

BVGer C-6255/2017 vom 20. Juni 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-06-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6255_2017

FR: TAF C-6255/2017 du 20 juin 2019

IT: TAF C-6255/2017 del 20 giugno 2019

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1.1

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]). 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 [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 1.2

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).

E. 2

Streitig ist die revisionsweise Aufhebung der IV-Rente. Zunächst sind die für die Beurteilung massgebenden gesetzlichen Bestimmungen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen.

E. 2.1

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 10. Oktober 2017 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. 2.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 10. Oktober 2017) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 445 E. 1.2). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3). 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; Urteile des BGER 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1; 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1).

E. 2.3

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Bosnien-Herzegowina und hat dort seinen Wohnsitz. Es kommt das im Verhältnis zu Bosnien-Herzegowina bis heute gültige Abkommen vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) zur Anwendung. Nach Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Sozialversicherungsabkommen und die dazugehörige Verwaltungsvereinbarung vom 5. Juli 1963 (SR 0.831.109.808.12) keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Demnach beurteilt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 4 des Sozialversicherungsabkommens).

E. 2.4

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). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 2.5

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

E. 2.6

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

E. 2.6.1

Eine Rentenherabsetzung oder Aufhebung gestützt auf Art. 17 Abs. 1 ATSG setzt eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse voraus, welche entweder in einer objektiven Verbesserung des Gesundheitszustandes mit entsprechend gesteigerter Arbeitsfähigkeit oder in geänderten erwerblichen Auswirkungen einer im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitsbeeinträchtigung liegen kann. Demgegenüber stellt eine bloss abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes keine revisionsrechtlich relevante Änderung dar (BGE 112 V 371E. 2b; Urteil BGer 8C_32/2017 vom 12. April 2017 E. 2.2; Urteil BGer 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.1, mit Hinweisen).

E. 2.6.2

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 54 [9C_899/2009] E. 2.1). Unter dieser Voraussetzung gilt dies auch für eine bloss Mitteilung, mit welcher die Verwaltung feststellt, es sei keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse eingetreten; denn laut Art. 74ter Bst. f IVV bedarf es keiner Verfügung, wenn die Invalidenrente nach einer von Amtes wegen durchgeführten Revision weiter ausgerichtet wird. Eine solche Mitteilung ist, wenn keine Verfügung verlangt worden ist (Art. 74quater IVV), in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteil BGer 9C_46/2009 vom 14. August 2009 E. 3.1; Urteil BGer 8C_527/2018 vom 1. April 2019 E. 5.2).

E. 2.6.3

Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. SVR 2010 IV Nr. 30 [9C_961/2008] E. 6.3; zum Ganzen: Urteil BGer 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.1).

E. 2.6.4

Nach Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, die anspruchsbefreiende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV).

E. 2.6.5

Die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente erfolgt gemäss Art. 88bis Abs. 2 Bst. a IVV frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an. Rückwirkend ab Eintritt der für den Anspruch erheblichen Änderung kann die Herabsetzung oder Aufhebung jedoch erfolgen, wenn der Bezüger die Leistung zu Unrecht erwirkt hat oder der ihm nach Art. 77 IVV zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen ist (Art. 88bis Abs. 2 Bst. b IVV).

E. 2.7

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

E. 2.8

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 Expertinnen und 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 mit Hinweisen).

E. 2.9

Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung (en) des Sachverhalts - bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (SVR 2012 IV Nr. 18 [9C_418/2010] E. 4.2; SVR 2013 IV Nr. 14 [8C_441/2012] E. 6.1.2).

E. 2.10

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4).

E. 2.11

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind

für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

E. 3

Die Vorinstanz hat eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes festgestellt und die Rentenaufhebung gestützt auf Art. 17 Abs. 1 ATSG vorgenommen.

E. 3.1

Dem Beschwerdeführer wurde (ab 1. Januar 2002) zunächst eine halbe IV-Rente zugesprochen. Die IV-Stelle des Kantons B._____ stützte sich insbesondere auf die Expertisen der MEDAS-Ärzte Dr. med. H._____, Chefarzt, und I._____, Facharzt für Innere Medizin/Rheumatologie, sowie Dr. med. E._____, Psychiatrie und Psychotherapie. Die polydisziplinäre Begutachtung ergab zusammenfassend die folgenden Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit: Dysthymia (ICD-10: F34.1), Maladaptives Überzeugungs- und Bewältigungsmuster in Zusammenhang mit einem chronischen Schmerzsyndrom (ICD-10: F54), chronisches Zerviko- und oberes Thorakovertebralsyndrom mit Brachialgie links (ICD-10: M54.2) bei/mit perineuraler Fibrose der Wurzel C6 links bei Status nach Foraminotomie und mikrochirurgischer Sequesterentfernung (vom 9. März 2001) bei intraforaminaler Diskushernie C5/C6 links, ausgedehntem myofaszialem Schmerzsyndrom mit muskulärer Dysbalance und referred pain-Symptomatik, funktionellen Rippenstörungen 1-4 links, röntgenologisch Osteochondrose C5/C6 mit leicht pathologischem Aligment C4/C5 und rudimentären Halsrippen beidseits sowie als Nebendiagnosen (ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit): leichte Schleiersenkung, Leukozytose (kontrollbedürftig). Polydisziplinär beurteilt, sei zusammen mit der Arbeitsunfähigkeit von 35% aus psychiatrischer Sicht von einer gesamten Arbeitsunfähigkeit von 50% auszugehen (IV-act. 73). Der Invaliditätsgrad von 51% resultierte aus dem Einkommensvergleich und ergibt einen Anspruch auf eine halbe Rente (vgl. IV-act. 74 und 75 S. 7). Der Invaliditätsgrad von 51% wurde am 21. April 2009 durch die IV-Stelle des Kantons B._____ mittels Mitteilung bestätigt (IV-act. 104). Der Anspruch auf eine halbe Rente wurde in Verbindung mit dem weiteren Revisionsgesuch des Beschwerdeführers vom 5. Juni 2012 (IV-act. 114) mit Verfügung vom 25. Juli 2013 bestätigt (IV-act. 149). Diese Verfügung wurde jedoch vom Beschwerdeführer angefochten.

E. 3.2

Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob sich der Invaliditätsgrad erheblich geändert hat (Art. 17 Abs. 1 ATSG), ist die letzte rechtskräftige Verfügung - bei einer Bestätigung der Rente allenfalls die Mitteilung (Art. 74ter lit. f IVV und Art. 51 ATSG) -, welche auf einer materiellen Anspruchsprüfung mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108). Die Heranziehung eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf denjenigen Abklärungen beruht, die in Anbetracht von möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen. Unter einer Sachverhaltsabklärung im Sinne von BGE 133 V 108 muss eine Abklärung verstanden werden, die - wenn sie inhaltlich zu einem anderen Ergebnis führt - geeignet ist, eine Rentenerhöhung, -herabsetzung oder -aufhebung zu begründen (vgl. Urteil BGer 8C_527/2018 vom 1. April 2019 E. 5.1; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 134, 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 6.2). Die Vorinstanz wählte als Vergleichsbasis die Mitteilung vom 21. April 2009 (vgl. IV-act. 189 S. 4). Für die Mitteilung vom 21. April 2009 (IV-act. 104) hinsichtlich unveränderter Rente stützte sich die Vorinstanz gemäss Case Report (IV-act. 103) lediglich auf zwei Arztberichte von behandelnden Ärzten, auf denjenigen von Dr. med. J._____, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 30. Dezember 2008, der weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bestätigte (IV-act. 96), sowie auf denjenigen von Dr. med. K._____, FMH allgemeine Medizin, (...), mit einer ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit von unverändert 50% (IV-act. 98 S. 2-5). Diese Mitteilung erfüllt nicht die Voraussetzungen, um einer rechtskräftigen Verfügung gleichgestellt zu werden. Die Mitteilung beruhte weder auf einer materiellen Anspruchsprüfung mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung noch auf einer Beweiswürdigung sowie auf der Durchführung eines Einkommensvergleichs. Unter Berücksichtigung, dass dem Beschwerdeführer 2006 eine halbe Rente wegen psychiatrischen und somatischen Gesundheitsstörungen zugesprochen wurde, ist die eben erwähnte Mitteilung vom 21. April 2009 im konkreten Fall nicht geeignet, um als Vergleichsbasis für eine allfällige Rentenaufhebung zu gelten. Massgebende Vergleichsbasis für die Beurteilung einer revisionsrechtlich erheblichen Veränderung ist vielmehr der Sachverhalt, welcher der Zusprechung der halben Rente (ab 1. Januar 2002) durch die IV-Stelle des Kantons B._____ am 28. Februar 2006 zugrunde lag.

E. 3.3

Der rentenaufhebenden Verfügung vom 10. Oktober 2017 (IV-act. 240) liegen das interdisziplinäre Gutachten von Dr. med. C._____, FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen (IV-act. 212), und Dr. med. D._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie (IV-act. 214), vom 25. Januar 2017 zugrunde. Interdisziplinär wurden folgende Diagnosen mit langdauernden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: Anhaltende Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit o Angst und depressiver Störung, gemischt (ICD-10 F41.2), o Abhängigkeitssyndrom von Tabak und ärztlich verordneter Benzodiazepine sowie Gebrauch von Alkohol in unklarem Ausmass Sowie folgende Diagnosen ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Chronisches, sich generalisierendes Schmerzsyndrom mit Schmerzen im Kopf- und Halsbereich sowie im Brustkorb mit linksbetonter Ausstrahlung in die Arme o Nicht ausreichend somatisch abstützbar o Krankheitsfremde Faktoren o Primäres Fibromyalgie-Syndrom o Diffuse

Druckschmerzangabe o Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke o Multiple Beschwerden mit Schlafstörungen, Müdigkeit, Nervosität Nikotinkonsum von circa 30 pack years Anamnestisch Reizmagen-Syndrom

E. 3.3.1

In der Begutachtung von Dr. med. C. _____, FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen (IV-act. 212) schilderte der Versicherte diffuse Schmerzen, die sich für den Begutachter vordergründig nicht auf ein bekanntes somatisch-pathologisches Krankheitsbild abstützen liessen, zumal kein korrelierender klinisch-pathologischer Befund, wie eine Myogelose oder ein Triggerpunkt, objektivierbar vorliege. Bei diffuser Druckschmerzangabe chronisch generalisierter Beschwerden, die auch den Körperstamm betreffen sowie mit Schlafstörungen und Müdigkeit einhergingen, sei immer auch an die Möglichkeit eines Fibromyalgie-Syndroms zu denken, insbesondere an die primäre Form, die im Gegensatz zu den sekundären Formen zumeist nicht somatisch abstützbar sei. Auch könnten an den oberen Extremitäten keine klinisch-pathologischen Befunde und keine Hinweise auf eine funktionelle Einschränkung objektiviert werden. Wenn er die Befunde im Bereich der oberen Extremitäten mit denjenigen im somatischen Teil des MEDAS-Gutachtens 2005 vergleiche, könne er eine Verbesserung des Gesundheitszustandes festhalten. So bestehe kein Schultertiefstand links mehr. Die Schulterbeweglichkeit sowie das skapulothorakale Gleitlager beidseits seien wieder frei. Auch die Skapula-Fixatoren beidseits seien wieder frei beweglich, es könne keine Kiblersche Hautfalte linksseitig mehr objektiviert werden. Der Versicherte schildere keine Dysästhesien mehr im Bereich der linken Hand. Insgesamt beurteilt der Begutachter die vom Versicherten geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens als partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar. In einer derartigen Situation seien grundsätzlich krankheitsfremde Gründe, wie ein Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens und eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion zu diskutieren. Ab welchem Zeitpunkt seit dem MEDAS-Gutachten eine Besserung des Gesundheitszustandes aus somatischer Sicht eingetreten sei, lasse sich deshalb nur schwer beurteilen. So sei gemäss neurologischem Konsiliumsbericht von Dr. med. L. _____, Klinik M. _____, vom 22. Dezember 2006 kein Hinweis mehr auf eine symptomatische Radikulopathie, eine radikuläre Reiz- oder Ausfallkomponente oder auf eine Muskelhypotrophie objektiviert worden. Gemäss diesem Bericht fänden sich insbesondere im Hinblick auf die jahrelang bestehende C6-Symptomatik in der neurologischen Untersuchung weder Paresen noch Atrophien, Reflexausfälle sowie auch keine sensible Störung (IV-act. 85). In einem weiteren neurochirurgischen Konsiliarbericht von Prof. Dr. med. N. _____, Neurochirurgie, Klinik O. _____, (...), vom 19. Juni 2007 (IV-act. 87) wird in der Befundbeschreibung vorwiegend auf die Einschätzung des Versicherten mit Druckschmerzen und Bewegungsschmerzen hingewiesen. Obwohl keine massiven Hinweise für eine Aggravation beständen, müsse von einer nicht unerheblichen psychischen Überlagerung ausgegangen werden, da der Patient jetzt mit den zunehmenden linksseitigen pseudoradikulären Beschwerden und den zunehmenden Kopfschmerzen bei Wetterwechsel auch diffuse Kopfschmerzen und ein Verschwommensehen vor den Augen angebe, was morphologisch nicht erklärt werden könne. Zusammenfassend müsse von einer psychosomatischen Stigmatisierung ausgegangen werden, die ausserdem durch die extrem enge finanzielle Situation bei dem Patienten verstärkt werde. Gemäss Prof. Dr. med. N. _____ seien keine weiteren diagnostischen Massnahmen oder

neurologisch/neurochirurgische Kontrolluntersuchungen mehr sinnvoll, weil das Gesamtproblem überwiegend durch die psychosozialen Komponenten wie Isolierung (alleinlebend), Arbeitslosigkeit und durch enge finanzielle Situation bestimmt würden (IV-act. 87). Ein klinisch-pathologischer Befund, wie eine Dysfunktion oder ein Muskelhypertonus, wird gemäss Dr. med. C._____ (IV-act. 212) nicht mehr beschrieben. Daher müsste sich der Gesundheitszustand bereits im Dezember 2006 bzw. ab Juni 2007 verbessert haben. Diese Berichte seien möglicherweise bei der Rentenbestätigung vom 21. April 2009 nicht beachtet worden. Zusammenfassend hält Dr. med. C._____ fest, dass seit dem MEDAS-Gutachten vom 25. Mai 2005 im somatischen Bereich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. Eine Arbeitsunfähigkeit sei nunmehr für die in der Schweiz aufgeführte berufliche Tätigkeit nicht mehr gegeben.

E. 3.3.2

Unter Berücksichtigung der klinischen Untersuchung (u.a. wurde das Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der psychischen Belastung «Symptom-Checkliste 90 revidiert, Derogatis» [SCL-90-R] sowie der «Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale [MADRS], einem Fragebogen zur Fremdbeurteilung des Schweregrads eines depressiven Syndroms, durchgeführt) und nach Aktenstudium hielt Dr. med. D._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zusammenfassend fest, es sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht (weiterhin) von einer anhaltenden Schmerzstörung als Hauptdiagnose gemäss ICD-10 F45.4 auszugehen. Der Versicherte zeige immer wieder unterschiedlich ausgeprägte ängstlich-depressive Verstimmungen. Diese seien in den Akten als Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2), aber auch als depressive Episoden gemäss ICD-10 F3 bzw. als Dysthymia (ICD-10 F34.1) benannt worden. Eine depressive Episode sei gegenwärtig jedoch nicht vorhanden. Die Verstimmungen in der Folge des chronischen Schmerzsyndroms seien als gemischte Angst und depressive Störung einzuordnen. Ausserdem sei auf ein Abhängigkeitssyndrom von Tabak (ICD-10 F17.2), auf (ärztlich verordnete) Benzodiazepine (Lorazepam, ICD-10 F13.2) sowie auf den Gebrauch von Alkohol in unklarem Ausmass (ICD-10 Z72.0) hinzuweisen. Die Diagnosen stellte Dr. med. D._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, unter Berücksichtigung der Kriterien gemäss ICD-10. Die Diagnose der «anhaltenden Schmerzstörung» F45.4 sei nur teilweise erfüllt (zwei der fünf Kriterien sind vollständig erfüllt), da insbesondere beim Versicherten hartnäckiges Fordern nach medizinischen Untersuchungen fehle und ausserdem in den ärztlichen Berichten immer wieder von somatischen Befunden als mögliche Begründung für die Symptome gesprochen werde. Teilweise sei auch erfüllt, dass der Versicherte über heftige körperliche Schmerzen klage, diese jedoch in der Begutachtung nicht als andauernd, schwer und quälend erkennbar seien. Die Schmerzen seien aus Sicht der versicherten Person weiterhin im Vordergrund und würden eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit begründen. Unklar bleibe für den Gutachter das Kriterium, bei dem der Schmerz in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auftrete. So gehe zwar aus den Akten hervor und wurde auch vom Versicherten genannt, dass seit dem Jahr 2000 eine Zunahme der Schmerzen bei psychosozialen Belastungen bestehe. Hinweise auf einen tatsächlichen relevanten emotionalen Konflikt seien jedoch weder aus der Begutachtung noch aus den Akten zu erkennen. Diagnostische Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien daher nur teilweise erfüllt. Die ICD-10 Kriterien einer depressiven Episode seien objektiv nicht (mehr) erfüllt, da der Schweregrad nicht (mehr) das notwendige Ausmass erreiche. So fehlten für die Kategorie F32/F33 bereits die

Eingangskriterien der dauerhaften Hemmung der Psychomotorik und wesentliche Verminderung der affektiven Schwingungsfähigkeit. Die vom Versicherten geschilderten ängstlich-depressiven Verstimmungen seien in Umfang und Schwere durch die Diagnose einer Angst und depressiven Störung, gemischt (F41.2) ausreichend erklärbar. Die geklagten Beschwerden der versicherten Person seien überwiegend als rein subjektive Symptome einzuordnen, die zudem von vielfältigen sozialen (nicht krankheitsbedingten) Faktoren aufrechterhalten würden wie beispielsweise finanzielle Sorgen, Erwerbslosigkeit und prekäre Lebensumstände. Die Diagnose «Angst und depressive Störung, gemischt» (ICD-10 F41.2) sei aufgrund der nachvollziehbaren Angaben in den Akten und der durchgeführten Untersuchung als eigenständiges Störungsbild mit Krankheitswert einzuordnen. Dr. med. D._____ bestätigt insgesamt die Einschätzung des Gesundheitszustands und der Arbeitsunfähigkeit gemäss psychiatrischem MEDAS-Teilgutachten vom 20. April 2005 von Dr. med. E._____. Eine wesentliche Veränderung seither lasse sich weder aufgrund der Angaben der versicherten Person, noch aufgrund der Akten und/oder der aktuellen Untersuchungsergebnisse mit überwiegender Wahrscheinlichkeit begründen. Es sei weiterhin aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 35% anzunehmen (für die bisher in der Schweiz ausgeübten Tätigkeiten sowie für allfällige Verweistätigkeiten).

E. 3.4

Insgesamt bestätigt das bidisziplinäre Gutachten eine Arbeitsunfähigkeit von 35%. Der Beschwerdeführer bestreitet diese Einschätzung, in dem er auf die regelmässigen ärztlichen Behandlungen in Bosnien verweist und der Beschwerde vom 6. November 2017 (B-act. 1) einen weiteren Bericht des behandelnden Psychiaters, Dr. P._____, (...), beilegt sowie auf einen zuvor eingereichten MRI-Bericht und CD-Aufnahmen vom 19. Mai 2017 hinweist, die eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit belegen sollen. Gemäss Stellungnahme von Dr. med. G._____, FMH Rheumatologie, des ärztlichen Dienstes (IV-act. 237), ergeben sich aus dem MRI-Bericht von Dr. med. Q._____, Radiologe, vom 19. Mai 2017 (IV-act. 232 inkl. Übersetzung) sowie aus der eingereichten CD keine wesentlichen neuen Erkenntnisse. Die CD vom 19. Mai 2017 zeige neben der sagittalen Ebene nur wenige axiale Abschnitte. Gemäss MRI-Bericht von Dr. med. Q._____ seien keine traumatischen Verletzungen oder Nachwirkungen von Traumata, keine Myelopathie sowie kein Wirbelkörperkolaps («vertebralnih kolapsa») sichtbar. Es gebe degenerative Veränderungen der Wirbelsäule im Bereich C2 bis C6. Auf der Ebene C3 und C4 zeige sich eine dorsale rechtsseitige Protrusion mit Kontakt zur Wurzel sowie auf Ebene C5 und C6 eine dorsale Protrusion mit Kontakt zu beiden Wurzeln. Im Weiteren würden die cervikalen MRT-Bilder insgesamt keine signifikanten neuen medizinischen Erkenntnisse zeigen. Es gebe auch keine Rechtfertigung für eine Neubewertung in der Schweiz. Mit einer weiteren Stellungnahme vom 7. März 2018 (B-act. 13) kritisiert der Beschwerdeführer wiederholt die Unterschiede zu den Begutachtungen in der Schweiz, der RAD-Stellungnahmen zu den spezialärztlichen Dokumentationen der behandelnden Ärzte in Bosnien, wonach sich der Gesundheitszustand wesentlich verschlimmert habe. Die Beurteilungen der Vorinstanz betreffend Arbeitsfähigkeit könnten weder aus rheumatologischer noch aus psychiatrischer Sicht akzeptiert werden. Inwiefern sich der Gesundheitszustand wesentlich verschlechtert habe, begründet der Beschwerdeführer jedoch nicht. Gemäss dem medizinischen Bericht von Dr. P._____ vom 12. März 2018 (B-act. 15; Übersetzung B-act. 17) seien die subjektiven

Beschwerden mit leichten Schwankungen weiterhin konstant. Als psychiatrische Diagnosen erwähnt er anhaltende Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit Angst und depressiver Störung, gemischt (ICD-10 F41.2). Bei Verschlechterung der depressiven Symptome werde die Venlafaxin-Therapie erhöht. Wie sich die Verschlechterung im Detail äussert, führt er jedoch nicht aus. Im Bericht vom 12. März 2018 (B-act. 15 und 17) weist Dr. P. _____ eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70% aus, ebenso in den Berichten vom 21. Februar 2013 (IV-act. 145) und vom 16. September 2013 (IV-act. 157). Im Bericht vom 27. Oktober 2017 attestiert er eine Arbeitsunfähigkeit zu mindestens 60%. Im Vergleich dazu schätzte Dr. P. _____ die Arbeitsunfähigkeit am 13. August 2012 noch zu 100% ein (IV-act. 127). Inwiefern sich der Gesundheitszustand wie vom Beschwerdeführer behauptet wird, laufend verschlechtert haben soll, ist mit den eingereichten medizinischen Berichten nicht nachvollziehbar belegt.

E. 4

Zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausging, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitraum vom 28. Februar 2006 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 10. Oktober 2017 in rentenrelevanter Weise verändert hat und dass nunmehr eine rentenausschliessende Arbeitsunfähigkeit von 35 % besteht.

E. 4.1

Gemäss Verfügung vom 10. Oktober 2017 (IV-act. 240) sei ein Revisionsgrund gegeben, weil sich aus dem beweiskräftigen bidisziplinären Gutachten von Dr. med. C. _____, FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, und von Dr. med. D. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. Januar 2017 (IV-act. 212, 214) ergebe, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in rheumatologischer Hinsicht verbessert habe. Daher bestehe aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit mehr. Weiterhin bestehe aus rein psychiatrischer Sicht eine Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit von 35%.

E. 4.2

Der Beschwerdeführer bestreitet das Vorliegen eines Revisionsgrundes. Er hält an seiner Beschwerde fest, da es seit der Verfügung vom 28. Februar 2006 zu einer wesentlichen Verschlimmerung des Gesundheitszustandes bzw. der Erwerbsfähigkeit gekommen sei. Wegen der ständigen Verschlechterung seines (insbesondere des psychischen) Gesundheitszustandes sei er in den vergangenen 7 ½ Jahren in Bosnien in regelmässiger Behandlung gewesen. Auch aus den eingereichten MRI-Berichten und der CD-Aufnahmen gehe hervor, dass die beschriebenen physischen Beschwerden ebenfalls die Arbeitsfähigkeit des Versicherten beeinflussten. Deshalb seien auch die Beurteilungen (8. März und 15. August 2017) beider RAD-Ärzte der Fachrichtung Rheumatologie nicht akzeptabel. Ausserdem besteht der Beschwerdeführer auf einer stationären Untersuchung in der Schweiz für mindestens zehn Tage.

E. 4.3

Für die Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit sowie der Veränderung des Gesundheitszustandes stellte die Vorinstanz im Wesentlichen auf das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. C. _____, FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, sowie von Dr. med. D. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. Januar 2017 ab. Dieses Gutachten basiert auf den Vorakten, einer detaillierten Anamneseerhebung und auf für die

strittigen Belange umfassenden fachärztlichen Untersuchungen, die am 7. Dezember 2016 stattgefunden haben. Sodann erfolgten eine interdisziplinäre Beurteilung und die Beantwortung der von der Vorinstanz gestellten Fragen. Die Gutachter setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers eingehend auseinander. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein, und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit werden für die rechtsanwendende Behörde nachvollziehbar begründet.

E. 4.3.1

So wird im Gutachten schlüssig dargelegt, dass aus somatischer Sicht keine anspruchrelevante Einschränkung der Leistungsfähigkeit im angestammten Beruf mehr bestehe. Die somatischen Diagnosen hätten keine langdauernden Auswirkungen mehr auf die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeit. Insgesamt beurteilt der Begutachter die vom Versicherten geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens als partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar.

E. 4.3.2

Ebenso wird auch im psychiatrischen Gutachten nachvollziehbar aufgezeigt, dass die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der anhaltenden Schmerzstörung in Zusammenhang mit ängstlich-depressiven Verstimmungen (Angst und depressive Störung, gemischt) sowie mit einem Abhängigkeitssyndrom (von ärztlich verordneten Benzodiazepinen und weiteren Abhängigkeiten) die Einschätzung von Dr. med. E. _____, (MEDAS-Gutachten vom 20. April 2005) bestätigt wird. Eine wesentliche Veränderung des psychiatrischen Gesundheitszustands lässt sich weder aufgrund der Angaben der versicherten Person, noch aufgrund der Akten sowie der Untersuchungsergebnisse der Begutachtung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit begründen. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht ist weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 35% anzunehmen. Diese Beurteilung kann gut nachvollzogen werden.

E. 4.3.3

Geht es bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit um psychische Erkrankungen, namentlich - wie vorliegend - um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ist rechtsprechungsgemäss (BGE 141 V 281) eine Prüfung der Standardindikatoren beachtlich (vgl. vorne E. 2.11). Um das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht festlegen zu können, liess die Vorinstanz die psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. D. _____ anhand Standardindikatoren (vgl. Fragekatalog, IV-act. 189) prüfen.

E. 4.3.3.1

Zur im Komplex Gesundheitsschädigung zu prüfenden Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde ist gemäss Dr. med. D. _____ weiterhin von einer anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit rezidivierenden ängstlich-niedergeschlagenen Verstimmungen (Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) ausgegangen. Gegenwärtig sei jedoch keine depressive Episode vorhanden. Die Schmerzstörung habe sich seit Mitte der 1990er Jahre entwickelt. Die damit verbundenen objektiven psychopathologischen Befunde seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gar nicht bis gering ausgeprägt. Als Folge der ängstlich, depressiven Verstimmungen sei insbesondere das Abhängigkeitssyndrom von (nota bene ärztlich verordneten) Benzodiazepinen (ICD-10 F13.2) sowie der Gebrauch von

Alkohol in unklarem Ausmass (ICD-10 Z72.0) zu beachten. Dieser Konsum habe sich (parallel) neben einem chronischen Schmerzsyndrom entwickelt. Einfache suchtspezifische therapeutische Massnahmen seien bislang nicht unternommen worden (z.B. Entzugstherapien). Es sei ausdrücklich festgestellt, dass neben der anhaltenden Schmerzstörung im Fall der versicherten Person keine psychisch ausgewiesene erheblich schwere, ausgeprägte, dauerhafte und intensive Komorbidität aus rein psychiatrisch/psychotherapeutischer Sicht begründet werden könne. Sowohl die gemischte Angst und depressive Störung, als auch das Abhängigkeitssyndrom von (ärztlich verordneten) Benzodiazepinen und der Gebrauch von Alkohol in unklarem Ausmass seien im Fall der versicherten Person jeweils nicht als eigenständiges Störungsbild mit Krankheitswert einzuordnen. Aus psychiatrisch/psychotherapeutischer Sicht seien keine weiteren Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Bewältigung begründen könnten (z.B. durch krankheitsbedingt fehlende Ressourcen und/oder durch eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte).

E. 4.3.3.2

Mit Bezug auf den Komplex Persönlichkeit sei gemäss Akten auf verminderte persönliche Ressourcen der versicherten Person hinzuweisen; er sei sehr einfach, wenig geschult, wenig differenziert und habe eine sture Haltung. Der Versicherte selbst nenne die Fähigkeit, seine innerseelischen Defizite mit entsprechender Anstrengung überwinden zu können. Bereits Dr. med. E. _____, Psychiatrie und Psychotherapie, habe im MEDAS-Gutachten vom 20. April 2005 festgehalten, dass, obwohl der Versicherte in psychiatrischer Behandlung stehe und mit Antidepressiva behandelt werde, diese Behandlung bisher nicht gefruchtet habe, was u.a. auch auf die Persönlichkeitsstruktur des Patienten zurückzuführen sei. Eine Wiedereingliederung mit Blick auf das Alter des Versicherten würde sich aufdrängen, doch sei dies wegen seiner sturen Haltung betreffend die Arbeitsunfähigkeit und Behinderung nicht durchführbar (IV-act. 73 S. 24).

E. 4.3.3.3

Der soziale Kontext beschreibt der Gutachter als objektiv und subjektiv geordnet. So pflege der Versicherte regelmässig vielfältige direkte und telefonische soziale Kontakte mit Verwandten, Kollegen und den beiden ehemaligen Ehefrauen. Zudem erwähne er selbst soziale Ressourcen (z.B. Aktivitäten des täglichen Lebens, Tätigkeit im Haushalt, Interesse am sozialen Geschehen, Reisetätigkeit). Mit Bezug auf die Kategorie Konsistenz mit den Indikatoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen sowie behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck diagnostiziert der Gutachter die objektiven psychopathologischen Befunde als aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gering ausgeprägt. Die Limitierung des Aktivitätenniveaus, wie sie von der versicherten Person für alle vergleichbaren Lebensbereiche genannt werde, sei weit überwiegend durch seine Selbsteinschätzung zu begründen. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung dieser rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht medizinisch zumutbar und tatsächlich möglich (z.B. erhaltene, bzw. wieder gewonnene Fähigkeit, alltägliche Verrichtungen ausüben zu können, soziale/familiäre Kontakte zu pflegen, Reisen zu unternehmen). Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht relevante ambulante Behandlungsmassnahmen seien dokumentiert, jedoch als wenig ausgebaut zu bezeichnen. Darüber hinaus sei eine aktive Überwindung dieser Beschwerden (Expositionsübungen) sogar aus therapeutischer

Sicht dringend indiziert, um eine Remission des ängstlichen Syndroms zu unterstützen. Die Schmerzstörung, die Angst und depressive Störung sowie das Abhängigkeitssyndrom von Benzodiazepinen und der Gebrauch von Alkohol in unklarem Ausmass würden grundsätzlich eine Indikation für eine regelmässige strukturierte fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung darstellen. Eine Motivation für eine solche Behandlung bestätigte der Versicherte jedoch nur teilweise, auch sei keine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz vorhanden.

E. 4.3.4

Dr. med. R._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, des medizinischen Dienstes nahm am 8. Februar 2017 Stellung zu den Indikatoren und zum psychiatrischen Gutachten (IV-act. 217). Er hielt fest, dass aus rein psychiatrischer Sicht kaum funktionelle Einschränkungen bestehen würden, vielmehr müsse von einer Selbstlimitierung ausgegangen werden. Das psychiatrische Gutachten berücksichtige die vorgesehenen Qualitätsleitlinien, wende die Standard-Indikatoren an und sei nachvollziehbar. Hereditär sei der Versicherte in psychiatrischer Hinsicht nicht belastet. Die erhobenen Befunde und die durchgeführten Tests belegten die von Dr. med. D._____, gestellten Diagnosen - die im Übrigen auch vom behandelnden Psychiater, Dr. P._____, bestätigt würden -, die ausführliche Diskussion des klinischen Teils und die Auseinandersetzung mit den Vorakten liessen keine Zweifel an seinen Schlüssen zu. Unter Berücksichtigung der Befunde müssten gemäss Dr. med. R._____ die daraus abzuleitenden funktionellen Einschränkungen zu einer geringeren grossen Arbeitsunfähigkeit führen. Dennoch bestätigte er eine Arbeitsunfähigkeit von 35% und damit aus psychiatrischer Sicht eine unveränderte gesundheitliche Situation zur MEDAS-Begutachtung.

E. 4.3.5

Insgesamt erfüllt das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. C._____, FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, sowie von Dr. med. D._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie vom 25. Januar 2017, die allgemeinen beweisrechtlichen Vorgaben (vgl. E. 2.8). Dieser Einschätzung der Arbeitsfähigkeit schliessen sich auch die Ärzte des medizinischen Dienstes, Dr. med. R._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Stellungnahme vom 8. Februar 2017, IV-act. 217), Dr. med. S._____, Facharzt Rheumatologie (Stellungnahme vom 8. März 2017, IV-act. 221), Dr. med. G._____, Fachärztin für Rheumatologie (Stellungnahme vom 15. August 2017, IV-act. 237), sowie Dr. med. F._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie (Stellungnahme vom 2. September 2017, IV-act. 238), an. Das bidisziplinäre Gutachten äussert sich auch hinreichend zum revisionsspezifischen Beweisthema aus medizinischer Sicht, indem die Gutachter den vergangenen mit dem aktuellen Gesundheitszustand vergleichen.

E. 4.3.6

Im Weiteren kritisiert der Beschwerdeführer die Begutachtung in der Schweiz, da die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bereits im Voraus feststehe. Insbesondere treffe dies auf sämtliche Gutachten von Dr. med. D._____ und von Dr. med. C._____ zu. Er bemängelt auch die zeitliche Dauer der psychiatrischen Begutachtung, die entgegen der im Gutachten gemachten Angaben nur 1 ½ Stunden gedauert haben soll. Mit Schreiben vom 25. Juli 2016 (IV-act. 184) gab die Vorinstanz dem Beschwerdeführer gestützt auf Art. 44 ATSG die Namen der Begutachter bekannt und gewährte ihm auch die Möglichkeit, innert Frist von zehn Tagen nach Erhalt des Schreibens allfällige Einwände oder triftige

Verweigerungs- oder Ablehnungsgründe gegen die erwähnten Gutachter vorzubringen. Von dieser Möglichkeit machte der Beschwerdeführer jedoch keinen Gebrauch, zumal er mit Schreiben vom 28. Juli 2016 (IV.act. 186) explizit sein Einverständnis erklärte und die Begutachter nicht ablehnte. Wenn nun der Beschwerdeführer behauptet, der beauftragte Begutachter sei vorbelastet, weil das Ergebnis der Arbeitsfähigkeit bereits im Voraus feststehe, kann ihm nicht gefolgt werden.

E. 4.4

Gemäss verschiedenen medizinischen Berichten (21. Februar 2013, 20. Mai 2016) des behandelnden Psychiaters Dr. P._____ sowie der Eingaben des Beschwerdeführers (letztmals mit Schreiben vom 19. Mai 2019; B-act. 22) müsse der Versicherte die Behandlungen selbst bezahlen. Aus finanziellen Gründen könne er jedoch die Behandlungen und Therapien nicht regelmässig durchführen. Belege, die eine fehlende Finanzierung der von den Psychiatern empfohlenen Therapien beweisen würden, sind vom Beschwerdeführer jedoch nicht eingereicht worden. Dass dem Beschwerdeführer aus finanziellen Gründen eine adäquate psychiatrische Behandlung nicht möglich ist, hat auf den Erhalt der Invalidenrente keinen Einfluss, weil die Arbeitsunfähigkeit von 35% nicht rentenbegründend oder -erhaltend ist. Finanzielle Gründe gelten überdies als invaliditätsfremde Faktoren.

E. 4.5

Die Vorinstanz ist aufgrund des Gesagten gestützt auf das bidisziplinären Gutachten vom 25. Januar 2017 insgesamt zu Recht von einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes ausgegangen. Aus somatisch-rheumatologischer Sicht ist nunmehr von einer Arbeitsfähigkeit zu 100% sowie aus psychiatrischer Sicht von einer unveränderten Arbeitsunfähigkeit von 35% in jeglicher Tätigkeit auszugehen. Damit erübrigt sich die Durchführung eines Einkommensvergleichs.

E. 5

Die revisionsweise Aufhebung (oder Herabsetzung) einer Rente kann erst erfolgen, wenn die versicherte Person im Rahmen des Zumutbaren bestmöglich eingegliedert ist. Die Eingliederungsfrage ist prinzipiell auch im Revisionsverfahren prioritär und von Amtes wegen zu prüfen, woran grundsätzlich nichts ändert, wenn sich die versicherte Person im Ausland befindet (Urteil des BVGer C-5144/2017 vom 12. September 2018 E. 9 mit Bezug auf das Urteil des BGer 9C_921/2009 vom 22. Juni 2009 E. 5.3).

E. 5.1

Nach ständiger Rechtsprechung ist im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar. Indes sind bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten (Urteil des BGer 8C_19/2016 vom 4. April 2016 E. 5.1; 9C_412/2014 vom 20. Oktober 2014 E. 3.1; 9C_367/2011 vom 10. August 2011 E. 3.2; 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.1). Ausnahmen vom Grundsatz der Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen dann vor, wenn die langjährige Abstinenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, die versicherte Person besonders agil, gewandt und im

gesellschaftlichen Leben integriert ist oder über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren (Urteil des BGer 9C_183/2015 vom 19. August 2015 E. 5). Für die Bestimmung der massgebenden Rentenbezugsdauer und des erreichten Altersjahres ist auf den Zeitpunkt der Revisionsverfügung bzw. den darin festgelegten Zeitpunkt der Rentenaufhebung abzustellen (BGE 141 V 5).

E. 5.2

Der Beschwerdeführer war im festgelegten Zeitpunkt der Rentenaufhebung (30. November 2017) 56 Jahre alt und bezog damals seit etwas mehr als 15 Jahren eine Invalidenrente. Damit ist ein langjähriger Rentenbezug im Sinne der hiervor wiedergegebenen Rechtsprechung gegeben. Deshalb wäre grundsätzlich vor Einstellung der Rentenleistungen zu prüfen, ob dem Beschwerdeführer die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung zumutbar ist. Darauf kann jedoch verzichtet werden, wenn die versicherte Person nie vollständig arbeitsunfähig beziehungsweise - wie im vorliegenden Fall - zumindest zu 50% arbeitsfähig und seine Abwesenheit vom Arbeitsmarkt daher nicht invaliditätsbedingt gewesen ist (vgl. Urteil des BGer 8C_1/2018 vom 16. August 2018 E. 5). Mit Blick auf die durchgehend gegebene Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers kann somit davon ausgegangen werden, dass ihm die Selbsteingliederung zuzumuten ist.

E. 5.3

Der Umstand, dass der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit von 50% seit Jahren nicht mehr verwertet hat, kann nicht invaliditätsbedingt begründet werden. Dies bestätigt auch Dr. med. D. _____ im Gutachten vom 25. Januar 2017 zur Frage der Abgrenzung der Funktionseinschränkungen, welche auf die Gesundheitsschädigung zurückzuführen sind, und zu den nicht versicherten invaliditätsfremden Faktoren. Dr. med. D. _____ hält dazu fest, dass bei der versicherten Person die nicht krankheitsbedingten sozialen Faktoren wie z.B. Lebensalter, sozioökonomische Lebensumstände, langjähriger Rentenbezug, Rentenwunsch, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, finanzielle Sorgen, alleinlebend, die Motivation beeinträchtigt und die in der Begutachtung erkennbare Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person erklärt (IV-act. 214 Seite 28). Somit ist insgesamt die rentenaufhebende Verfügung vom 10. Oktober 2017 auch unter eingliederungsrechtlichem Blickwinkel gerechtfertigt.

E. 6

Aus dem Dargelegten folgt, dass die Beschwerde abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 10. Oktober 2017 zu bestätigen ist.

E. 7.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden. Unterliegt diese nur teilweise, so werden die Verfahrenskosten ermässigt (Art. 63 Abs. 1 VwVG).

E. 7.2

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen. Diese sind auf Fr. 800.- festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

E. 7.3

Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG; Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die obsiegende Vorinstanz hat ebenfalls keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

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