

# **BVGer C-655/2018 vom 14. November 2019**

Bundesverwaltungsgericht, 2019-11-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-655\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-655_2018)

FR: TAF C-655/2018 du 14 novembre 2019

IT: TAF C-655/2018 del 14 novembre 2019

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 19. Dezember 2017, mit der die Vorinstanz das Gesuch des Beschwerdeführers um Ausrichtung einer höheren IV-Rente abwies.

### **E. 1.2**

Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) ist das Bundesverwaltungsgericht zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

### **E. 1.3**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG (172.021) die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln finden diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2).

### **E. 1.4**

Der Beschwerdeführer ist als Adressat durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die fristgemäss (Art. 60 ATSG und Art. 22a Abs. 1 Bst. c VwVG) sowie formgerecht (Art. 52 Abs. 1 VwVG) eingereichte Beschwerde ist daher einzutreten, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde.

### **E. 1.5**

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

### **E. 1.6**

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im

Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; BGE 138 V 218 E. 6).

### **E. 1.7**

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet ein Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen. In Anwendung von Art. 40 Abs. 3 IVV bleibt die einmal begründete Zuständigkeit der IV-Stelle unter Vorbehalt der Abs. 2bis - 2quater im Verlaufe des Verfahrens erhalten. Der Beschwerdeführer war vor Eintritt des Gesundheitsschadens zuletzt als Grenzgänger in der Schweiz erwerbstätig. Er lebte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung im Grenzgebiet und macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf den Zeitpunkt seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Unter diesen Umständen war die SVA B.\_\_\_\_\_ für die Entgegennahme und Prüfung seines Rentenrevisionsgesuchs sowie die Vorinstanz für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig. Daran ändert nichts, dass der Beschwerdeführer mittlerweile in H.\_\_\_\_\_ und damit nicht mehr im Grenzgebiet lebt, da die einmal begründete Zuständigkeit bestehen bleibt (Urteil des BGer 8C\_814/2016 E. 4.2), wenn - wie hier - keine Ausnahme nach Art. 40 Abs. 2bis - 2quater IVV vorliegt.

### **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; BGE 139 V 335 E. 6.2; BGE 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 19. Dezember 2017 in Kraft standen. Weiter sind aber auch Vorschriften zu beachten, 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: 19. Dezember 2017) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Die im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte von Dr. G.\_\_\_\_\_ vom 8. August 2018 (BVGer act. 12/2), 26. September 2018 (BVGer act. 14/1), 10. Oktober 2018 (BVGer act. 16/1) und 19. Dezember 2018 (BVGer 23/1) datieren nach Verfügungserlass und sind damit vorliegend nicht zu beachten. Dasselbe gilt auch für den Neufeststellungsbescheid aus Deutschland vom 10. April 2019 (BVGer act. 25/1). Ebenso ist die Stellungnahme des RAD vom 23. November 2018 (BVGer act. 20/2) nicht zu berücksichtigen. Hingegen stellen die Berichte von Dr. G.\_\_\_\_\_ vom 1. April 2017 (Vorakten 348. 351, 373; BVGer act. 1/6) und vom 15. Oktober 2017 (Vorakten 362, 374; BVGer act. 1/8) keine Noven dar, da sie

vor Verfügungserlass erstellt wurden.

### **E. 2.3**

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland. 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. 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 bzw. die Verschlechterung einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

### **E. 3**

In formeller Hinsicht rügt der Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs (BVGer act. 1).

#### **E. 3.1**

Gemäss Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 42 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Der verfassungsmässige Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst das Recht der Parteien auf Teilnahme am Verfahren und auf Einflussnahme auf den Prozess der Entscheidungsfindung. Dazu gehört auch deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden, an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen und Einsicht in die Akten nehmen zu können (vgl. auch Art. 47 ATSG) sowie die Pflicht der Behörden, den Entscheid zu begründen (vgl. auch Art. 49 Abs. 3 ATSG; BGE 135 V 465 E. 4.3.2; BGE 134 I 83 E. 4.1; BGE 132 V 368 E. 3.1 m.H.). Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 143 V 71 E. 4.1 m.H.).

#### **E. 3.2.1**

Nach ständiger Rechtsprechung bildet die Aktenführungspflicht von Verwaltung und Behörden das Gegenstück zum aus Art. 29 Abs. 2 BV fliessenden Akteneinsichts- und Beweisführungsrecht, indem die Wahrnehmung des Akteneinsichtsrechts durch die versicherte Person eine Aktenführungspflicht der Verwaltung voraussetzt (BGE 130 II 473 E. 4.1; 124 V 372 E. 3b; 124 V 389 E. 3a; Urteil des BVGer C-2696/2018 vom 31. Juli 2019 E. 2.1). Der verfassungsmässige Anspruch auf eine geordnete und übersichtliche Aktenführung verpflichtet Behörden und Gerichte, die Vollständigkeit der im Verfahren eingebrachten und erstellten Akten sicherzustellen (SVR 2011 IV Nr. 44 [8C\_319/2010] E. 2.2.1; Urteil des BGer 5A\_341/2009 vom 30. Juni 2009 E. 5.2; Urteil des BVGer C-2696/2018 vom 31. Juli 2019 E. 2.1). Die Unterlagen sind von Beginn weg in chronologischer Reihenfolge abzulegen; bei Vorliegen eines Gesuchs um Akteneinsicht und spätestens im Zeitpunkt des Entscheids ist das Dossier zudem durchgehend zu

paginieren. In der Regel ist auch ein Aktenverzeichnis zu erstellen, welches eine chronologische Auflistung sämtlicher in einem Verfahren gemachter Eingaben enthält (Urteil des BGer 2C\_327/2010 vom 19. Mai 2011 E. 3.2 [nicht publiziert in BGE 137 I 247]; Urteil des BGer 8C\_616/2013 vom 28. Januar 2014 E. 2.1; Urteil des BVGer C-2696/2018 vom 31. Juli 2019 E. 2.1).

### **E. 3.2.2**

Das von der Vorinstanz im Beschwerdeverfahren eingereichte Dossier genügt den dargelegten Anforderungen an eine vollständige und systematische Aktenführung nicht, da die Akten verschiedentlich nicht chronologisch geordnet sind. So findet sich beispielsweise das Dokument act. 270 aus dem Jahr 2015 nach act. 269 aus dem Jahr 2017. Zudem besteht teilweise innerhalb einer Aktennummer keine Chronologie, wie bei act. 156 [156/1-156/237] und act. 227 [227/1-227/328]). Weiter wurden Beilagen zu den Briefen des Beschwerdeführers einmal vorher (Vorakten 241, 284, 309, 321, 331, 349) und einmal nachher (Vorakten 253, 277, 287, 334, 337, 341, 350 [identisch act. 349], 361) abgelegt. Ausserdem wurden selbst Aktenstücke die zu derselben Eingabe des Beschwerdeführers gehören, teilweise vorher (Vorakten 373, 374) und teilweise nachher (Vorakten 377, 378, 373, 380, 381) eingereicht.

### **E. 3.2.3**

Aufgrund der mangelnden Aktenführung wird zum einen die effiziente Wahrung der Rechtsansprüche des Beschwerdeführers unnötig erschwert. Zum andern wird hiermit auch für die Rechtsmittelbehörde die Erarbeitung der Übersicht über den massgeblichen Sachverhalt und die verlässliche Referenzierung der Akten erschwert. Die Vorinstanz wird daher angehalten, in künftigen Fällen sämtliche Akten chronologisch und vollständig zu führen und im Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren stets eine systematische Paginierung vorzunehmen (Urteil des BVGer C-2696/2018 vom 31. Juli 2019 E. 2.2). Dem beim Rechtsvertreter des Beschwerdeführers entstandene Mehraufwand ist im Rahmen der Bemessung der Parteientschädigung Rechnung zu tragen (Urteil des BVGer C-2696/2018 vom 31. Juli 2019 E. 2.3).

### **E. 3.3**

Im Bereich der Invalidenversicherung hat die Verwaltung - von hier nicht zutreffenden Ausnahmen abgesehen (BGE 134 V 97) - das rechtliche Gehör im Vorbescheidverfahren zu gewähren. Gemäss Art. 57a Abs. 1 IVG teilt die IV-Stelle der versicherten Person den vorgesehenen Endentscheid über ein Leistungsbegehren oder den Entzug oder die Herabsetzung einer bisher gewährten Leistung mittels Vorbescheid mit (Satz 1); die versicherte Person hat Anspruch auf rechtliches Gehör im Sinne von Artikel 42 ATSG (Satz 2). Gegenstand des Vorbescheids nach Art. 57a IVG sind dabei Fragen, die in den Aufgabenbereich der IV-Stellen nach Art. 57 Bst. c - f IVG fallen (Art. 73bis Abs. 1 IVV). Die Parteien können innerhalb einer Frist von 30 Tagen Einwände zum Vorbescheid vorbringen (Art. 73ter Abs. 1 IVV). Der Sinn und Zweck des Vorbescheidverfahrens besteht darin, eine unkomplizierte Diskussion des Sachverhalts zu ermöglichen und dadurch die Akzeptanz des Entscheids bei den Versicherten zu verbessern (BGE 134 V 97 E. 2.7). Das Vorbescheidverfahren geht über den verfassungsrechtlichen Mindestanspruch hinaus, indem es Gelegenheit gibt, sich nicht nur zur Sache, sondern auch zum vorgesehenen Endentscheid zu äussern (Urteil des BVGer C-3327/2017 E. 3.2).

### **E. 3.4**

Aus den Akten geht, wie nachfolgend zu zeigen ist, nicht hervor, dass die Vorinstanz bzw. die SVA B. \_\_\_\_\_, einen Vorbescheid zur Abweisung des IV-Gesuchs erlassen hätte.

#### **E. 3.4.1**

Der Beschwerdeführer stellte am 11. März 2015 (Vorakten 270, 271, 272) ein Revisionsgesuch und machte eine Verschlechterung seines Gesundheitszustands und eine Änderung in erwerblicher Hinsicht geltend.

#### **E. 3.4.2**

Am 10. Juni 2015 erliess die SVA B. \_\_\_\_\_ einen Vorbescheid (Vorakten 280), worin sie dem Beschwerdeführer das Nichteintreten auf sein Revisionsgesuch in Aussicht stellte. Daraufhin ersuchte der Beschwerdeführer am 12. Juni 2015 (Vorakten 281, 282) um Akteneinsicht und insbesondere um die Zustellung des Feststellungsblatts. Am 18. Juni 2015 (Vorakten 283) stellte die SVA B. \_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer Akten zu, wobei aus dem Schreiben nicht ersichtlich ist, ob auch das Feststellungsblatt (Vorakten 279) mit der Stellungnahme des RAD vom 6. Juni 2015 (Vorakten 279/3) zugestellt wurde. Nach Eingang des Einwandes des Beschwerdeführers vom 13. Juli 2015 (Vorakten 285) und ärztlicher Unterlagen (Vorakten 284, 288), welche die SVA B. \_\_\_\_\_ ihrem RAD vorlegte (Vorakten 289/2), verfügte sie am 7. August 2015 (Vorakten 290) das Nichteintreten auf das Revisionsgesuch. Mit Schreiben vom 15. Juli 2015 (Vorakten 293) bat der Beschwerdeführer um Akteneinsicht. Die SVA B. \_\_\_\_\_ liess mit Brief vom 21. August 2015 (Vorakten 294) dem Beschwerdeführer Akten zukommen, jedoch ist wiederum nicht ersichtlich, ob insbesondere das Feststellungsblatt (Vorakten 289) mit der Stellungnahme des RAD vom 4. August 2015 (Vorakten 289/3) beigelegt war. Die gegen die Verfügung vom 7. August 2015 erhobene Beschwerde vom 14. September 2015 (Vorakten 295/3) hiess das Sozialversicherungsgericht des Kantons B. \_\_\_\_\_ mit Urteil vom 26. Oktober 2015 (Vorakten 298) dahingehend gut, als es die Verfügung vom 7. August 2017 wegen Unzuständigkeit der entscheidenden Behörde aufhob und erkannte, die Akten seien nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils an die zuständige IVSTA zu überweisen, damit sie verfüge.

#### **E. 3.4.3**

Die IVSTA erliess jedoch zunächst keine Verfügung, sondern teilte der SVA B. \_\_\_\_\_ am 11. März 2016 (Vorakten 306) mit, dass sie die Verfügung vorzubereiten habe, da der Beschwerdeführer Grenzgänger sei; für eventuell weitere Abklärungen würde weiterhin die Zuständigkeit der SVA B. \_\_\_\_\_ bestehen. Mit Vorbescheid vom 20. Mai 2016 (Vorakten 316) setzte die SVA B. \_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer darüber in Kenntnis, dass vorgesehen sei, auf das Revisionsgesuch nicht einzutreten. Daraufhin beantragte der Beschwerdeführer am 25. Mai 2016 (Vorakten 318) die Zustellung sämtlicher der seit der Verfügung vom 13. März 2014 ins Dossier gelangten Unterlagen. Die SVA B. \_\_\_\_\_ stellte dem Beschwerdeführer am 26. Mai 2016 (Vorakten 319) Unterlagen zu, wobei wiederum nicht erkennbar ist, welche Akten zugestellt wurden, ob insbesondere die Feststellungsblätter mit den Stellungnahmen des RAD beigelegt waren, denn einzig aus dem Hinweis «IV-Akten act. 1 - 61» ist dies nicht ersichtlich.

#### **E. 3.4.4**

Mit Einwand vom 21. Juni 2016 (Vorakten 321) beantragte der Beschwerdeführer, auf das Revisionsgesuch sei einzutreten und es sei eine polydisziplinäre Begutachtung zu veranlassen. Am 12. Juli 2016 (Vorakten 324) informierte er die SVA B. \_\_\_\_\_ darüber,

dass er zu einer weiteren Behandlung in die I.\_\_\_\_\_ Klinik aufgeboten worden sei. Die SVA B.\_\_\_\_\_ holte am 5. September 2016 (Vorakten 328) den Sprechstundenbericht der I.\_\_\_\_\_ Klinik ein.

#### **E. 3.4.5**

Der Beschwerdeführer fragte am 27. Januar 2017 (Vorakten 341) bei der SVA B.\_\_\_\_\_ nach, welche Abklärungen sie getätigt habe. Da er ohne Antwort blieb, verlangte er am 14. Februar 2017 (Vorakten 344) die Zustellung der Akten ab 1. Juni 2016. Am 16. Februar 2017 (Vorakten 345) sandte ihm die SVA B.\_\_\_\_\_ Unterlagen, wobei auch hier nicht ersichtlich ist, welche Akten zugestellt wurden.

#### **E. 3.4.6**

Am 10. Mai 2017 (Vorakten 353) stellte der Beschwerdeführer ein weiteres Akteneinsichtsgesuch. Die SVA B.\_\_\_\_\_ informierte den Beschwerdeführer am 12. Mai 2017 (Vorakten 355) telefonisch darüber, dass lediglich die Akten der Unfallversicherung und die von ihm eingereichten Akten vorliegen würden, woraufhin der Beschwerdeführer auf eine Aktenzustellung verzichtete, jedoch weiterhin die Zustellung der zukünftigen Feststellungsblätter verlangte.

#### **E. 3.4.7**

Die SVA B.\_\_\_\_\_ legte die medizinischen Akten ihrem RAD vor, welcher am 30. Mai 2017 (Vorakten 357/7) Stellung nahm. Anstatt dem Beschwerdeführer vorab das rechtliche Gehör zu gewähren, sandte die SVA B.\_\_\_\_\_ der IVSTA am 9. August 2017 eine vorbereitete Verfügung (Vorakten 358), welche nicht unterschrieben wurde, da sie mangelhaft war (Vorakten 360).

#### **E. 3.4.8**

Mit Mahnung vom 19. Oktober 2017 (Vorakten 361) und 4. Dezember 2017 (Vorakten 363) verlangte der Beschwerdeführer die Gewährung der Akteneinsicht. Die SVA B.\_\_\_\_\_ sandte mit Schreiben vom 8. Dezember 2017 (Vorakten 364) zuerst die vorbereitete Verfügung an die IVSTA, bevor sie am 11. Dezember 2017 (Vorakten 366) die Akten dem Beschwerdeführer zustellte. Am 19. Dezember 2017 (Vorakten 367/3) erging dann die angefochtene Verfügung. Der Endentscheid wurde damit erlassen, ohne dem Beschwerdeführer die Abweisung des Gesuchs mittels Vorbescheid anzuzeigen, womit sich das Vorbescheidverfahren als mangelhaft erweist.

#### **E. 3.5**

Das genannte Vorgehen der IV-Stelle (vgl. E. 3.4 hiervor) verletzt zudem die Mitwirkungsrechte des Beschwerdeführers, wie sich nachfolgend ergibt.

##### **E. 3.5.1**

Der internen Notiz der SVA B.\_\_\_\_\_ vom 4. Januar 2017 ist zu entnehmen (Vorakten 357/5), dass die SVA B.\_\_\_\_\_ mit Einholen des Sprechstundenberichtes bei der I.\_\_\_\_\_ Klinik am 5. September 2016 auf das Revisionsgesuch eingetreten ist, was sie dem Beschwerdeführer jedoch nicht mitteilte, so erfuhr dieser vom Eintreten und Abweisen des Gesuchs erst anlässlich der angefochtenen Verfügung vom 19. Dezember 2017 (Vorakten 367). Der Beschwerdeführer konnte sich damit im Vorbescheidverfahren nicht zur angefochtenen Verfügung und deren Begründung äusseren, da kein entsprechender Vorbescheid erlassen worden war, womit sein Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt

wurde (vgl. E. 3.3 hiervor).

### **E. 3.5.2**

In Bezug auf die Akteneinsicht fällt zudem auf, dass der Beschwerdeführer jeweils mehrmals nachfragen musste, bevor ihm die Unterlagen zugestellt wurden (vgl. E. 3.4.5 und E. 3.4.7 hiervor). Weiter ist fraglich, ob dem Beschwerdeführer auch Einsicht in die Stellungnahmen des RAD vom 4. August 2015 und 6. Juni 2015 gewährt wurde, da aus den Akten nicht hervorgeht, ob ihm diese zugesandt wurden (vgl. E. 3.4.2 und E. 3.4.3 hiervor) und der Beschwerdeführer zudem geltend machte (BVGer act. 1), dass medizinische Akten dem RAD nicht vorgelegt worden seien, obwohl diese bei den genannten Stellungnahmen erwähnt wurden. Aus diesem Grund, werden dem vorliegenden Urteil die Feststellungsblätter vom 10. Juni 2015 (Vorakten 279), 7. August 2015 (Vorakten 289), 4. Januar 2017 (Vorakten 339) und 9. August 2017 (Vorakten 357) in Kopie beigelegt.

### **E. 3.5.3**

Obwohl der Beschwerdeführer mehrmals die Zustellung des Feststellungsblattes vom 9. August 2017 verlangte (vgl. E. 3.4.6 hiervor), wurde ihm dieses erst zugestellt, als die vorbereitete Verfügung der IVSTA bereits zugegangen war. Damit blieb dem Beschwerdeführer die Möglichkeit verwehrt, sich zur Sache und insbesondere zur abschliessenden Stellungnahme des RAD vom 30. Mai 2017 (Vorakten 357/7) zu äussern, so dass er seine Mitwirkungsrechte nicht wahrnehmen konnte (vgl. E. 3.1 hiervor).

### **E. 3.6**

Es liegt nicht nur eine Verletzung der Mitwirkungsrechte des Beschwerdeführers vor (vgl. E. 3.5 hiervor), sondern, wie nachfolgend zu zeigen ist, auch eine Verletzung der Begründungspflicht der Vorinstanz.

#### **E. 3.6.1**

Der Gehörsanspruch verwirklicht sich nur, wenn die Behörde die Vorbringen des Betroffenen auch wirklich anhört, sorgfältig und ernsthaft prüft und in der Entscheidungsfindung berücksichtigt (vgl. Jörg Paul Müller, Grundrechte in der Schweiz, 4. Auflage 2008, Seite 868). Der verfassungsmässige Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Teilgehalt die Begründungspflicht der Behörden (Art. 29 Abs. 2 BV; vgl. ULRICH HÄFELIN/ WALTER HALLER/HELEN KELLER, Schweizerisches Bundesstaatsrecht, 8. Aufl., B. \_\_\_\_\_ 2012, Rz. 838). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung soll die Begründungspflicht verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und dem Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl er wie auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheides ein Bild machen können. In diesem Sinn müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (Urteil des EVG I 3/05 vom 17. Juni 2005 E. 3.1.3 m.H.; BGE 124 V 180 E. 1a; BGE 118 V 56 E. 5b).

#### **E. 3.6.2**

Die IVSTA ist vorliegend die verfügende Behörde. Die Tatsache, dass die Verfügung von der SVA B. \_\_\_\_\_ vorbereitet wurde, entbindet sie nicht von der Pflicht, Verfügungen mit

hinreichender und korrekter Begründung zu erlassen. Entgegen der Behauptung in der angefochtenen Verfügung, wurde mit Vorbescheid vom 20. Mai 2016 nicht in Aussicht gestellt, dass das Leistungsbegehren abgewiesen, sondern, dass darauf nicht eingetreten werde, denn, wie bereits erwähnt (vgl. E. 3.4.7 und E. 3.5.1 hiervor), ist gerade kein Vorbescheid zur Abweisung des Gesuchs aktenkundig.

### **E. 3.6.3**

Die Vorinstanz begründete ihre Verfügung dahingehend, dass sie die Akten berücksichtigt und ihrem RAD zur Stellungnahme unterbreitet habe. Aus medizinischer Sicht seien mit dem Einwand keine neuen medizinischen Tatsachen hervorgebracht worden. Die vorgebrachten Diagnosen seien bereits im Gutachten vom 7. August 2013 berücksichtigt worden. Anders als bei einem Nichteintretensentscheid ist bei einem Abweisungsentscheid nicht massgebend, ob der Beschwerdeführer Unterlagen, welche eine rentenrelevante, gesundheitliche Veränderung belegen, beibringen konnte, denn tritt die Verwaltung auf ein Revisionsgesuch ein, hat sie selber in Anwendung des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. E. 1.6 hiervor) allseitige Abklärungen vorzunehmen (vgl. E. 4.4.2 hiernach). Die Begründung der angefochtenen Verfügung geht somit an der Sache vorbei.

### **E. 3.6.4**

Weder die SVA B. \_\_\_\_\_ im Vorbescheidverfahren noch die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung sind auf die Vorbringen des Beschwerdeführers eingegangen. Selbst im vorliegenden Beschwerdeverfahren äusserten sich die IV-Stellen nicht, sondern verwiesen im Ergebnis einzig auf die angefochtene Verfügung, welche ihrerseits keine hinreichende Begründung enthält und sich erst recht nicht zu den Rügen des Beschwerdeführers äussert. Der Wechsel in die Parteistellung im Beschwerdeverfahren dispensiert die IV-Stelle indes nicht davon, den Anspruch auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV zu wahren. Das Durchführungsorgan der Sozialversicherung bleibt als Behörde auch nach dem Übergang zum Anfechtungsstreitverfahren - trotz seiner formellen Parteistellung - an die rechtsstaatlichen Grundsätze (Art. 5 BV) gebundenes Verwaltungsorgan, welches zur Neutralität und Objektivität verpflichtet ist (Urteil des BGer 9C\_194/2011 vom 15. September 2011 E. 2; Urteil des BVGer C-6529/2014 vom 4. Juli 2016 E. 8.3). Die Vorinstanz und die SVA B. \_\_\_\_\_ haben mit dem bewussten Verzicht auf eine begründete Vernehmlassung und Duplik sowie dem pauschalen Verweis auf die angefochtene Verfügung, den Rügen des Beschwerdeführers jede Erheblichkeit abgesprochen. Insofern, als eine sorgfältige und gewissenhafte Prüfung der beschwerdeweise vorgetragenen Rügen nicht dokumentiert ist, hat die Vorinstanz den verfassungsmässigen Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt (vgl. hierzu Urteil des BVGer C-6529/2014).

### **E. 3.6.5**

Ein pauschaler Verweis in der Vernehmlassung auf die angefochtene Verfügung ist nur dann sinnvoll und zweckmässig, wenn es sich um eine ausführlich begründete Verfügung handelt (Urteil des BVGer C-6529/2014 E. 8.5). Dies ist vorliegend jedoch gerade nicht der Fall. Abgesehen davon werden sich die beschwerdeführenden Parteien kaum je ernst genommen fühlen, wenn wiederholt keine begründeten Stellungnahmen auf ihre Vorbringen eingereicht werden. Auch unter diesem Aspekt wäre zumindest eine kurze sachliche Stellungnahme zu den vorgebrachten Rügen geboten gewesen (Urteil des BVGer C-6529/2014 E. 8.6).

### **E. 3.7.1**

Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Dessen Verletzung führt, ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst, in der Regel zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung (BGE 127 V 431 E. 3d/aa; BGE 126 I 19 E. 2d/bb). Es kommt mithin nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist. Bei schwerwiegender Verletzung der Gehörs- und Mitwirkungsrechte entfällt grundsätzlich eine Heilungsmöglichkeit. Nicht geheilt werden kann die Verletzung des rechtlichen Gehörs zufolge Unterlassung der Anhörung des Versicherten durch die Verwaltung (vgl. zum Ganzen Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010, Rz. 1318 ff.). Nach ständiger Praxis kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs allerdings dann geheilt werden, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann. Die Heilung eines allfälligen Mangels soll aber die Ausnahme bleiben (BGE 126 V 130 E. 2b). Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 116 V 182 E. 3d; vgl. zum Ganzen ausführlich Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] I 193/04 vom 14. Juli 2006).

### **E. 3.7.2**

Angesichts der ungenügenden Aktenführung, des nicht korrekt durchgeführten Vorbescheidverfahrens, der Verletzung der Mitwirkungsrechte und der nicht hinreichenden Begründung in der angefochtenen Verfügung liegt eine Verletzung der formellen Verfahrensregeln und des rechtlichen Gehörs vor; damit stellt sich die Frage der ausnahmsweisen Heilung im Beschwerdeverfahren (vgl. E. 3.7.1 hiervoor).

### **E. 3.7.3**

Der Beschwerdeführer konnte sich vorliegend zwar im Rahmen des doppelten Schriftenwechsels äussern, jedoch nahmen die Vorinstanz und die SVA B. \_\_\_\_\_ auch vor Bundesverwaltungsgericht nicht zu den Vorbringen des Beschwerdeführers Stellung, obwohl seitens des Beschwerdeführers die Verletzung des Anspruchs auf rechtlichen Gehörs geltend gemacht wurde (vgl. E. 3.6.4 hiervoor). Weiter führt vorliegend die Rückweisung der Sache nicht zu einem formalistischen Leerlauf, da, wie zu zeigen sein wird, die Sache auch in materieller Hinsicht mangels hinreichender Klärung des rechtserheblichen Sachverhalts an die Vorinstanz zurückzuweisen ist (vgl. E. 6 und 7 hiernach). Eine Heilung der Verletzung des rechtlichen Gehörs fällt damit ausser Betracht.

### **E. 4.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder

teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 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. 4.2**

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

#### **E. 4.3**

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

#### **E. 4.4**

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

##### **E. 4.4.1**

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

##### **E. 4.4.2**

Liegt in diesem Sinne 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 dagegen eine anspruchserhebliche Änderung des

Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des BGer 9C\_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 m.H.).

#### **E. 4.4.3**

Als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte Beurteilung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und - bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens - Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4; BGE 130 V 343 E. 3.5.2).

#### **E. 4.5**

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist.

#### **E. 4.5.1**

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a; BGE 122 V 157 E. 1c).

#### **E. 4.5.2**

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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; BGE 125 V 351 E. 3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen medizinischen Beurteilung als Bericht, Gutachten oder Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3.a; BGE 122 V 157 E. 1c). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss aber über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

#### **E. 4.5.3**

Geht es um psychische Erkrankungen wie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine Fibromyalgie oder ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (BGE 140 V 8

E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409; BGE 143 V 418), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung in ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 143 V 418 E. 6; BGE 141 V 281 E. 5.2). Gelangt der Rechtsanwender nach der Beweiswürdigung zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 4.5.2 hiervor), ist es beweiskräftig, und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens soll nicht stattfinden (BGE 141 V 281 E. 5.2.3; BGE 144 V 50 E. 4.3).

#### **E. 4.5.4**

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

#### **E. 4.5.5**

Bei Stellungnahmen eines IV-Arztes oder einer IV-Ärztin ist hinsichtlich des Beweiswertes zu unterscheiden, ob es sich um Aktenberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 3 IVV oder um Untersuchungsberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV handelt. Der Beweiswert eines Untersuchungsberichtes eines IV-Arztes oder einer IV-Ärztin ist mit jenem von externen medizinischen Sachverständigengutachten im Sinne von Art. 44 ATSG vergleichbar, sofern er den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügt und der IV-Arzt oder die IV-Ärztin über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1; Urteile des BGer 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2, 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1 und 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1). Bei einem Aktenbericht beurteilt der RAD die vorhandenen ärztlichen Unterlagen, fasst die medizinischen Untersuchungsergebnisse zusammen und gibt eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Versicherungsfalles aus medizinischer Sicht ab. Ein Aktenbericht erfüllt somit eine andere Funktion als ein medizinisches Gutachten, weshalb er die inhaltlichen Anforderungen an medizinische Gutachten nicht erfüllen kann und muss. Dennoch wird ihm nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung aberkannt, vielmehr ist er ein entscheiderelevantes Aktenstück, sofern die vom RAD beigezogenen Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind (Urteil des BVer C-135/2013 vom 22. September 2015 E. 4.3.4 m.H.; Urteile des BGer 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 8C\_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 m.H., Urteil des EVG I 143/07 vom 14. September 2007 E. 3.3). Ist das nicht der Fall, kann die Stellungnahme des RAD in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu

weitergehenden Abklärungen Anlass geben (Urteil des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

#### **E. 4.5.6**

Eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (z.B. Hausärzte oder Spezialärztinnen) kommt im Beschwerdeverfahren kaum in Frage, zumal deren Berichte in der Regel nicht die materiellen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Bei der Würdigung ihrer Berichte hat das Gericht sowohl dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag wie auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung zu tragen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der Hausärztin oder dem Hausarzt stammt, darf jedoch nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des BGer 8C\_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3). Ihre Berichte können insbesondere geeignet sein, die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsinternen medizinischen Stellungnahmen in Zweifel zu ziehen (BGE 135 V 465 E. 4.5).

#### **E. 4.5.7**

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 und 9C\_143/2017

vom 7. Juni 2017 E. 4.1; Urteil des BVGer C-5626/2017 vom 16. Juli 2019 E. 5.9.2).

## **E. 5**

Nachfolgend ist die medizinische Situation darzustellen.

### **E. 5.1**

Dem Beschwerdeführer wurde mit Verfügungen je datierend vom 13. März 2014 eine ganze Rente vom 15. November bis zum 31. Dezember 2011 (Vorakten 256) und eine Viertelsrente ab 1. Januar 2012 zugesprochen (Vorakten 257). Diese ursprüngliche Rentenzusprache basierte im Wesentlichen auf dem Gutachten des Spitals C.\_\_\_\_\_ vom 7. August 2013 (Vorakten 223), welches gemäss der Stellungnahme des RAD vom 24. August 2013 (Vorakten 229/3) schlüssig ist. Die Gutachter diagnostizierten: chronisches lumbovertebrales Syndrom, Status nach lumbalen Mehrfacheingriffen 2003/2004, aktuell tieflumbale Wurzelreizsymptomatik möglich, chronische linksseitige Handgelenksbeschwerden bei Instabilität, Ulnaverkürzungsoperation 2010, Radiusfissur 2009, TFCC-Läsion, hochfrequenter Halte- und Aktionstremor beider Hände und rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0). Es bestehe wegen verminderter Belastbarkeit des unteren Achsenskeletts und der linken Hand eine wesentliche Arbeitsfähigkeitseinschränkung. In der angestammten Tätigkeit als Gipser und Maurer sei keine Arbeitsfähigkeit und in einer angepassten Tätigkeit, ohne körperlich schwere und mittelschwere Arbeiten, eine 70%ige Arbeitsfähigkeit gegeben. Empfohlen seien leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Arbeiten, mit Heben, Ziehen und Stossen von Lasten bis 8kg.

### **E. 5.2**

Der medizinische Sachverhalt stellte sich der IVSTA beim Erlass ihrer Verfügung vom 19. Dezember 2017 (Vergleichszeitpunkt) wie folgt dar:

#### **E. 5.2.1**

Dem MRT-Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2014 (Vorakten 271/4, 278/15, 296/6, 310/6) ist als Befund zu entnehmen, Spondylodese an den Bewegungssegmenten L5/S1 mit entsprechenden Metallartefakten, Hyperlordose an der unteren LWS, kranial Streckhaltung, keine frakturtypischen oder entzündungstypischen Veränderungen, auffallende Signalminderung in der T1-Sequenz und diffuse Signalanhebung in der STIR-Sequenz an den ossären Strukturen, DD (Differentialdiagnose) hämatologische Systemerkrankung/Knochenmarksaktivierung.

#### **E. 5.2.2**

Dr. K.\_\_\_\_\_ berichtete am 2. April 2015 (Vorakten 278/1, 295/22, 296/3, 310/3) der Patient beklage, die Schmerzen hätten vor ca. 3 Monaten massiv zugenommen. Klinisch konnte Dr. K.\_\_\_\_\_ keine Parese und keine Fussheberschwäche finden. Der Zehenspitzenang sei möglich gewesen. Er fasste zusammen, es bestünden rezidivierende lumboischialgeformte Beschwerden, vermehrt rechts mit Taubheitsgefühl am seitlichen Rand des Beines; Zustand nach ventro-dorsaler Fusion L5/S1 sowie V.a. (Verdacht auf) akzentuierenden Bandscheibenvorfall rechts mit tangierender Wurzel L5 rechts; Zustand nach distaler Radiusfraktur mit Instabilität, im Verlauf Denervierung des Handgelenkes, Arthrodese des distalen Radioulnargelenkes, dadurch Einschränkung der groben Kraft, Einschränkung bei Drehung im Unterarm. Von der Klinik her hätten sich die Beschwerden im Bereich der LWS verschlechtert. Der Patient beklage auch mehr Schmerzen, die

ischialgeform ausgeprägt seien.

### **E. 5.2.3**

Die Endoskopie des Magens im Spital F. \_\_\_\_\_ vom 11. Mai 2015 ergab (Vorakten 284/3), dass die Schleimhaut des gesamten Magens deutlich vermehrt gerötet war und ein Mosaikmuster aufwies, so dass am 12. Mai 2015, nach Eingang des pathologisch-anatomischen Gutachtens der Praxis L. \_\_\_\_\_ vom 12. Mai 2015 (Vorakten 284/13), die Diagnose eines H.P. positiven Pangastritis gestellt wurde. Nach der Eradikationstherapie liess sich bei der Untersuchung vom 22. Juni 2015 kein Helicobacter pylori mehr nachweisen (Vorakten 284/9).

### **E. 5.2.4**

Aus dem Endoskopiebericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 12. Mai 2015 (Vorakten 284/1) geht hervor, dass im Darm Polypen entfernt werden mussten. Als Diagnosen wurden multiple kleine Polypen, Divertikulose und Hämorrhoiden Grad I festgehalten.

### **E. 5.2.5**

Im pathologisch-anatomischen Gutachten vom 12. Mai 2015 (Vorakten 284/14) wurde erkannt, dass kein Colonschleimhautadenom und keine Hinweise auf Malignität bestanden.

### **E. 5.2.6**

Dem Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 1. Juni 2015 (Vorakten 284/5) ist zu entnehmen, dass kardiologische Untersuchungen durchgeführt wurden. Dr. M. \_\_\_\_\_, Kardiologin, hielt als Diagnosen fest: hochgradige Abgangsstenose der Arteria carotis externa links ED 2012, ohne klinische Relevanz, aktuell Progression der Carotissklerose, ACE-Stenose links ca. 80 % und beginnende ACI-Abgangsstenose rechts neu, steigende Leukozytenzahl und erhöhtes Hämoglobulin (vgl. Laborbefunde vom 29. April 2015 [Vorakten 284/7] und vom 22. Mai 2015 [Vorakten 284/8]), ED 2011, 2015 Leukos 12,5, Hb 16, Verlaufskontrolle, gegebenenfalls ABGA und weitere hämatologische Abklärung.

### **E. 5.2.7**

Aus dem pathologisch-anatomischen Gutachten der Praxis L. \_\_\_\_\_ vom 23. Juni 2015 (Vorakten 284/12) geht hervor, dass eine Barrett-Mucose (Veränderung der Schleimhaut im unteren Abschnitt der Speiseröhre; <https://befunddolmetscher.de/barrett-mukosa/magenspiegelung>) nicht nachgewiesen wurde.

### **E. 5.2.8**

Am 23. Juni 2015 (Vorakten 284/11) stellte Dr. N. \_\_\_\_\_ vom Spital F. \_\_\_\_\_ die Diagnose Pankreaslipomatose.

### **E. 5.2.9**

Dr. O. \_\_\_\_\_, Allgemeinmediziner, diagnostizierte am 14. Juli 2015 (Vorakten 288, 295/26, 296/7, 310/7) hochgradige Abgangsstenose der Arteria carotis externa links, unklare Leukozytose, Zustand nach Bandscheibenvorfall, Hypertonie und Adipositas, mittelgradige depressive Episode, Zustand nach Unterarmbruch mit osteosynthetischer Versorgung und erheblicher Funktionseinschränkung des linken Handgelenkes und des Unterarmes. Der Patient sei seit August 2014 arbeitsunfähig. Eine Arbeitsaufnahme sei aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich. Auch prognostisch gesehen sei die Wiederaufnahme der Arbeit sehr unwahrscheinlich; dies lasse der Gesundheitszustand nicht

zu.

#### **E. 5.2.10**

In den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vom 1. September 2015 (Vorakten 295/20, 296/1, 310/1) führte Dr. O.\_\_\_\_\_, Allgemeinmediziner, die Diagnose M51.2 (sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung) und im Arbeitsunfähigkeitszeugnis vom 1. September 2015 (Vorakten 295/21, 296/2, 310/2) Bandscheibenvorfall L4/5 multiple Verplattungen auf.

#### **E. 5.2.11**

Am 8. September 2015 (Vorakten 310/8) wurde im Spital F.\_\_\_\_\_ ein MRT der Lendenwirbelsäule durchgeführt, da der Beschwerdeführer einen Zustand nach Spondylodese/Bandscheibenvorfall, persistierende Lumbalgie gelegentlich in die Beine ausstrahlend, rechts mehr als links, beklagte.

#### **E. 5.2.12**

Dr. P.\_\_\_\_\_, Neurologe, erkannte bei der Untersuchung des Beschwerdeführers am 3. Juni 2016 (Vorakten 320/1, 326/5) Hyperlordose bei Adipositas, kein Schonhinken, keine eindeutigen radikulären Defizite. Das MRT der LWS zeige eine aktivierte Osteochondrose LW3/4 mit Befundprogredienz im Vergleich zur Voruntersuchung im Jahr 2012, unveränderte Darstellung des fusionierten Bewegungssegmentes LW5/SW1, in Höhe LW4/5 vernalter Bandscheibenvorfall ohne gravierende Raumforderung, keine Spinalkanalstenose. Am 29. Juli 2016 (Vorakten 326/1, 329) bestätigte Dr. P.\_\_\_\_\_, dass aus neurologischer Sicht keine Indikation für eine operative Intervention bestehe.

#### **E. 5.2.13**

Am 19. August 2016 (Vorakten 326/3) überwies Dr. G.\_\_\_\_\_, Orthopäde und Rheumatologe, den Beschwerdeführer zur Untersuchung an das Q.\_\_\_\_\_ Zentrum (Vorakten 326/4, 374/3).

#### **E. 5.2.14**

Der Beschwerdeführer suchte am 14. September 2016 (Vorakten 330) Dr. G.\_\_\_\_\_, Orthopäde und Rheumatologe, wegen starken, therapieresistenten Schmerzen im linken Unterarm und im tiefen unteren LWS-Bereich auf. Bei der Untersuchung der LWS stellte Dr. G.\_\_\_\_\_ fest, dass die Reklination völlig aufgehoben war. Es bestehe eine relative bis absolute Spinalstenose. Bei den Kniegelenken liege eine leichte Funktionsstörung vor. Aufgrund der schweren, traumatischen, postoperativen Veränderungen im Unterarm links habe sich eine erhebliche Arthrose im proximalen und distalen Handgelenksbereich sowie im Ellenbogen herausgebildet.

#### **E. 5.2.15**

Im Anschluss an die kreisärztliche Untersuchung vom 27. Oktober 2016 (Vorakten 338, 342) berichtete der Suva-Arzt Dr. D.\_\_\_\_\_, Chirurg, am 1. November 2016, der Versicherte beklage mässige bis starke Ruheschmerzen des linken Unterarmes und der linken Hand mit zusätzlichem Taubheitsgefühl in der ganzen linken Hand sowie über sehr starke belastungsabhängige Schmerzen der linken Hand und des linken Unterarms. Der Versicherte führe keine Physiotherapie durch und nehme nur bei Bedarf Analgetika. Er könne alle üblichen Aufgaben im Haushalt ausführen. Auch sei das Autofahren für ihn problemlos möglich. Von chirurgischer Seite handle es sich um einen medizinisch stabilen

Zustand und die kreisärztliche Untersuchung könne als Abschlussuntersuchung angesehen werden. Von weiteren Behandlungen sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten. Die von Dr. G.\_\_\_\_\_ empfohlene Röntgen-Reiztherapie des linken Hand- und Ellenbogengelenkes sei unfallkausal im Sinne einer Linderung der arthrotisch bedingten Schmerzen und somit zulasten der Unfallversicherung zu übernehmen. Dr. D.\_\_\_\_\_ empfahl eine ausreichende Analgesie. Für die Klärung der Frage, ob eine wesentliche Verschlimmerung eingetreten sei, empfahl er eine radiologische/konventionelle Untersuchung des linken Handgelenkes in zwei Ebenen und hielt am 10. Februar 2017 (Vorakten 347/13) nach Eingang derselben fest, es liege keine wesentliche Verschlechterung vor.

#### **E. 5.2.16**

Dr. G.\_\_\_\_\_, Orthopäde und Rheumatologe, konstatierte am 18. Januar 2017 (Vorakten 342/10, 343/7, 347/4, 347/8), die Röntgenaufnahmen des linken Unterarms in zwei Ebenen vom 6. Januar 2017 hätten eine deutliche Stufenbildung im ulnaren Radiokarpalgelenk mit festsitzenden Osteosyntheseschrauben und etwa 2 cm langen Resektionsspalt der Ulna gezeigt. Die Resektionsbereiche seien atrophisch entrundet. Dr. G.\_\_\_\_\_ erkannte weiter, deutliche Sklerosierung des distalen Radius mit deutlichen Zeichen der beginnenden Radiokarpalarthrose sowie erfolgreich durchgeführter Arthrodeese zwischen Radius und Ulna, beim Ellenbogen links in zwei Ebenen Sklerosierung im Radiusköpfchenbereich als Ausdruck der mässigen Überlastung, Kalksalzminderung des distalen Humerus. Dr. G.\_\_\_\_\_ resümierte Zustand nach schwerem Polytrauma des Unterarms links mit jetzt deutlicher, dauerhafter Funktionsstörung.

#### **E. 5.2.17**

Am 1. April 2017 (Vorakten 348, 351, 373; BVGer act. 1/6) schilderte Dr. G.\_\_\_\_\_, Orthopäde und Rheumatologe, der Patient klage jetzt nach einem therapieresistenten, schmerzreduzierten Zeitraum wieder erneut über hoch akut auftretende, fortschreitende Beschwerden im mittleren, unteren Lendenwirbelsäulenbereich mit Ausstrahlen in die Beine beidseits. Die durchgeführte umfangreiche klinische sowie radiologische Diagnostik zeige das Vorliegen einer hoch aktivierten Spondylarthrose der Segmente L4/L5, L5/S1 bzw. S1/S2 mit zusätzlicher Funktionsstörung beider Iliosakralgelenke (Sakrodynie) sowie einer fortschreitenden, aktivierten Coxarthrose rechts - deutlich mehr als links - mit beginnender Synovitis und Ergussbildung. Dr. G.\_\_\_\_\_ diagnostizierte schwere, fortschreitende Verschleisserkrankung der unteren Lendenwirbelsäule nach Operation mit relativer bis absoluter Spinalstenose.

#### **E. 5.2.18**

Nach Untersuchung des Beschwerdeführers befand Dr. G.\_\_\_\_\_, Orthopäde und Rheumatologe, am 15. Oktober 2017 (Vorakten 362, 374; BVGer act. 1/8), die erneut durchgeführte klinische, radiologische und rheumatologische Untersuchung zeige das Vollbild einer aktivierten Spondylarthrose bzw. Spondylarthritis der unteren zwei Wirbelsäulensegmente mit Beteiligung der Iliosakralgelenke beidseits im Sinne einer Sakrodynie bzw. Sakroiliitis. Die ursprünglich aufgetretene aktive Coxarthrose habe sich aufgrund der erfolgreichen Behandlung zurückgebildet. Der Patient klage jetzt jedoch über starke Schmerzen und Schwellung in beiden Kniegelenken. Hier finde sich klinisch und radiologisch eine ausgeprägte retropatellare Arthrose mit hochgradiger Synovitis beider Kniegelenke. Aufgrund der Schwere der Erkrankung und zunehmender

Schmerzsymptomatik mit drohender Immobilität sei jetzt eine multimodale antirheumatische Schmerztherapie mittels CT-gestützter Intervention an der unteren Lendenwirbelsäule sowie Synoviorthese beider Kniegelenke angezeigt.

### **E. 5.3**

Die Vorinstanz legte die vorgenannten medizinischen Unterlagen jeweils ihrem regionalen ärztlichen Dienst vor.

#### **E. 5.3.1**

Der IV-Arzt Dr. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, nahm am 6. Juni 2015 (Vorakten 279/3) dahingehend Stellung, Dr. K. \_\_\_\_\_ habe am 2. April 2015 von Rückenschmerzen mit Parästhesie ins rechte Bein, Rückenverspannungen und Bewegungseinschränkungen berichtet. Wesentliche klinisch-neurologische Ausfälle und/oder wesentliche relevante radiomorphologische Neuveränderungen seien dem Bericht nicht zu entnehmen. Die subjektiven Schmerz- und Befindlichkeitsaussagen des Beschwerdeführers würden dominieren. Die eingereichten medizinischen Unterlagen würden keine wesentliche funktionell objektivierte Veränderung des Gesundheitszustandes begründen.

#### **E. 5.3.2**

Am 4. August 2015 (Vorakten 289/2) erachtete Dr. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, die von Dr. O. \_\_\_\_\_, Allgemeinmediziner, am 14. Juli 2015 aufgeführten Diagnosen seien aktenbekannt. Die Untersuchungsbefunde des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 12. Mai 2015, 1. Juni 2015, 23. Juni 2015 sowie der Praxis L. \_\_\_\_\_ vom 23. Juni 2015 und 12. Mai 2015 würden keine Gesundheitsschädigung belegen, welche zu einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führen würde. Dr. E. \_\_\_\_\_ fasste zusammen, es seien keine neuen unberücksichtigten medizinischen Fakten vorgebracht worden.

#### **E. 5.3.3**

Dr. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, teilte am 18. Juli 2016 (Vorakten 357/2) der SVA B. \_\_\_\_\_ mit, aus dem Bericht der I. \_\_\_\_\_ Klinik vom 3. Juni 2016 würden sich keine neuen medizinischen Erkenntnisse ergeben.

#### **E. 5.3.4**

Mit Stellungnahme vom 5. Oktober 2016 (Vorakten 357/4) hielt Dr. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, fest, die in den neuen medizinischen Unterlagen vom 14. September 2015, 28. April 2016, 3. Juni 2016 und 29. Juli 2016 vorgebrachten Diagnosen seien objektiv bereits im Gutachten des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 7. August 2013 gewürdigt worden. Die neu vorliegenden ausführlichen subjektiven Beschwerdeschilderungen würden bezogen auf das bisher angenommene Tätigkeitsprofil weiterhin Gültigkeit haben. Es seien damit keine wesentlich neuen, unberücksichtigten medizinischen Tatsachen vorgebracht worden.

#### **E. 5.3.5**

Dr. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, empfahl am 13. März 2017 (Vorakten 357/6) den Beizug der SUVA-Akten und der Unterlagen von Dr. G. \_\_\_\_\_. Nach Eingang der UVG-Akten und der Berichte von Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 18. Januar 2017 und vom 1. April 2017 konstatierte der IV-Arzt am 30. Mai 2017 (Vorakten 357/7) es würden im Rahmen der von Dr. G. \_\_\_\_\_ genannten schweren fortschreitenden

Verschleisserkrankung der unteren LWS nach OP unfallfremde Faktoren vorliegen. Dabei handle es sich gemäss dem behandelnden Orthopäden offensichtlich um erneute Schmerzexazerbationen im mittleren und unteren LWS-Bereich mit Ausstrahlung in beide Beine im Rahmen einer aktivierten Spondylarthrose der Segmente L4/L5/S1/S2. Diese radiomorphologischen Verschleisserkrankungen Spondylarthrosen und Spinalkanalverengung seien jedoch bereits im letzten Gutachten des Spitals C.\_\_\_\_\_ vom 7. August 2013 beschrieben worden. Entsprechend könnten die jetzt geltend gemachten unfallfremden Faktoren als organisch bereits bekannt und gewürdigt bezeichnet werden. Es seien damit weiterhin keine wesentlich neuen, unberücksichtigt gebliebenen, medizinischen Fakten vorgebracht worden.

## **E. 6**

Unter den Parteien ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer eine Verschlechterung des Gesundheitsschadens glaubhaft machen konnte, trat die Vorinstanz doch entgegen ihrem Vorbescheid vom 20. Mai 2016 (Vorakten 316) auf das Revisionsgesuch ein.

### **E. 6.1**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zur Neuanschuldung hat eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage zu unterbleiben, wenn die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eintritt (BGE 109 V 108 2b). Bei der Neuanschuldung und der Rentenrevision handelt es sich zwar nicht um identische, wohl aber um ähnliche Rechtsinstitute, insoweit beide auf eine erneute Prüfung eines Leistungsanspruchs aufgrund veränderter Verhältnisse zielen (BGE 133 V 108 E. 5.2). Daher ist in Analogie zu BGE 109 V 108 auch das Eintreten auf ein Revisionsgesuch nicht zu beurteilen. Vorliegend ist daher einzig zu prüfen, ob die Vorinstanz das Rentenrevisionsgesuch zurecht abgewiesen hat.

### **E. 6.2**

Tritt eine Verwaltung auf das Revisionsgesuch ein, hat sie die medizinische und erwerbliche Situation umfassend abzuklären (vgl. E. 4.4.2 hiervor) und ihre Beurteilung auf beweiswertige medizinische Akten zu stützen, welche sich insbesondere zum Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts zu äussern haben (vgl. E. 4.5.7 hiervor).

### **E. 6.3**

Im Ausgangszeitpunkt lag ein polydisziplinäres Gutachten auf den Gebieten der Inneren Medizin, Psychiatrie, Neurologie und Rheumatologie vor. Die Gutachter erkannten, dass in der angestammten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestand und zudem in einer Verweistätigkeit in psychiatrischer Hinsicht wegen leichter depressiver Episode eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit und in neurologischer Hinsicht wegen chronischem lumbovertebralen Schmerzsyndrom mit radikulärer Reiz- und Ausfallsyndrom L4 und L5 links sowie wegen Halte- und Aktionstremor der Hand eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit. Zudem hielten die Gutachter fest, dass Wechselwirkungen zwischen den psychischen und somatischen Beschwerden bestehen würden. Ein Vergleich der Situation im Ausgangszeitpunkt und im Verfügungszeitpunkt ist folglich nur möglich, wenn ein Gutachten vorliegt, das sich zu den genannten Fachgebieten und den Wechselwirkungen äussert und einen Zustandsvergleich enthält. Das psychiatrische Teilgutachten hat zudem über die Standardindikatoren Auskunft zu geben (vgl. E. 4.5.3. hiervor).

### **E. 6.4**

Die Vorinstanz stützte sich bei ihrer Beurteilung insbesondere auf die Stellungnahme ihres RAD vom 30. Mai 2017 (Vorakten 357/7) ab, welche als Aktengutachten nur eine beweistaugliche Beurteilungsgrundlage bilden kann, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. E. 4.5.5 hiervor).

#### **E. 6.4.1**

Dem RAD lagen einzig Behandlungsberichte und ein Untersuchungsbericht des Kreisarztes der Suva vor (E. 5.2 hiervor). Die monodisziplinären Behandlungsberichte waren zwar geeignet die gesundheitliche Verschlechterung glaubhaft zu machen, jedoch erfüllen sie naturgemäss die Voraussetzungen an Zwecks Rentenrevision eingeholte Gutachten nicht (vgl. E. 4.5.7 hiervor). Dasselbe trifft auf den Suva-Untersuchungsbericht zu, welcher einzig die Unfallfolgen beim linken Handgelenk darlegt und keine umfassende Beurteilung sämtlicher psychischer und somatischer Leiden enthält.

#### **E. 6.4.2**

Beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen, wie vorliegend, ist eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen (Urteil des BGer 8C\_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2) und der Grad der Arbeitsfähigkeit jeweils aufgrund einer sämtliche Behinderungen umfassenden fachärztlichen Gesamtbeurteilung zu bestimmen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 850/02 vom 3. März 2003 E. 6.4.1). Die aktenkundigen fachärztlichen Berichte beinhalten aber keine solche Gesamtbeurteilung.

#### **E. 6.4.3**

Weiter äusseren sich die Behandlungsberichte und der Suva-Untersuchungsbericht nicht ausführlich zur Entwicklung des Beschwerdebildes und enthalten namentlich keinen ausdrücklichen Vergleich zwischen den früheren und den aktuellen gesundheitlichen Verhältnissen; vielmehr wird darin vorwiegend der jeweils gegenwärtige Gesundheitszustand des Beschwerdeführers beschrieben und analysiert. Ein Vergleich des Gesundheitszustandes im Ausgangs- und im Vergleichszeitpunkt ist mit den vorhandenen Akten daher nicht möglich.

#### **E. 6.4.4**

Da eine Gesamtschau der Leiden des Beschwerdeführers im Verfügungszeitpunkt und ein Zustandsvergleich der gesundheitlichen Situation im Ausgangs- und im Vergleichszeitpunkt fehlt, vermochte sich der RAD nicht auf hinreichende Akten zu stützen und konnte seine Stellungnahme keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden (vgl. E. 4.5.5 hiervor).

#### **E. 6.4.5**

Unter diesen Umständen hätte sich die Vorinstanz nicht mit den RAD-Aktenberichten begnügen dürfen, sondern hätte in Zusammenarbeit mit der SVA B. \_\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten veranlassen müssen, welches die Anforderungen der Rechtsprechung an Revisionsgutachten erfüllt (vgl. E. 4.5.7 hiervor). Indem sie dies unterliess und damit den medizinischen Sachverhalt nicht hinreichend abklärte, verletzte sie Bundesrecht.

#### **E. 7.1**

Mangels einer zuverlässigen medizinischen Entscheidungsgrundlage ist es vorliegend nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf eine höhere IV-Rente hat. Bei dieser Sachlage kann nicht auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden. In Gutheissung des Antrags des Beschwerdeführers ist die Sache daher an die Vorinstanz zurückzuweisen.

### **E. 7.2**

Angezeigt ist eine Begutachtung in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemessen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (Urteil des BGer 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1).

### **E. 7.3**

Mit der interdisziplinären Begutachtung kann, sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1; Urteil des BVerfG C-2713/2015 vom 13. Oktober 2016 E. 5.1). Die gutachterliche Beurteilung der psychischen Leiden des Beschwerdeführers und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat dabei in Anwendung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu erfolgen, wobei unter dem Indikator Komorbidität im Sinne einer Gesamtbetrachtung auch allfällige im konkreten Fall ressourcenhemmende Wechselwirkungen der verschiedenen Störungen zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 418 E. 6 ff.; BGE 141 V 281 E. 3.6 ff.; Urteil des BVerfG 9C\_21/2017 E. 5.2.1). Weiter hat das polydisziplinäre Gutachten die Anforderungen an ein Revisionsgutachten zu erfüllen und insbesondere einen Zustandsvergleich zu enthalten (vgl. E. 4.5.7 hiervor).

#### **E. 7.3.1**

Betreffend den zu beurteilenden Zeitraum haben die Gutachter sinnvollerweise die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bis zum Zeitpunkt der Begutachtung miteinzubeziehen. Folglich haben sie auch die im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten Arztberichte von Dr. G.\_\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2018 (BVerfG 23/1), 10. Oktober 2018 (BVerfG act. 16/1), 26. September 2018 (BVerfG act. 14/1) und 8. August 2018 (BVerfG act. 12/2) zu würdigen. Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.2 f.).

#### **E. 7.3.2**

Um eine vollständige und umfassende Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu ermöglichen, ist die Durchführung der interdisziplinären medizinischen Begutachtung in der Schweiz unumgänglich, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (Urteil des BVerfG 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteile des BVerfG C-5862/2014 vom 5. April 2016 E. 5.2 und C-329/2014 vom 8. Juli 2015 E. 5.3.1 je mit Hinweis auf C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Gründe, welche eine

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

### **E. 8.1**

Nach neuer Ermittlung des vollständigen medizinischen Sachverhalts hat die Vorinstanz auch einen neuen Einkommensvergleich durchzuführen und abzuklären, ob und in welchem Ausmass der Beschwerdeführer zufolge seines Gesundheitszustandes auf dem ihm nach seinen Fähigkeiten noch offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch erwerbstätig sein könnte (Urteil des BGer 9C\_921/2009 vom 22. Juni 2010, E. 5.3). Dabei ist zu berücksichtigen, dass an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen sind (Urteile des BGer 9C\_744/2008 vom 19. November 2008 E. 3.2 und 9C\_236/2008 vom 4. August 2008 E. 4.2; Urteil des EVG I 349/01 vom 3. Dezember 2003 E. 6.1) und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person nach der Tätigkeit zu beurteilen ist, die sie - im Rahmen der Schadenminderungspflicht (vgl. Art. 21 Abs. 4 ATSG) - nach ihren persönlichen Verhältnissen und gegebenenfalls nach einer gewissen Anpassungszeit bei gutem Willen ausüben könnte (Urteil des BVer C-4315/2009 vom 22. August 2011 E. 5.2 m.H.).

### **E. 8.2**

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist nicht entscheidend, dass er seine unselbständige Tätigkeit aufgab, da es nicht darauf ankommt ob eine Erwerbstätigkeit effektiv ausgeübt wird, sondern, ob unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Beschwerden eine Verweistätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt weiterhin zumutbar ist. Es wird zu klären sein, ob der Beschwerdeführer die verbleibende Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verwerten kann, oder ob die mangelnde Lernkompetenz (Vorakten 67, 68, 223/37) entgegensteht.

### **E. 9**

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Vorinstanz unterliess eine umfassende medizinische und erwerbliche Abklärung zu veranlassen. Die Beschwerde ist daher gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 19. Dezember 2017 aufzuheben und die Sache, gemäss Antrag des Beschwerdeführers, zur umfassenden Prüfung des Leistungsanspruchs in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht an die Vorinstanz zurückzuweisen.

### **E. 10**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

#### **E. 10.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerdeführenden Partei gilt (BGE 141 V 281 E. 11.1; BGE 132 V 215 E. 6), sind dem Beschwerdeführer im vorliegenden Fall keine Kosten aufzuerlegen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

## **E. 10.2**

Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Dabei ist der Verfahrensausgang, der gebotene und aktenkundige Aufwand, die Bedeutung der Streitsache, die Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens und die in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen zu berücksichtigen. Der Rechtsvertreter war bereits im Vorbescheidverfahren involviert, womit ihm die Akten, soweit er sie erhalten hat, bekannt waren, was den Aufwand verringerte. Hingegen führte die mangelhafte Aktenführung zu einem Mehraufwand, so dass insgesamt von einem durchschnittlichen Aufwand auszugehen ist und damit eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer; Art. 9 Abs. 1 i.V.m. Art. 10 Abs. 2 VGKE) angemessen erscheint. Es folgt das Urteilsdispositiv.

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