).

E. 4.7.10

Entlassungsbericht der Klinik M. _____ in (...), Abteilung Rheumatologie, vom 7. Juli 2016 betreffend den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 27. Juni bis 7. Juli 2016. Es wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer wegen anhaltender Sehstörungen und temporalen Kopfschmerzen eingewiesen worden sei. Vorausgegangen sei ein Pyoderma gangraenosum bei Verdacht auf assoziierte ANCA-Vaskulitis. Nach Durchführung diverser Untersuchungen (blutchemische Untersuchungen, bildgebende Untersuchungen, augenärztliche, gastroenterologische und HNO-Untersuchung) wurden folgende Entlassungsbefunde genannt: c-ANCA positiv und Schrumpfung des Hornhautpatches wegen Skleromalacia perforans. Es wurde festgehalten, dass es zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Anzeichen gebe, die auf das Vorhandensein einer systemischen Vaskulitis schliessen liessen. Die Skleromalacia perforans bleibe theoretisch die einzige Erscheinung, die potentiell einer solchen Problematik zuzuschreiben wäre. Empfohlen würden regelmässige rheumatologische Folgeuntersuchungen sowie die Fortführung der Therapie mit Methotrexat (act. 203, S. 717 ff.). Ausserdem wurde gemäss gastroenterologischem Konsil eine Gastroskopie mit duodenaler Biopsie zur Suche nach Anti-Endomysium empfohlen (act. 203, S. 719).

E. 4.7.11

Bericht von Dr. med. Q._____, Arzt für Allgemeinmedizin, vom 19. August 2016 betreffend die am 16. August 2016 im Auftrag der zuständigen Krankentaggeldversicherung durchgeführte vertrauensärztliche Untersuchung. Dr. Q._____ hielt fest, dass sich im Vergleich zu den vorangegangenen Monaten ein insgesamt besseres Bild zeige, zumindest bezüglich der Hautproblematik mit der gegenwärtigen immunsuppressiven und Steroidtherapie. Die chirurgisch-dermatologische Behandlung der Hautveränderungen habe die Behebung der prätibialen Schäden beidseits ermöglicht. Anamnestisch sei der Diabetes mellitus mit der gegenwärtigen Therapie zufriedenstellend eingestellt. Im Jahr 2012 sei ein Eingriff wegen eines Lenden-Bandscheibenvorfalles L5-S1 erfolgt mit hervorragendem funktionellem Resultat. In der bisherigen Tätigkeit als "Gärtner/Mädchen für alles mit Reinigungsarbeiten" sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig, voraussichtlich definitiv. Doch für eine leichte und angemessene Tätigkeit mit regelmässigen Arbeitszeiten, vorwiegend im Sitzen, in sauberer Umgebung, die nicht gefährlich sei und für die keine Notwendigkeit für binokulares Sehen bestehe, sollte mindestens ab 1. September 2016 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit gegeben sein (act. 203, S. 710 f.).

E. 4.8

Im Zeitraum nach Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 14. November 2016 bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen rentenaufhebenden Verfügung vom 5. Dezember 2018 liegen im Wesentlichen folgende Berichte bei den Akten:

E. 4.8.1

Im Bericht der Klinik M._____ in (...), Abteilung Rheumatologie, vom 13. Februar 2017 hielt Dr. med. R._____ fest, dass der Beschwerdeführer über Blutstuhl seit Januar klage, verbunden mit täglichen Bauchkrämpfen und Verstopfung. Zudem bestehe ein Gewichtsverlust von ca. 5 kg innerhalb eines Monats. Die gastroenterologische Nachuntersuchung habe noch nicht stattgefunden. Aufgrund der berichteten geringen Kontrolle der Blutwerte sei eine Nachuntersuchung der Insulintherapie mit dem Diabetologen notwendig. Bei der allgemeinen Untersuchung zeigten sich Narben des Pyoderma gangraenosum. Im Weiteren klage der Beschwerdeführer seit einiger Zeit über Parästhesie der Beine, sodass ein Elektromyogramm sinnvoll sei (Verdacht auf diabetische Neuropathie). Im Übrigen sei die medikamentöse Therapie (Steroide [mit reduzierter Dosis auf augenärztliche Empfehlung] und Methotrexat) fortzuführen (act. 144, S. 371 ff.).

E. 4.8.2

Ärztlicher Bericht der Dres. med. S._____ und T._____ (Facharztqualifikationen unbekannt) vom 28./29. März 2017 zuhanden der italienischen Sozialversicherung (Formular E213 IT): Als Diagnosen/diagnostische Befunde wurden folgende angegeben: (1) insulinabhängiger Diabetes mellitus, ungenügend therapiert, (2) systemische Vaskulitis mit Kortison- und immunsuppressiver Therapie, (3) Narben an den unteren Gliedmassen in Folge von Pyoderma gangraenosum, (4) Folgen von Skleromalacia am rechten Auge, behandelt mit skleraler Plastik, Visus rechtes Auge 10/10, linkes Auge 10/10, und (5) Folgen von Eingriff an der Lendenwirbelsäule. Es wurde festgehalten, dass die Funktionseinschränkungen moderat seien und der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit arbeitsfähig sei. Die Arbeitsleistung sei herabgesetzt, weil die Gebrauchsfähigkeit der Sinnesorgane, der Hände, usw. eingeschränkt sei (act. 144, S. 374 ff.)

E. 4.8.3

Im Verlaufsbericht vom 10. November 2017 gab Dr. O. _____ an, der Beschwerdeführer sei aufgrund der Steifheit, Schmerzen und reduzierten Sehfähigkeit weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Es bestehe eine chronische Pathologie mit unbestimmter Prognose (act. 151, 152).

E. 4.8.4

Augenärztlicher Bericht von Dr. med. U. _____ vom 19. Juni 2018 (Datum letzte Kontrolle) zuhanden der IV-Stelle D. _____: Als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gab sie eine Skleromalacia am rechten Auge an und hielt fest, dass die Augensituation stabil und der Hornhaut-Patch in situ sei. Betreffend Arbeitsfähigkeit sei die Ausübung der bisherigen Tätigkeit nicht mehr möglich. Arbeiten in staubiger Umgebung oder mit erdigem Material (Erhöhung des Endophthalmitis-Risikos) sowie mit Anstrengungen und Druckerhöhung auf Kopfniveau verbundene Tätigkeiten (mögliches Nachgeben des Patches mit Augapfelperforation) dürften nicht ausgeübt werden. Hinsichtlich des zumutbaren zeitlichen Umfangs einer leidensangepassten Tätigkeit bedürfe es der Beurteilung durch einen Facharzt für Arbeitsmedizin (act. 158).

E. 4.8.5

Rheumatologischer Bericht von Dr. R. _____, Klinik M. _____ in (...), Abteilung Rheumatologie, vom 18. Juni 2018 zuhanden der IV-Stelle D. _____. Es wurden folgende Diagnosen/Befunde angegeben: (1) c-ANCA+, (2) früher Pyoderma gangraenosum, (3) Durchfall mit anhaltender Blutung, (4) Skleromalacia perforans und (4) Verdacht auf Granulomatose mit Polyangiitis, in Prüfung. Dr. R. _____ hielt fest, dass gegenwärtig eine gute klinische Kontrolle der Rheumaerkrankung mit Erhöhung der Transaminasen, wahrscheinlich pharmakogen, bestehe. Das Krankheitsbild sei stationär. Er wies darauf hin, dass eine Beurteilung des Beschwerdeführers durch einen Facharzt für Arbeitsmedizin notwendig sei (act. 159).

E. 4.8.6

In seiner Stellungnahme vom 4. Juli 2018 gab RAD-Arzt Dr. L. _____ folgende provisorische Diagnosen an: (1) Perforierende Skleromalazie (Status nach OP), (2) Wegener Granulomatose, (3) Status nach DH OP L5/S1 2012 und (4) Status nach Pyoderma gangraenosum. In der Beurteilung hielt Dr. L. _____ fest, dass die Berichte der Dres. U. _____ und R. _____ eine Besserung des Krankheitsbildes vermuten liessen, allerdings seien die Angaben für eine endgültige Beurteilung zu dürftig. Mittels Anfrage an die behandelnden Ärzte sei zu klären, wie der klinische Verlauf sei, ob das Pyoderma gangraenosum noch bestehe und wie die Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit eingeschätzt werde. Zudem solle der Beschwerdeführer für eine Untersuchung beim RAD einbestellt werden (act. 161).

E. 4.8.7

Im RAD-Untersuchungsbericht vom 27. August 2018 gab die untersuchende Ärztin Dr. med. V. _____, Fachärztin für Innere Medizin, folgende Diagnosen an: (1) Granulomatöse Polyangiitis (M. Wegener), c-ANCA positiv M31.3: Methotrexat ab 2.2016, Pyoderma gangraenosa Unterschenkel beidseits 5.2015 (DD: cutane Manifestation Grunderkrankung), rückläufig unter systemischen Steroiden, persistierende Narbenbildung, perforierende Skleromalazie Auge rechts, Status nach Corneatransplantation 2.2016, Visus

rechts 0.8, links 1.0; Verdacht auf Gesichtsfeldeinschränkung Quadrant rechts aussen, rückläufig unter lokalen Steroiden, Nierenfunktion Clearance gem UL 91 ml/min 7.2018, Verdacht auf periphere Neuropathie US beidseits mit Dysästhesie und vermindertem Vibrationssinn, (2) Diabetes mellitus II: insulinpflichtig unter Kortikosteroiden, HbA1c 9.2% 7.2018, (3) Status nach Bandscheibenoperation 2012 lumbal, (4) Status nach Inguinalhernienoperation und (5) Status nach Zirkumcision (act. 166). Zur Beurteilung hielt Dr. V._____ fest, dass der Beschwerdeführer neben einer degenerativen und operativ behandelten Wirbelsäulenpathologie an einer Autoimmunerkrankung mit bei ihm vorwiegend Manifestationen an der Haut und am rechten Auge leide. Er sei immunsuppressiv therapiert und der Zustand sei bislang stabil. Im Vergleich zu 2015 hätten die ausgedehnten Defekte im Unterschenkelbereich gedeckt werden können. Das Gewebe sei aber sehr empfindlich. Die Augenbeteiligung rechts habe zu einer Einschränkung des Visus und einer Quadranteneinschränkung geführt. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit sei die bisherige Tätigkeit als "Gartenarbeiter" weiterhin nicht möglich. In einer optimal angepassten Tätigkeit sei aus internistischer Sicht ab Untersuchungsdatum eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben. Auch der Beschwerdeführer selbst sehe sich in einer angepassten Tätigkeit als arbeitsfähig (act. 166).

E. 4.8.8

RAD-Arzt Dr. L._____ gab in seinem Schlussbericht vom 4. September 2018 folgende Hauptdiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit an: (1) Status nach Bandscheiben-OP L5/S1 2012, (2) M. Wegener, granulomatöse Polyangiitis M31.3, (3) Status nach Pyoderma gangraenosum L88 und (4) Status nach OP (Corneatransplantation) bei perforierender Skleromalazie rechtes Auge H15.8. Als weitere arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnosen bestünden ein Diabetes mellitus und eine periphere Neuropathie US beidseits mit Dysästhesie und gemindertem Vibrationssinn. Die Diagnose Hepatosteatosis habe keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Das Pyoderma sei abgeheilt. Das Gewebe an den Unterschenkeln sei aber sehr empfindlich. Hinweise auf radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptome fänden sich derzeit nicht. Die Rückenproblematik sei mit einer leidensadaptierten Tätigkeit kompatibel. Gestützt auf die internistische RAD-Untersuchung vom 27. August 2018 kam Dr. L._____ zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer in einer stark leidensadaptierten Tätigkeit, welche die doch erheblichen Einschränkungen berücksichtige (wechselnde Arbeitsposition; kein Heben von Gewichten über 10 kg; Gehstrecke limitiert; Einflüsse wie Staub, Dämpfe, grelles Licht, Sonne und Wind vermeiden; keine Arbeiten mit erhöhtem Infektionsrisiko; keine Exposition an erhöhtem Publikumsverkehr; keine Arbeiten mit gefährlichen Maschinen oder Arbeiten, wo Verletzungs- oder Sturzgefahr besteht; Anstossen der Beine vermeiden; kein Treppen-, Leitern- und Gerüstbesteigen; keine Zwangshaltungen; kein gewerbemässiges Autofahren; keine Tätigkeiten, welche ein uneingeschränktes Gesichtsfeld, häufiges Lesen von kleinen Buchstaben verlangen oder schnelle Reaktion; kein zeitlicher Stress), seit 27. August 2018 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (act. 166, S. 432 ff.).

E. 4.8.9

Der Bericht von Dr. med. W._____, Facharzt für Allgemeine Medizin und Innere Medizin, vom 7. Januar 2019 entstand zwar erst nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung, jedoch erlaubt er Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation, weshalb er in die vorliegende Beurteilung miteinbezogen werden kann (vgl. statt vieler: Urteil BGer 8C_71/2017 vom 20. April 2017

E. 8.3). Dr. W._____ gab gestützt auf die am 5. Januar 2019 erfolgte Konsultation folgende Diagnosen an: (1) Diabetes mellitus insulinpflichtig, aktuell schlecht eingestellt (Hb1Ac 10.2 %), (2) Augenprobleme, (3) Osteoporose unter medikamentöser Therapie und Kontrolluntersuchungen, (4) Müdigkeit und Antriebslosigkeit, (5) zunehmende Depressivität aufgrund der diversen Erkrankungen, (6) Verdacht seinerseits auf ein Schlafapnoesyndrom, (7) Verdacht auf COPD mit Anstrengungsatemnot (kann max. zwei Stockwerke laufen), (8) Pyoderma gangraenosum mit Wundheilungsstörung, Hautveränderung und schlecht heilenden Wunden; (9) Verdacht auf Morbus Wegener sowie (10) Wundheilungsstörungen. Es seien dringend weitere Abklärungen angezeigt, insbesondere eine volle pneumologische Abklärung. Aufgrund der regelmässigen Untersuchungen, der noch durchzuführenden medizinischen Abklärungen sowie des aktuellen Gesundheitszustands mit ausgeprägter Müdigkeit und Antriebslosigkeit sei die Annahme einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auch in leichter Tätigkeit nicht realistisch. Zum jetzigen Zeitpunkt bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von maximal 30 %. Mittelfristig sollte eine Arbeitsfähigkeit von 50 % möglich sein (act. 191).

E. 4.9

Bei der rentenaufhebenden Verfügung hat sich die Vorinstanz im Wesentlichen auf den RAD-Untersuchungsbericht vom 27. August 2018 sowie den RAD-Schlussbericht vom 4. September 2018 gestützt.

E. 4.9.1

Die Regionalen Ärztlichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen; die Untersuchungsergebnisse halten sie schriftlich fest (Art. 49 Abs. 2 IVV). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; vgl. E. 4.4 hiervor) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Die Stellungnahmen des RAD, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGER 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die RAD-Berichte gehören - kann allerdings nicht abgestellt werden und sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; Urteil des BGER 8C_262/2016 vom 22. September 2016 E. 4.2 mit Hinweisen).

E. 4.9.2

Am RAD-Untersuchungsbericht von Dr. V._____ vom 27. August 2018 sowie dem gestützt darauf ergangenen RAD-Schlussbericht von Dr. L._____ vom 4. September 2018 bestehen einige und nicht geringe Zweifel: Zunächst ist festzuhalten, dass mit Blick auf die vorliegenden rheumatologischen Berichte der behandelnden Ärzte der Klinik

M. _____ in (...) die von Dr. V. _____ gestellte Diagnose einer Granulomatose mit Polyangiitis aus fachärztlicher Sicht noch gar nicht feststeht. Bisher wurde diesbezüglich sowie in Bezug auf eine c-ANCA assoziierte Vaskulitis lediglich eine Verdachtsdiagnose gestellt (vgl. act. 159). Inwiefern sich die bei Verdacht auf systemische Vaskulitis im Februar 2016 eingeleitete Methotrexat-Therapie im Verlauf auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers konkret ausgewirkt hat, lässt sich dem rheumatologischen Verlaufsbericht von Dr. R. _____ nicht entnehmen, womit sich auch dessen Aussage, es liege ein stationäres Krankheitsbild mit gegenwärtig guter Kontrolle der Rheumaerkrankung vor (act. 159, S. 411 f.), nicht einordnen lässt. Es bleibt offen, ob und wie sich die beim Beschwerdeführer vorliegenden Befunde und Beschwerden, aufgrund derer die Verdachtsdiagnose Granulomatose mit Polyangiitis gestellt wurde (z.B. positiver Befund von c-ANCA), funktionell auf dessen Arbeitsfähigkeit auswirken. Im Weiteren ist unklar, ob das Pyoderma gangraenosum noch besteht und wie es sich im Verlauf konkret entwickelt hat. Entgegen der Aufforderung von RAD-Arzt Dr. L. _____ in der Stellungnahme vom 4. Juli 2018 (vgl. act. 161) wurde keine entsprechende Anfrage an den behandelnden Arzt gestellt, sodass die für eine Beurteilung erforderlichen fachärztlichen Angaben nicht vorliegen. In der persönlichen Anamnese gab der Beschwerdeführer gegenüber Dr. V. _____ an, dass an den Unterschenkeln eine Hauttransplantation erfolgt sei (act. 166, S. 428). Berichte dazu finden sich in den Akten aber nicht und wurden auch nicht eingeholt. Dr. V. _____ hielt diesbezüglich lediglich fest, dass im Vergleich zu 2015 die ausgedehnten Defekte im Unterschenkelbereich hätten gedeckt werden können, wobei das Gewebe aber sehr empfindlich sei (act. 166, S. 431). Gemäss Angaben des Beschwerdeführers komme es nach kleinen Traumata zum Bluten und es brauche bis zu vier Monaten, bis die Wunden wieder geschlossen seien (act. 166, S. 428). An einer fachärztlichen Beurteilung dieser aktuellen Situation sowie einer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit fehlt es in den Akten. Der Rheumatologe Dr. R. _____ machte in diesem Zusammenhang keine Angaben, sondern wies darauf hin, dass eine Beurteilung des Beschwerdeführers durch einen Facharzt für Arbeitsmedizin erforderlich sei (act. 159, S. 414). Auch betreffend die augenärztliche Diagnose einer Skleromalacia perforans am rechten Auge, aufgrund welcher der Beschwerdeführer gemäss Bericht der Klinik M. _____ in (...) vom 26. Februar 2016 operiert wurde (Datum der Operation nicht ersichtlich; vgl. act. 117), erweist sich die medizinische Aktenlage als unvollständig. Weder liegen Berichte zum operativen Eingriff und dem postoperativen Verlauf noch konkrete Angaben zur aktuellen Situation und zur Arbeitsfähigkeit aus augenärztlicher Sicht vor. Dr. U. _____ beschränkte sich in seinem Bericht vom 19. Juni 2018 auf die Feststellung, dass die Augensituation stabil sei, und erwähnte gewisse qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aus augenärztlicher Sicht, welche insbesondere die bisherige Tätigkeit verunmöglichen. Hinsichtlich des zeitlichen Umfangs einer allenfalls zumutbaren leidensadaptierten Tätigkeit machte er keine Angaben und erachtete eine Beurteilung durch einen Facharzt für Arbeitsmedizin für notwendig (vgl. act. 158). Im Weiteren ist der medizinische Sachverhalt auch in Bezug auf das Rückenleiden des Beschwerdeführers, welches am 25. Oktober 2010 zur Zusprache einer befristeten Viertelsrente geführt hatte (vgl. act. 81), unvollständig. Fremdanamnestisch lässt sich den vorliegenden medizinischen Berichten entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2012 oder 2013 an den Bandscheiben L5/S1 operiert worden war. Der Allgemeinmediziner Dr. Q. _____ hielt in seinem Bericht vom 19. August 2016 zwar als kurze Bemerkung und ohne Angabe von Untersuchungsbefunden fest, dass der Eingriff mit hervorragendem funktionellem Resultat

erfolgt sei (act. 203, S. 710 f.). Eine entsprechende fachärztliche Dokumentation zur Operation sowie zum postoperativen Verlauf liegt jedoch nicht vor, worauf die RAD-Ärzte Dres. I. _____ und L. _____ bereits in ihrer Stellungnahme von Februar 2016 hingewiesen hatten (vgl. act. 116). Dr. V. _____ nannte in ihrem Untersuchungsbericht die Diagnose Status nach Bandscheibenoperation 2012 lumbal, machte dazu aber keine weiteren Ausführungen, insbesondere auch nicht bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Im Schlussbericht vom 4. September 2018 ordnete Dr. L. _____ den Status nach Bandscheiben-OP L5/S1 2012 als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein und hielt fest, dass sich derzeit keine Hinweise auf radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptome fänden und die Rückenproblematik mit einer leidensadaptierten Tätigkeit kompatibel sei (vgl. act. 166, S. 432). Da Dr. L. _____ den Beschwerdeführer zum einen nicht persönlich untersucht hat (bei der Untersuchung durch Dr. V. _____ nur "übersetzende Mitwirkung", vgl. act. 155, S. 428) und zum anderen - wie erwähnt - keine fachärztlichen Berichte zur Bandscheibenoperation, zum postoperativen Verlauf sowie zur aktuellen Situation mit Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorliegen, kann seiner Aussage kaum Beweiskraft zuerkannt werden. Am Untersuchungsbericht von Dr. V. _____ ist im Weiteren zu bemängeln, dass sie hinsichtlich der Verdachtsdiagnose Neuropathie in den Unterschenkeln beidseits, welche von Dr. L. _____ im Abschlussbericht als arbeitsfähigkeitsrelevant erachtet wurde, keine weitere Untersuchung veranlasst hat. Der Verdacht wurde erstmals im Bericht der Klinik M. _____ in (...) vom 13. Februar 2017 erhoben und gleichzeitig ein Elektromyogramm empfohlen (vgl. act. 144, S. 371 ff.). Gemäss den vorliegenden Akten wurde weder eine Elektromyographie durchgeführt noch erfolgte eine fachärztliche Beurteilung des Beschwerdebilds und dessen allfälligen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Schliesslich liegen auch betreffend den schlecht eingestellten Diabetes mellitus (HbA1c 9.2 % im Juli 2018, vgl. act. 166, S. 431; vgl. auch Bericht von Dr. W. _____ vom 7. Januar 2019: HbA1c 10.2 %, act. 191) sowie die gastrointestinalen Beschwerden (gemäss Bericht der Klinik M. _____ in (...) vom 13. Februar 2017 seit Januar Blutstuhl verbunden mit täglichen Bauchkrämpfen und Verstopfung, vgl. act. 144, S. 371 ff.) keine fachärztlichen Beurteilungen zum Verlauf, zur aktuellen Situation sowie zur Arbeitsfähigkeit vor. In gastroenterologischer Hinsicht gab der Beschwerdeführer im Rahmen der Untersuchung durch Dr. V. _____ zwar an, bei Status nach Blut Meläna derzeit normalen Stuhlgang zu haben (täglich 4-5 mal), wies jedoch auf eine anstehende Untersuchung im November 2018 hin (act. 166, S. 429), womit die Einholung eines Verlaufsberichts angezeigt gewesen wäre. Zusammengefasst haben Dr. V. _____ und Dr. L. _____ ihre Beurteilungen auf Grundlage einer in mehrerer Hinsicht lückenhaften medizinischen Datenlage und eines offensichtlich unvollständigen medizinischen Sachverhalts vorgenommen. Erforderliche Untersuchungen wurden nicht durchgeführt bzw. deren Durchführung wurde nicht veranlasst (insb. fachärztliche Untersuchung des Rückenleidens, Elektromyographie betreffend den Verdacht auf Neuropathie in den Unterschenkeln), die Akten wurden nicht vervollständigt, notwendige fachärztliche (Verlaufs-)Berichte wurden nicht eingeholt (insb. in Bezug auf das Rückenleiden, den Verdacht auf systemische Vaskulitis [V.a. Granulomatose mit Polyangiitis], das Pyoderma gangraenosum, das Augenleiden und den Diabetes mellitus) und es fehlt insbesondere an fachärztlichen Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Da die Berichte der Dres. V. _____ und L. _____ somit für die streitigen Belange keineswegs umfassend sind und auch nicht auf allseitigen Untersuchungen beruhen, erfüllten sie die allgemeinen Beweisanforderungen an einen ärztlichen Bericht bzw. ein ärztliches

Gutachten (vgl. E. 4.4 hiervor) nicht und es kann folglich nicht auf ihre Beurteilung, wonach der Beschwerdeführer in einer leidensadaptierten Tätigkeit seit 27. August 2018 zu 100 % arbeitsfähig sei, abgestellt werden. Hinzu kommt, dass weder Dr. V. _____ als Fachärztin für Innere Medizin noch Dr. L. _____ als Arzt der Physikalischen Medizin und Rehabilitation die erforderlichen fachlichen Qualifikationen aufweist, um angesichts der komplexen medizinischen Ausgangslage die Diagnosen und Beschwerdebilder des Beschwerdeführers, welche verschiedene medizinische Fachdisziplinen betreffen, sowie deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gesamtheitlich und abschliessend zu beurteilen. Angesichts der Multimorbidität ist für eine erstmalige umfassende administrative Erstbegutachtung praxisgemäss (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.2; 137 V 210 E. 1.2.4) eine interdisziplinäre medizinische Abklärung angezeigt, bei welcher der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers umfassend mittels einer medizinischen Gesamtbetrachtung zu beurteilen ist.

E. 4.9.3

Im Übrigen erfüllt der RAD-Untersuchungsbericht von Dr. V. _____ auch die speziellen Beweisanforderungen an ein Gutachten im Rahmen eines Revisionsgutachtens (vgl. E. 4.5 hiervor) nicht. Die Zusprache einer ganzen Rente mit Wirkung ab 1. Mai 2016 (vgl. Verfügung vom 14. November 2016, act. 141) erfolgte im Wesentlichen gestützt auf den RAD-Schlussbericht von Dr. L. _____ vom 6. Juli 2016. Dr. L. _____ hatte aufgrund der Diagnosen c-ANCA assoziierte Vaskulitis, bullöses Pemphigoid und Pyoderma gangraenosum und den - gemäss Bericht des Hausarztes Dr. O. _____ vom 11. Juni 2016 (vgl. act. 123) - damit einhergehenden erheblichen Funktionseinschränkungen der unteren Extremitäten (starke Einschränkung des aufrechten Gangs) und dem reduzierten Allgemeinbefinden eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab Mai 2015 (Zeitpunkt des Auftretens der "Geschwüre" an den Beinen) attestiert (vgl. act. 125). Wie bereits erwähnt liegen bezüglich dieser Beschwerdebilder, namentlich das Pyoderma gangraenosum und der Verdacht auf c-ANCA assoziierte Vaskulitis (die Diagnose bullöses Pemphigoid wurde ausschliesslich vom Hausarzt Dr. O. _____, aber von keinem Facharzt gestellt), keine fachärztlichen Berichte vor, anhand derer sich der Verlauf des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abschliessend beurteilen liessen. Der im Rahmen des Revisionsverfahrens vorzunehmende Vergleich des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im Zeitpunkt November 2016 mit dem aktuellen Gesundheitszustand sowie die Beantwortung der revisionsrechtlich relevanten Frage, ob seit November 2016 eine erhebliche Verbesserung eingetreten ist, waren somit von vornherein nicht möglich. Im Untersuchungsbericht von Dr. V. _____ findet sich in diesem Zusammenhang lediglich die Aussage, dass im Vergleich zu 2015 die ausgedehnten Defekte im Unterschenkelbereich hätten gedeckt werden können (act. 166, S. 432). Allein daraus kann jedoch nicht direkt ein Revisionsgrund abgeleitet werden, sondern es ist zusätzlich erforderlich, dass die festgestellte Veränderung in ihren funktionellen Auswirkungen erheblich ist, indem sie sich auf den Rentenanspruch auswirkt (Urteil des BGer 9C_309/2016 vom 13. September 2016 E. 3.4.1). Vorliegend gibt es zwar Hinweise auf eine funktionelle und damit potentiell anspruchserhebliche Verbesserung dahingehend, dass der Beschwerdeführer gegenüber Dr. V. _____ betreffend seinen Tagesablauf angab, er gehe jeweils eine Runde im Dorf spazieren (act. 166, S. 429), wohingegen Dr. L. _____ im Juli 2016 von erheblichen Funktionseinschränkungen und einer starken Einschränkung des aufrechten Gangs berichtet hatte. Mangels fachärztlicher Aussagen lässt sich die Frage, ob diesbezüglich eine erhebliche Verbesserung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit anzunehmen ist, jedoch nicht

abschliessend beantworten, zumal Dr. V. _____ andererseits auch festhielt, dass das Gewebe an den Unterschenkeln sehr empfindlich sei. Im Weiteren stellt sich die Frage, wann eine allfällige anspruchserhebliche funktionelle Verbesserung der Beine eingetreten ist, denn revisionsbegründend wäre nur eine ab November 2016 eingetretene erhebliche Verbesserung. Anhand der vorliegenden Akten lässt sich die Frage nicht beantworten. Insbesondere ist offen, wann die gemäss Angabe des Beschwerdeführers erfolgte Hauttransplantation an den Unterschenkeln (vgl. act. 166, S. 428) vorgenommen wurde und wie sich der postoperative Verlauf gestaltete. Es ist diesbezüglich darauf hinzuweisen, dass der Vertrauensarzt der Krankentaggeldversicherung, Dr. Q. _____, Arzt für Allgemeinmedizin, im Bericht vom 19. August 2016, welcher vom RAD bzw. von der Vorinstanz vor Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 14. November 2016 offenbar nicht berücksichtigt worden war, bereits von einer im Vergleich zu den vorangegangenen Monaten eingetretenen Verbesserung der "Hautproblematik" und einer Behebung der prätibialen Schäden beidseits mittels chirurgisch-dermatologischer Behandlung gesprochen und ab 1. September 2016 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensadaptierten Tätigkeit attestiert hatte (vgl. act. 203, S. 710 f.). Für die vorliegend wesentliche Frage, ob nach November 2016 eine erhebliche bzw. (falls eine Verbesserung schon vor November 2016 eingetreten sein sollte) eine zusätzliche erhebliche und damit revisionsbegründende Verbesserung eingetreten ist, bedarf es jedenfalls der weiteren medizinischen Abklärung, insbesondere fachärztlicher Verlaufsbeurteilungen in Bezug auf die im Mai 2015 aufgetretenen und im November 2016 rentenbegründenden Beschwerdebilder.

E. 5

Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen zur erwerblichen Verwertbarkeit einer (allfälligen) medizinisch-theoretischen (Rest-)Arbeitsfähigkeit und zum Einkommensvergleich, ist eine Beurteilung erst nach dem Vorliegen des Ergebnisses der erforderlichen weiteren medizinischen Abklärung möglich, wobei eine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs auch nur dann erfolgt, wenn eine revisionsbegründende anspruchserhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit November 2016 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht. In Bezug auf die vom Beschwerdeführer geforderte Parallelisierung der Vergleichseinkommen kann jedoch bereits an dieser Stelle Folgendes festgehalten werden: Rechtsprechungsgemäss ist eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen vorzunehmen, wenn eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen bezog, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte (vgl. BGE 134 V 322 E. 4.1; 135 V 58 E. 3.4.3, je mit weiteren Hinweisen). Der Beschwerdeführer erzielte sowohl bei seiner angestammten Tätigkeit als Speisewagen-Steward (gemäss IK-Auszug im Jahr 2003: Fr. 47'509.-, 2004: Fr. 45'598.-, 2005: Fr. 45'789, 2006: Fr. 43'103.-, act. 14) als auch bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im Bereich Liegenschaftsunterhalt (gemäss IK-Auszug im Jahr 2012: Fr. 46'800.-, 2013: Fr. 35'400.-, 2014: Fr. 47'587.-, act. 126) ein unüblich tiefes Einkommen. Nach Ansicht der Vorinstanz bzw. der kantonalen IV-Stelle stellt der Umstand, dass der Beschwerdeführer in der Schweiz zunächst während mehr als fünf Jahren einer Erwerbstätigkeit als Speisewagen-Steward mit einem Jahreseinkommen von maximal Fr. 45'789.- und dann ab 2011 während mehreren Jahren einer Tätigkeit als

Hilfsabwart mit einem Einkommen von maximal Fr. 47'587.- nachging, einen gewichtigen Hinweis dafür dar, dass er sich mit einem Einkommen in dieser Höhe abgefunden habe. Zudem habe er sich immer mit seinem Grenzgängerstatus, einem gerichtsnotorisch lohnmindernden Aspekt, zufriedengestellt (vgl. BVGer-act. 6, Beilage S. 3). Dieser Ansicht kann nicht gefolgt werden. Dass der Beschwerdeführer über mehrere Jahre ein nur unterdurchschnittliches Einkommen erzielt hat, lässt sich vorliegend mit invaliditätsfremden Gründen erklären, namentlich tiefes Ausbildungsniveau, keine EDV-Kenntnisse, mangelnde Deutschkenntnisse und Grenzgängerstatus (vgl. act. 33; act. 40). Letzteres kann dem Beschwerdeführer, welcher während seiner Erwerbstätigkeit als Alleinerziehender mit seinen beiden Kindern in Italien zusammengelebt hat (aus finanziellen Gründen in einer Kleinwohnung im Haus der Eltern, vgl. act. 40), nicht entgegengehalten werden, zumal auch das Bundesgericht den Aufenthaltsstatus als zu berücksichtigenden invaliditätsfremden Grund ausdrücklich benennt. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer die Stelle als Hilfsabwart nur mithilfe einer beruflichen Eingliederungsmassnahme der kantonalen IV-Stelle in Form von Arbeitsvermittlung gefunden hat (vgl. act. 74, 77, 84, 96-99, 105 f.), was gegen die Freiwilligkeit, ein unterdurchschnittliches Einkommen zu erzielen, spricht. Konkrete Anhaltspunkte dafür, dass sich der Beschwerdeführer aus freien Stücken mit einem unterdurchschnittlichen Einkommen begnügt hätte, sind demgegenüber keine ersichtlich. Somit hätte im Falle einer revisionsweisen Neuprüfung des Rentenanspruchs beim Einkommensvergleich eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen zu erfolgen unter Berücksichtigung des von der Rechtsprechung festgelegten Erheblichkeitsgrenzwerts von 5 % (BGE 135 V 297 E. 6.1.3). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers wäre als Vergleichswert zu seinem tatsächlich erzielten Einkommen nicht das Total aller Wirtschaftszweige innerhalb der LSE Tabelle heranzuziehen, sondern das üblicherweise für die gleiche Tätigkeit entrichtete Gehalt bzw. das branchenübliche Einkommen (vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 28a Rz. 126, 128 mit Hinweisen auf die Urteile des BGer 9C_632/2010 vom 29. Oktober 2010 E. 3.3 und 9C_488/2008 E. 6). Wird mit Rücksicht auf die invaliditätsfremden Faktoren eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen vorgenommen, so dürfen die gleichen invaliditätsfremden Aspekte nicht zusätzlich noch bei der Bemessung des Leidensabzugs berücksichtigt werden (BGE 134 V 322 E. 6.2).

E. 6.1

Da im vorinstanzlichen Verfahren infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben sind, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Die Vorinstanz hat den RAD-Untersuchungsbericht von Dr. V._____ vom 27. August 2018 sowie den RAD-Schlussbericht von Dr. L._____ vom 4. September 2018 als ausreichende medizinische Grundlagen für die rentenaufhebende Verfügung vom 5. Dezember 2018 betrachtet, obwohl die Berichte klar erkennbar weder den allgemeinen, noch den im Rahmen eines Revisionsverfahrens zu erfüllenden speziellen Beweisanforderungen genügen. Die Vorinstanz hat es unterlassen, eine interdisziplinäre Abklärung zu veranlassen, obwohl eine solche aufgrund der im Raum stehenden Befunde und Diagnosen, welche verschiedene medizinische Fachgebiete betreffen, geboten gewesen wäre. Da die Vorinstanz noch kein Gutachten veranlasst hat, und die Verwaltung nicht von vornherein darauf bauen kann, dass ihre Arbeit in jedem verfügungsweise abgeschlossenen

Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge, ist von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweisabnahmen abzusehen (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer C-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5). Überdies würde mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren der doppelte Instanzenzug nicht gewahrt (vgl. Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1).

E. 6.2

Die Vorinstanz ist daher in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine umfassende interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen, welche die rechtsprechungsmässigen Anforderungen an ein Revisionsgutachten erfüllt (vgl. oben E. 4.5). Nur so kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1). Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen sowie den im vorliegenden Fall vorzunehmenden Vergleich des Gesundheitszustands mit jenem von November 2016 erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Rheumatologie, Innere Medizin (insbesondere Endokrinologie/Diabetologie und Gastroenterologie), Ophthalmologie, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie (aufgrund der von Dr. W. _____ im Bericht vom 7. Januar 2019 festgestellten zunehmenden Depressivität, Müdigkeit und Antriebslosigkeit, vgl. act. 191) geboten. Ob noch weitere Disziplinen beizuziehen sind, wie beispielsweise Pneumologie (vgl. Bericht von Dr. W. _____ vom 7. Januar 2019 mit den Verdachtsdiagnosen Schlafapnoesyndrom und COPD mit Anstrengungsatemnot sowie der dringenden Empfehlung für eine "volle" pneumologische Abklärung, vgl. act. 191; Arbeitsmedizin), ist dem pflichtgemessen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung - besteht eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustands verglichen mit jenem im November 2016 und wenn ja, inwiefern und in welchem medizinisch objektivierbaren Ausmass mit welcher Auswirkung auf die funktionelle Leistungsfähigkeit und die Arbeitsfähigkeit - über die erforderlichen Untersuchungen (auch apparative, z.B. Elektromyographie) zu befinden. Sie sind einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung letztverantwortlich (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Die psychiatrische Begutachtung hat unter Berücksichtigung der Indikatorenrechtsprechung des Bundesgerichts zu erfolgen (vgl. BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281 und BGE 145 V 215). Betreffend den zu beurteilenden Zeitraum haben die Gutachter sinnvollerweise die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 14. November 2016 bis zum Zeitpunkt der neu durchzuführenden Begutachtung miteinzubeziehen und zu beurteilen. Die Gutachter haben sich insbesondere dazu zu äussern, ob und inwiefern sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit November 2016 verbessert hat, worin gegebenenfalls die gesundheitliche Verbesserung konkret besteht, sowie, ob und wie sich diese allfällige Verbesserung funktionell und in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen Tätigkeit als Hilfsabwart (vgl. dazu Arbeitgeberbericht vom 26. August 2016 [Eingangsdatum], act. 127) und in einer leidensangepassten Tätigkeit auswirkt, wobei der Verlauf der Arbeitsfähigkeiten seit November 2016 auch interdisziplinär zu beurteilen ist.

E. 6.3

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

E. 7

Im Ergebnis ist die Beschwerde im Sinne des Eventualantrags gutzuheissen, die Verfügung vom 5. Dezember 2018 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese im Rahmen des aktuellen Revisionsverfahrens nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Weiterausrichtung der Rente der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

E. 8.1

Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 7.1; 132 V 215 E. 6; Urteil des BGer 8C_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 4.1).

E. 8.2

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

E. 8.3

Der Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Vorinstanz zu leisten ist (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. VGKE). Da seitens der Rechtsvertreterin keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist es gerechtfertigt, eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu z.B. Urteil des BVGer C-1741/2014 vom 28. April 2016 E. 8.3 mit Hinweisen]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) festzusetzen.

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