

# **BVGer C-6671/2017 vom 30. August 2018**

Bundesverwaltungsgericht, 2018-08-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6671\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6671_2017)

FR: TAF C-6671/2017 du 30 août 2018

IT: TAF C-6671/2017 del 30 agosto 2018

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung zur Erhebung der Beschwerde legitimiert (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde (BVGer act. 10), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 23. November 2017 einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

### **E. 2.1**

Das Gericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Urteil des BGer 2C\_393/2015 vom 26. Januar 2016 E. 1.2; BGE 132 II 47 E. 1.3 m.H.).

### **E. 2.2**

Nach ständiger Rechtsprechung beschränkt sich die Prüfung des Sozialversicherungsgerichts auf die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verwaltungsverfügung entwickelt haben (vgl. Urteil des BGer 8C\_489/2016 vom 29. November 2016 E. 5.2 m.H. auf BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

### **E. 3**

Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer ist Schweizer Staatsbürger und hatte seinen Wohnsitz im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 2. November 2017 in (...)/HU, wo er heute noch wohnt (act. 41, S. 1; act. 69, S. 1; act. 85, S. 1). Der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich sowohl in materiell- als auch in verfahrensrechtlicher Hinsicht nach schweizerischem Recht, insbesondere dem

IVG, der IVV (SR 831.201), dem ATSG sowie der ATSV (SR 830.1; BGE 130 V 253 E. 2.4; vgl. zur grundsätzlichen Anwendbarkeit des am 1. Juni 2002 in Kraft getretenen Abkommens vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit [FZA, SR 0.142.112.681], welches per 1. April 2006 auf die neuen EG-Mitgliedstaaten wie Ungarn ausgedehnt wurde [AS 2006 995]: Art. 80a IVG, Art. 2 Abs. 1 und Art. 3 Abs. 1 Bst. c der am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnung [EG] Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit [SR 0.831.109.268.1]).

### **E. 3.2**

Nach dem Gesetz setzt der Anspruch auf eine Invalidenrente Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) und Invalidität (Art. 8 ATSG) voraus (Art. 28 Abs. 1 IVG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte volle oder teilweise Unfähigkeit, zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 ATSG). 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; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 E. 7.3).

### **E. 3.3**

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, 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. 3.4**

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 [in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung]).

### **E. 3.5**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind

die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

### **E. 3.6**

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). Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (BGE 134 V 131 E. 3 m.w.H.; 133 V 108). Die Rente ist insbesondere bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes revidierbar. Liegt ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 m.w.H.). 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; Urteil BGer 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.1).

### **E. 3.7**

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 des aktuellen gesundheitlichen Befundes 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. Gegenstand des (im Revisionsverfahren zu erbringenden) gutachterlichen Beweises sind also nicht (nur) die gegenwärtigen gesundheitlichen Fakten als solche, sondern notwendigerweise auch deren Neuheit oder, was vorbestandene Tatsachen angeht, deren erhebliche Wandlung in Beschaffenheit, Ausmass oder Tragweite. Die Veränderung kann offensichtlich sein, so wenn völlig neuartige Leiden hinzukommen. In einem derartigen Fall entstehen keine reversionsspezifischen Beweisprobleme. Bewegt sich die Veränderung allerdings im Rahmen eines vorbestehenden Zustandes, kann eine für sich allein betrachtet vollständige, nachvollziehbare und schlüssige medizinische Einschätzung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung ohne Weiteres beweisend wäre, im Revisionszusammenhang durchaus nicht überzeugungs- und beweiskräftig sein, wenn sie sich nicht ausreichend auf frühere medizinische Schlussfolgerungen bezieht (Urteile des BGer 9C\_137/2017 vom 8. November 2017 E. 3.1; 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E.

4.2; vgl. dazu auch ANDREAS TRAUB, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision, SZS 2012 S. 184 f.).

#### **E. 4**

Die Frage der wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen beurteilt sich im vorliegenden Fall unbestrittenermassen durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Verfügung vom 30. November 2015 (act. 27, S. 1 - 7) bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung vom 2. November 2017 (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 f.).

#### **E. 4.1**

Zum Sachverhalt, welcher der Verfügung vom 30. November 2015 zugrunde lag, lässt sich den Akten Folgendes entnehmen:

##### **E. 4.1.1**

Mit Bericht vom 22. Mai 2014 diagnostizierte der behandelnde Hausarzt, Dr. med. D. \_\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, insbesondere einen Status nach Aortenwurzelersatz durch Implantation eines mechanischen Composite-Grafts, Ersatz der Aorta ascendens und des Hemibogens durch eine 28 mm Hemashield-Prothese, eine mittelschwer eingeschränkte biventrikuläre kardiale Funktion, einen Status nach postoperativem Sturz, eine orthostatische Dysregulation unter Diuretikatherapie sowie eine (intermittierend behandelte) arterielle Hypertonie als kardiovaskulären Risikofaktor. Überdies führte er aus, dass der Beschwerdeführer seit der Operation zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden sei. Per 1. Juni 2014 sei ein Arbeitsversuch im Umfang von 50 % geplant gewesen; dieser sei indes als Folge der Schmerzen und der Immobilität gescheitert. Ferner weise der Patient eine sehr gute Compliance auf, und die Prognose scheine sehr gut zu sein (act. 40, S. 11 f.).

##### **E. 4.1.2**

In einem zuhanden der Taggeldversicherung erstellten Kurzbericht vom 2. Oktober 2014 führte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ aus, die Compliance des Beschwerdeführers sei gut; am 1. November 2014 werde der als selbständiger Farbenverkäufer tätige Beschwerdeführer einen Arbeitsversuch starten (act. 40, S. 5).

##### **E. 4.1.3**

In einem weiteren Bericht vom 19. März 2015 hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ als zusätzliche Diagnose ein chronisches Kopfschmerzsyndrom, Typus Migräne, ein chronisches zerviko- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, eine Diskopathie, einen chronischen Schmerzmittelgebrauch sowie rezidivierende Schmerzattacken fest. In Bezug auf die Leistungsfähigkeit führte er aus, in der Zeit von der Operation vom 19. Dezember 2013 bis Oktober 2014 sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert worden. Der Beschwerdeführer habe im eigenen Geschäft für Farben und Malmaterialverkauf weder tragen, sortieren, aufräumen noch liefern können. Er habe lediglich ganz leichte Büroarbeiten während 1 - 2 Stunden pro Tag, beschränkt auf 1 - 2 Tage pro Woche, ausführen können. Nach subjektiver und objektiver Besserung sei der Arbeitsunfähigkeitsgrad reduziert worden; im November 2014 habe er teilweise wieder gearbeitet, was allerdings wiederum zu einer Verschlechterung geführt habe. Dementsprechend habe er wieder einen Arbeitsunfähigkeitsgrad von 100 % attestieren müssen. Der Beschwerdeführer könne nach wie vor noch nicht Gewichte von mehr als 4 kg tragen; das Treppen- und Leitersteigen sei nicht möglich. Beim Arbeitsversuch habe er

Herzklopfen sowie Schmerzen in der Halswirbel- und in der Lendenwirbelsäule sowie im Brustkorb verspürt. Die ganzen Gefässe, vor allem die Aorta, hätten ihm Schmerzen bereitet. Er sei eingeschränkt in seiner Bewegungsfreiheit, habe auch Kopfschmerzen und Augenflimmern bei langer Bildschirmarbeit. Er habe vor allem Angst, das Ganze könne wieder aufreissen und es könnten Komplikationen entstehen. Psychisch sei er sehr instabil; er habe auch Schmerzen in der rechten Hand. Die chronischen Rückenprobleme vor allem im Bereich der LWS bei möglicher Diskushernie würden immer wieder exazerbieren. Am 5. November 2014 seien eine Computertomografie sowie eine Angiografie durchgeführt worden. Es habe sich eine stationäre Ausdehnung der bekannten Aortendisektion (Typ A) mit Ausdehnung in die rechte Arteria carotis, in die linke Arteria subclavia (recte: subclavia) sowie in die linke Arteria iliaca communis gezeigt. Die körperliche Leistungsfähigkeit sei mittelschwer bis schwer eingeschränkt. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit seien eine Umschulung oder ein neuer Beruf nicht möglich, und er werde seine Firma aufgeben müssen. Die Skelettschmerzen mit den degenerativen Veränderungen vor allem im Rückenbereich würden sich überdies negativ auf die Gesamtsituation auswirken. Der Beschwerdeführer habe ein chronisches Schmerzsyndrom (act. 6, S. 6 - 8).

#### **E. 4.1.4**

Dr. med. I.\_\_\_\_\_, FMH Innere Medizin und Kardiologe (vgl. Medizinalberuferegister, < <https://www.medregom.admin.ch> >, abgerufen am 02.07.2018), leitender Arzt Kardiologie am Spital J.\_\_\_\_\_, hielt mit Bericht vom 22. Juni 2015 namentlich fest, der Beschwerdeführer präsentiere sich in einem guten Allgemein- und Ernährungszustand. Er berichte über einen stabilen Verlauf seit der Operation. Allerdings sei die Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt. Bereits bei geringer Belastung komme es zu retrosternalen Beschwerden und Kurzatmigkeit. Dies sei seit unmittelbar nach der Operation unverändert. Echokardiografisch zeige sich eine normal funktionierende mechanische Prothese in aortaler Position und die linksventrikuläre Funktion des linken Ventrikels sei vollständig normalisiert. Bei der Computertomografie habe sich eine stationäre Ausdehnung der bekannten Dissektion in die rechte Arteria carotis, die linke Arteria subclavia sowie die linke Arteria iliaca communis gezeigt (act. 46, S. 1 f.).

#### **E. 4.1.5**

RAD-Arzt Dr. med. et Dr. rer. pol. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, bestätigte in seiner Beurteilung vom 30. Mai 2015 die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und empfahl eine medizinische Neubeurteilung der Situation in einem Jahr, wobei dann auch ein Befund von einem Angiologen einzuholen sei (act. 16, S. 3).

#### **E. 4.2**

Bei Erlass der streitigen Revisionsverfügung vom 2. November 2017 stützte sich die Vorinstanz namentlich auf die folgenden medizinischen Beurteilungsgrundlagen:

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

Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin beim medizinischen Dienst der Vorinstanz, führte in seiner Stellungnahme vom 28. Juli 2016 aus, aufgrund der medizinischen Vorgeschichte mit einer Aortengefässersatz erscheine eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes als wenig wahrscheinlich. Es sei deshalb lediglich ein ausführlicher Arztbericht (im Fachbereich Innere Medizin) beim ausländischen Sozialversicherungsträger (E 213) einzuholen (act. 43).

#### **E. 4.2.2**

Am 11. August 2016 hielt Dr. med. L. \_\_\_\_\_ unter anderem fest, der Beschwerdeführer dürfe nicht belastet werden; bei minimaler Belastung und in Stresssituationen würden Atemnot sowie Schmerzen in der Brust auftreten. Eine Arbeitsaufnahme sei weiterhin nicht zu empfehlen (act. 48, S. 2 sowie act. 48, S. 1 [deutsche Übersetzung]).

#### **E. 4.2.3**

Dr. med. F. \_\_\_\_\_ führte in seiner medizinischen Stellungnahme vom 21. Januar 2017 aus, es bestehe ein Status nach Operation einer Aortendissektion mit Ersatz der Aorten-Klappe. Der Beschwerdeführer dürfe sich körperlich nicht belasten, da die Dissektion der Aorta descendes weiterhin bestehe und eine chirurgische Lösung dafür nicht möglich sei. Der Zustand sei stationär geblieben, und eine Rentenrevision sei aus medizinischer Sicht nicht notwendig (act. 59).

#### **E. 4.2.4**

In ihrem ausführlichen Arztbericht vom 6. Februar 2017 (Formular E 213) führte Dr. med. M. \_\_\_\_\_ namentlich aus, laut Angaben des Beschwerdeführers lebe er mit seiner Lebensgefährtin auf einem Bauernhof. Körperliche Arbeiten führe er dabei nicht aus. Ferner klage er über Schmerzen an der Wirbelsäule und am Herz. Gelegentlich trete in seiner Hand und in seinem Fuss ein Taubheitsgefühl auf. Die körperliche Untersuchung habe einen Puls von 90 Schlägen pro Minute und einen Blutdruck von 170/90 Hgmm ergeben. Die physiologischen Krümmungen der Wirbelsäule seien verhalten; Halsbewegungen seien ausführbar, allerdings mit Schmerzen verbunden. Ein pathologischer Bewusstseinsinhalt sei nicht feststellbar. Die durchgeführte Echokardiografie habe einen normal geleiteten Aortenbulbus respektive eine normal geweitete Aorta ergeben. Der linke Hof sei ausgeweitet, und die linke Kammer und die rechte Herzhälfte seien normal geweitet. Die Ejektionsfraktion (EF) habe 62 % ergeben. Wandbewegungsstörungen seien nicht zu sehen. Im Allgemeinen liege ein zufriedenstellender Blutdruckwert, durchschnittlich 133/75 Hgmm, maximal aber 180/130 Hgmm, vor. Als Diagnosen hielt sie einen hohen Blutdruck, eine Dissektion der Aorta, eine gemischte Hyperlipidämie, eine künstliche Herzklappe, einen Status nach Aortendissektion sowie eine Spondylosis fest. In ihrer zusammenfassenden Beurteilung kam sie zum Schluss, dass sich der Blutdruck während der Untersuchung erhöht habe. Als bekannte Folge der Hypertonie sei das Herz betroffen. Im Jahr 2013 sei deshalb erfolgreich eine Aortendissektion vorgenommen wurden, wobei der Beschwerdeführer eine künstliche Herzklappe erhalten habe. Laut den Kontrolluntersuchungen sei die Funktion der linken Herzkammer verhalten. Anzeichen einer manifesten Herzinsuffizienz seien nicht zu erkennen, und weitere fachärztliche Behandlungen seien notwendig. Über weitere bedeutende Funktionsstörungen habe sie keine Angaben, und bei der persönlichen Untersuchung sei nichts weiter festgestellt worden. Eine angepasste Arbeit könne der Beschwerdeführer im Umfang von 4 h pro Tag ausüben (act. 63, S. 13 - 16).

#### **E. 4.2.5**

Gestützt auf eine Aktenbeurteilung hielt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ in seiner medizinischen Stellungnahme vom 19. April 2017 fest, es bestehe nunmehr eine normale Herzleistung (linksventrikuläre Auswurffraktion EF 62 % = Normalwert). Nach der Operation habe sich die Herzleistung normalisiert; früher sei über eine mittelschwere Verminderung der Herzleistung berichtet worden. Für angepasste körperlich leichte Tätigkeiten bestehe

aufgrund der inzwischen wieder normalen Herzleistung keine Einschränkung mehr. In einer angepassten Tätigkeit sei er ab 31. März 2017 wieder zu 50 % arbeitsfähig (act. 65, S. 1 - 6).

#### **E. 4.2.6**

Im Anschluss an einen stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Klinik für Innere Medizin und Kardiologie des Klinikzentrums N.\_\_\_\_\_ vom 20. bis 28. März 2017 hielten die verantwortlichen Ärzte mit Entlassungsbericht vom 28. März 2017 als Diagnosen eine Dissektion der Aorta (Typ DeBakey A; ICD-10 I7100), eine Synkope mit Kollaps (ICD-10 R 55H0), eine respiratorische Insuffizienz (ICD-10 J9690) sowie eine künstliche Herzklappe (ICD-10 Z9520) fest. Der Beschwerdeführer sei wegen einer Synkope und Fieber zur Durchführung weiterer Untersuchungen am 19. März 2017 in die Notaufnahme eingeliefert worden. Die Ultraschall-Morphologie habe eine frische Dissektion der rechten Aorta carotis communis ergeben. Es sei eine gefässchirurgische Untersuchung durchgeführt worden. Dabei sei die Vermutung formuliert worden, dass diese Dissektion chronisch bestünde. Diese Vermutung sei im Vergleich mit dem alten CT-Befund auch zu bestätigen. Aufgrund des Langzeit-EKG lasse sich auch die rhythmologische Ursache der Symptome ausschliessen. Im Hintergrund der Symptome stünden vermutlich der Husten und der vasovagale Reflex, ausgelöst durch die fiebrige Infektion der oberen Atemwege. Nachdem der Husten aufgehört habe, habe sich der Ohnmachtzustand nicht wiederholt (act. 77, S. 1 - 12).

#### **E. 4.2.7**

Dr. med. H.\_\_\_\_\_ hielt in ihrem Bericht vom 24. Juli 2017 fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei als definitiv zu betrachten, und eine Genesung sei nicht zu erwarten. Eine Erweiterung der Dissektion könne zum Exitus führen. Die Aortendissektion könne auf den CT-Aufnahmen durchgehend verfolgt werden. Sie empfehle dem Beschwerdeführer eine maximale physische und psychische Schonung (act. 78, S. 2 und act. 78 S. 1 [deutsche Übersetzung]).

#### **E. 4.2.8**

RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 30. August 2017 aus, in den Berichten vom 28. März 2017 und vom 24. Juli 2017 würden im Vergleich zum ausführlichen Arztbericht vom 6. Februar 2017 keine neuen Sachverhaltselemente vorgebracht. Eine leichte physische Arbeit sei im Umfang von 4 h pro Tag möglich. Dies entspreche einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % für eine angepasste leichte Tätigkeit (act. 80).

#### **E. 4.3.1**

Die Vorinstanz stützt sich zur Begründung der geltend gemachten Verbesserung im Wesentlichen auf den ausführlichen Arztbericht (E 213) vom 6. Februar 2017 (act. 63) sowie die medizinische Stellungnahme von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 19. April 2017 (act. 65). Im genannten ausführlichen Arztbericht ist Dr. med. M.\_\_\_\_\_ zum Schluss gekommen, dass die Funktion der linken Herzkammer laut den Kontrolluntersuchungen "verhalten" sei, wobei keine Anzeichen einer manifesten Herzinsuffizienz zu erkennen und weitere fachärztliche Behandlungen notwendig seien. Über weitere bedeutende Funktionsstörungen habe sie keine Angaben, und bei der persönlichen Untersuchung sei nichts weiter festgestellt worden. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit; für eine angepasste, das heisst eine geistige oder eine leichte physische Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer aber eine Leistung von 4 Stunden pro

Tag möglich (act. 63, S. 9 und 13). Worauf sich diese Leistungsbeurteilung im Einzelnen stützt, lässt sich dem Arztbericht allerdings nicht entnehmen. Darüber hinaus fehlen im Bericht auch Angaben zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, welche für eine verlässliche Diagnose und Leistungsbeurteilung hinsichtlich der Aortendissektion, der respiratorischen Insuffizienz und des chronischen zerviko- und lumbovertebralen Schmerzsyndroms notwendig wären. Hinzu kommt, dass der ungarischen Ärztin auch die relevanten Akten nicht vorgelegen haben, so dass man eine Zusammenfassung der relevanten Akten der medizinischen Vorgeschichte im Bericht vergeblich sucht. Die Befassung mit den Vorakten und die Erstellung eines Aktenauszuges gehören indes zu den persönlichen, nicht delegierbaren Aufgaben des Gutachters (vgl. dazu Gabriela Riemer-Kafka, Versicherungsmedizinische Gutachten, 3. Aufl. 2017, S. 25 und S. 57). Insbesondere fehlen im Bericht auch konkrete Angaben zu entsprechenden Befunden unter Leistungsbelastung (wie beispielsweise Brustschmerzen oder Atembeschwerden). Der Bericht von Dr. med. M. \_\_\_\_\_ erfüllt demnach die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. dazu E. 3.5 hievore) offensichtlich nicht.

#### **E. 4.3.2**

Hinzu kommt, dass in diesem Bericht keinerlei Bezug genommen wird zur ärztlichen Leistungsbeurteilung, welche der erstmaligen Rentenzusprache vom 30. November 2015 zugrunde gelegen hat. Dies erstaunt deshalb nicht, weil dem ausländischen Versicherungsträger die entscheidungswesentlichen Fragen nach der Veränderung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit im relevanten Zeitraum gar nicht erst gestellt worden sind, da der zuständige RAD-Arzt damals eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes selber noch als unwahrscheinlich eingestuft hat (vgl. dazu act. 43 und 49). Wie bereits dargelegt, hängt der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befundes 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. Fehlen demnach die erforderlichen Aussagen über die Entwicklung und damit auch zur Frage der Verbesserung des Gesundheitszustandes gänzlich, so kann der erforderliche Nachweis gar nicht erst erbracht werden. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang zu beachten, dass laut Beurteilung des Kardiologen Dr. med. I. \_\_\_\_\_ bereits vor der erstmaligen Rentenzusprache echokardiografisch eine normal funktionierende mechanische Prothese in aortaler Position sowie eine normalisierte linksventrikuläre Funktion des linken Ventrikels befundet worden sind (act. 46, S. 1 f.). Aus den bildgebenden Verfahren und der Feststellung einer Ejektionsfraktion (EF) von 62 % kann dementsprechend nicht auf eine relevante Verbesserung des Gesundheitszustandes geschlossen werden. In Bezug auf die lumbovertebralen Beschwerden werden im Bericht überdies keine Diagnosen gestellt und auch keine Leistungsbeurteilung vorgenommen. Ein zeitlicher Vergleich der diesbezüglichen Entwicklung seit November 2015 ist daher in dieser Hinsicht von vornherein nicht möglich. Daraus folgt, dass die neue ärztliche Einschätzung nicht nur zum aktuellen Gesundheitszustand ungenügende Aussagen enthält, sondern insbesondere auch keinen Bezug zur früheren Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit nimmt. Im Zusammenhang mit einer Revision ist eine ärztliche Bezugnahme auf frühere medizinische Schlussfolgerungen indes

zwingend geboten (vgl. dazu E. 3.7 hievor). Einem Arztbericht, welcher keine verlässlichen Aussagen zur effektiven Veränderung des Gesundheitszustands vornimmt, kommt für die Belange der Rentenrevision kein genügender Beweiswert zu (vgl. dazu auch Urteile des Bundesgerichts 8C\_557/2017 vom 4. Dezember 2017 E. 4.5 und 9C\_137/2017 vom 8. November 2017 E. 3.1). Demnach kann die Rentenrevision unter Hinweis auf den Arztbericht vom 6. Februar 2017 nicht rechtsgenügend begründet werden.

#### **E. 4.3.3**

Dieser Mangel wird vorliegend auch nicht durch die medizinische Stellungnahme von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 28. Juli 2016 (act. 65, S. 1 - 6) behoben. Zum einen bezog sich der RAD-Arzt darin im Wesentlichen auf den genannten (beweisrechtlich ungenügenden) Arztbericht. Zum andern zeigten sich auch bereits bei der erstmaligen Rentenzusprache in echokardiografischer Hinsicht keine Auffälligkeiten, da eine normal funktionierende mechanische Prothese und eine vollständig normalisierte Funktion des linken Ventrikels festgestellt worden waren (act. 46, S. 2). Die blosser Feststellung, dass sich die Herzleistung nach der Operation normalisiert habe, genügt in diesem Zusammenhang offensichtlich nicht, zumal eine Veränderung - mit Blick auf den hier relevanten Zeitraum - nicht belegt wird und der RAD-Arzt überdies auch nicht Stellung nimmt zur chronischen Natur der Dissektion sowie zu möglichen Rückfallrisiken im Zusammenhang mit künftigen Belastungen. Gleiches gilt auch für die nicht näher substantiierte Feststellung, dass früher über eine mittelschwere Verminderung der Herzleistung berichtet worden sei (act. 65, S. 2). Hinzu kommt, dass auch von einer Befundaufnahme durch einen Angiologen abgesehen wurde, obwohl eine solche im Hinblick auf die Prüfung der Revisionsvoraussetzungen vom RAD-Arzt ursprünglich empfohlen worden war (act. 16, S. 3).

#### **E. 4.3.4**

Überdies fällt auf, dass sich der medizinische Dienst der Vorinstanz nicht fundiert mit den vom Beschwerdeführer ins Recht gelegten Arztberichten vom 28. März 2017 (act. 77) und vom 24. Juli 2017 (act. 78) auseinandergesetzt hat. Nachdem im erstgenannten Bericht über frische Dissektionen berichtet worden ist und Dr. med. F. \_\_\_\_\_ diese auch zur Kenntnis genommen hat (act. 80), wäre eine einlässliche Stellungnahme hierzu zwingend notwendig gewesen. Ferner fehlt auch eine Auseinandersetzung mit der ärztlichen Empfehlung von Dr. med. H. \_\_\_\_\_, wonach eine maximale physische und psychische Schonung geboten sei. Weshalb vorliegend angeblich dennoch "keine neuen Sachverhalte bekannt gemacht" worden sein sollen (act. 80), ist nicht nachvollziehbar und wird auch nicht begründet. Eine fundierte Auseinandersetzung mit den nachgereichten Berichten wäre umso mehr geboten gewesen, als der RAD-Arzt in seiner medizinischen Stellungnahme vom 21. Januar 2017 selber noch ausgeführt hat, dass sich der Beschwerdeführer körperlich nicht belasten dürfe, da die Dissektion der Aorta descendens weiterhin bestehe, eine chirurgische Lösung dafür nicht möglich und der Zustand stationär geblieben sei, so dass eine Rentenrevision aus medizinischer Sicht nicht notwendig sei (act. 59). Die ursprüngliche Rentenzusprache basierte auf einem multifaktoriellen Geschehen in den Bereichen der Orthopädie, der Angiologie und der Kardiologie, welches zu einer deutlichen Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit führte. Mit Blick auf die aktenkundigen chronischen Rückenprobleme und die nicht therapierbare Aortendissektion (Typ A) ist für den medizinischen Laien nicht nachvollziehbar, weshalb bereits einzig aus der Beurteilung der Herzleistung und somit der kardiologischen Komponente eine massive Verbesserung des Gesundheitszustandes resultieren soll. Der Beschwerdeführer kann mangels

Therapierbarkeit der Aortendissektion seinen gegenwärtigen Gesundheitszustand lediglich mittels physischer und psychischer Schonung erhalten. Hält er sich nicht strikt an die ärztlichen Empfehlungen, riskiert er gravierende Konsequenzen.

#### **E. 4.4**

Aus dem vorstehend Dargelegten folgt demnach, dass sich die neuen Arztberichte nicht respektive nicht substantiiert darüber aussprechen, inwiefern im Vergleich zur früheren Beurteilung eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten sein soll, so dass diesen jedenfalls für die Belange der Rentenrevision kein genügender Beweiswert zukommt. Die abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nun aber nicht zu einer materiellen Revision (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11 mit Hinweisen; 115 V 308 E. 4a/bb S. 313). Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen (Urs Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, 2003, Rz. 490). Es ist demnach davon auszugehen, dass die unterschiedlichen Leistungsbeurteilungen bloss auf einer abweichenden Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes beruhen. Ist damit keine revisionsrechtlich relevante Sachverhaltsänderung nachgewiesen, so entfällt die Möglichkeit einer Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG.

#### **E. 4.5**

Hinweise für die Annahme einer zweifellosen Unrichtigkeit der Rentenzusprache vom 30. November 2015 sind aus den vorliegenden Akten nicht ersichtlich und werden im Übrigen auch nicht geltend gemacht. Eine Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG scheidet damit ebenfalls aus.

#### **E. 4.6**

Zusammengefasst ergibt sich, dass eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist. Die Voraussetzungen für eine revisionsweise Herabsetzung der Rente sind demnach nicht erfüllt. Daraus folgt, dass die angefochtene Verfügung vom 2. November 2017 bundesrechtswidrig und ersatzlos aufzuheben ist (vgl. hierzu auch Urteile des BVGer C-5263/2014 vom 6. Juli 2016 E. 4.2.1 - 4.2.6 und E. 4.3 sowie C-3741/2015 vom 3. November 2016 E. 4.1 und E. 4.2). Der Beschwerdeführer hat somit weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente.

#### **E. 5**

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

##### **E. 5.1**

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Nachdem der Beschwerdeführer obsiegt, sind ihm im vorliegenden Fall keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

##### **E. 5.2**

Der Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Vorinstanz zu leisten ist (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE,

SR 173.320.2]). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwandes wird die Parteientschädigung (inkl. Auslagenersatz, exkl. MWSt) auf Fr. 1'800.- festgelegt (Art. 10 VGKE).

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