

# **BVGer C-704/2017 vom 21. Februar 2018**

Bundesverwaltungsgericht, 2018-02-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-704\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-704_2017)

FR: TAF C-704/2017 du 21 février 2018

IT: TAF C-704/2017 del 21 febbraio 2018

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Als Adressat der angefochtenen Verfügung ist der Beschwerdeführer durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG [SR 172.021]); siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem ihm ausserdem die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 16. Dezember 2016, mit welcher die Vorinstanz die dem Beschwerdeführer bisherig geleistete ganze Invalidenrente mit Wirkung ab dem 1. Februar 2017 aufgehoben hat. Streitig und vorliegend zu prüfen ist damit, ob die Aufhebung der Invalidenrente zu Recht erfolgt ist oder ob der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat.

### **E. 3**

Zunächst sind die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden rechtlichen Bestimmungen darzulegen.

#### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer ist mazedonischer Staatsangehöriger und lebt in Mazedonien, weshalb das mit der Republik Mazedonien abgeschlossene Sozialversicherungsabkommen (siehe die weiteren Angaben zum Abkommen in Sachverhalt Bst. H) zur Anwendung gelangt. Nach Art. 4 Abs. 1 des Sozialversicherungsabkommens sind die Staatsangehörigen des einen Vertragsstaates in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates, zu denen gemäss Art. 1 Abs. 1 Bst. a in Verbindung mit Art. 2 A Bst. ii des Sozialversicherungsabkommens auch die Bundesgesetzgebung über die schweizerische Invalidenversicherung gehört, den Staatsangehörigen dieses Vertragsstaates gleichgestellt; abweichende Bestimmungen in diesem Abkommen bleiben vorbehalten. Mangels vorliegend anwendbarer, abweichender Vorschriften bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung demnach ausschliesslich

nach schweizerischem Recht.

### **E. 3.2**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 16. Dezember 2016) 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). Diese sind indessen soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

### **E. 3.3**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Somit finden vorliegend jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 16. Dezember 2016 in Kraft standen, weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

### **E. 4.1**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht staatsvertragliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Für den Beschwerdeführer besteht keine staatsvertragliche abweichende Regelung von diesem Grundsatz (vgl. E. 3.1).

### **E. 4.2**

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

### **E. 4.3**

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, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, BGE 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt

über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

#### **E. 4.4**

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange "nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit" der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4). Ein Parteigutachten besitzt demgegenüber nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder vom Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Es verpflichtet indessen das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (vgl. BGE 125 V 351) oder zumindest weitere Abklärungen angezeigt sind (vgl. Urteil des BGer 8C\_412/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 4.2).

#### **E. 4.5**

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; Art. 86ter ff. IVV [SR 831.201]).

##### **E. 4.5.1**

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustands, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 m.w.H.). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinn von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar.

##### **E. 4.5.2**

Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Gegenstand des Beweises ist somit eine - den medizinischen Unterlagen zu entnehmende - entscheidungserhebliche Tatsachenveränderung. 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 (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 136 [Urteil des BGer 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013] E. 6.1.3 m.H.). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, das heisst unter Berücksichtigung des

gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11).

#### **E. 4.5.3**

Als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrads ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und - bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens - Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht, und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (vgl. BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.).

#### **E. 4.5.4**

Vorliegend beurteilt sich die Frage, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, durch einen Vergleich des Sachverhalts zur Zeit der angefochtenen Verfügung vom 16. Dezember 2016 mit demjenigen, wie er im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 5. April 2006 bestanden hat. Die Mitteilungen der IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ vom 8. Januar 2008 und 30. März 2012 erfüllen hingegen die in Erwägung 4.5.3 erwähnten Kriterien an einen Vergleichszeitpunkt nicht.

#### **E. 5**

Der Rentenzusprache im Jahr 2006 lagen die nachfolgenden Berichte zugrunde.

#### **E. 5.1**

Die Dres. med. F.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_, Psychiatrische Dienste B.\_\_\_\_\_, diagnostizierten im Bericht vom 21. Juni 2005 rezidivierende, teilweise schwere depressive Episoden mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) und Migräneattacken (ICD-10 G45.0) als Diagnosen mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Eine erste derartige Episode sei im Jahr 1996 aufgetreten. Der Versicherte habe sich im Lauf des Jahres so weit stabilisiert, dass er 1997 wieder arbeitsfähig gewesen sei. Im Jahr 2003 habe sich seine Situation wieder zunehmend verschlechtert, sodass er während des ganzen Jahres 2004 100% arbeitsunfähig gewesen sei. Ab 2005 sei er wieder zu 50 % arbeitsfähig gewesen, und über das RAV habe er im Mai 2005 eine Tätigkeit aufgenommen. In der Folge habe seine Symptomatik, bestehend aus heftigen Migräneattacken und Depressivität, erneut exazerbiert, sodass er seit dem 23. Mai 2005 wieder 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Seit 1981 habe der Versicherte während 18 Jahren als Telefonmonteur gearbeitet. Die Familie mit den vier Töchtern und einem Sohn sei bei der Ehefrau in Mazedonien geblieben. Dieses Leben sei ihm teilweise nicht leicht gefallen. Der bewusstseinsklare, gepflegte und freundlich zugewandte Versicherte wirke im formalen Denken etwas verlangsam, grübele häufig über die eigene Hoffnungslosigkeit, weise jedoch keine Hinweise auf Wahn-, Halluzinations- oder Ich-Störungen auf. Er sei im Affekt deutlich deprimiert, verunsichert, im Antrieb vermindert und motorisch wenig lebhaft. Akute Suizidgedanken oder konkrete Selbstmordvorstellungen verneine der Versicherte. Eine latente Suizidalität sei jedoch immer wieder vorhanden. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit schätzten die Ärzte auf höchstens 20 % bis 30 %. In leidensangepassten Tätigkeiten könnte der Versicherte mit stützenden therapeutischen und beruflichen Massnahmen wieder eine Arbeitsfähigkeit von 50 % auf dem geschützten Arbeitsmarkt erreichen (IV-act. 10).

## **E. 5.2**

Im Verlaufsbericht der Psychiatrischen Dienste B. \_\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2005 listeten die Dres. med. H. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf: rezidivierende depressive Episoden mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11); somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.0); Migräneattacken (ICD-10 G45.0); Belastungsreaktion aufgrund psychosozialer Belastungssituation (ICD-10 F43.0). Sie berichteten, alle Diagnosen hätten seit 1996 intermittierend Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Seit dem 1. Januar 2004 sei der Versicherte durchgehend zu unterschiedlichen Anteilen arbeitsunfähig. Trotz stützender Gesprächstherapie seit Mai 2004, die auch eine antidepressive psychopharmakologische Behandlung beinhalte, habe keine nennenswerte Veränderung der Befunde bzw. Steigerung der Arbeitsfähigkeit stattgefunden. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig ein. In einer adaptierten Tätigkeit auf dem geschützten Arbeitsmarkt könnte der Versicherte zu 50 % tätig werden (IV-act. 13).

## **E. 6.1**

Im Zeitraum nach Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 5. April 2006 bis zur Einleitung des Revisionsverfahren am 4. November 2015 holte die IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ im Wesentlichen die nachfolgenden medizinischen Berichte ein.

## **E. 6.2**

Im Arztbericht der Dres. med. H. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_, Psychiatrische Dienste B. \_\_\_\_\_, vom 21. September 2007 wurden als Diagnosen mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit rezidivierende, teilweise schwere depressive Episoden mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) und Migräneattacken (ICD-10 G45.0) aufgeführt sowie ein stationärer Gesundheitszustand mit andauernder vollständiger Arbeitsunfähigkeit genannt.

## **E. 6.3**

Dr. med. G. \_\_\_\_\_ nannte im Arztbericht vom 11. März 2012 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit rezidivierende, teilweise schwere depressive Episoden mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), Migräneattacken (ICD-10 G45.0) sowie eine Belastungsreaktion aufgrund einer psychosozialen Belastungssituation (ICD-10 F43.21). Im Laufe der letzten Jahre habe mittels therapeutischer und medikamentöser Behandlung eine gewisse psychophysische Stabilisierung - allerdings auf tiefem Niveau - erreicht werden können. Die Arbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt wurde verneint, eine Arbeitsfähigkeit von mehr als 20 bis 25 % könne nicht prognostiziert werden. Eine schrittweise Eingliederung des Versicherten an einem ruhigen, geschützten Arbeitsplatz wurde hingegen befürwortet.

## **E. 6.4**

Aufgrund dieser Arztberichte informierte die IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer mit Mitteilungen vom 8. Januar 2008 bzw. 30. März 2012 darüber, dass er bei einem Invaliditätsgrad von 100 % weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente habe.

## **E. 7**

Die - wegen Wegzugs des Beschwerdeführers nach Mazedonien neu zuständige - IVSTA leitete am 4. November 2015 ein weiteres Revisionsverfahren ein. Aufgrund der Empfehlung ihres medizinischen Dienstes holte sie das psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7.

Juni 2016 ein. Die vorliegend angefochtene Verfügung vom 16. Dezember 2016 basiert hauptsächlich auf diesem Gutachten. Nachfolgend werden dieses Gutachten sowie weitere massgebende Arztberichte aufgeführt.

### **E. 7.1**

Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 7. Juni 2016 informierte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vorab, die Untersuchung habe am 27. April 2016 zwischen 9.00 Uhr und 10.40 Uhr stattgefunden. Aufgrund der albanischen Muttersprache des Versicherten sei die Untersuchung - mit ausdrücklichem Einverständnis des Versicherten - unter Beisein einer Dolmetscherin durchgeführt worden. Es sei keine weitere Drittperson (z.B. Angehörige des Versicherten) anwesend gewesen. Mit Blick auf die kommunikativen und psychologischen Schwierigkeiten durch eine Übersetzung lege er besonderen Wert auf eine sorgfältige Auswahl der Dolmetscherinnen und Dolmetscher bezüglich deren Fach- und Sozialkompetenz. Er habe dem Versicherten zu Beginn ausführlich erläutert, dass die Dolmetscherin unabhängig sei und der beruflichen Verschwiegenheitspflicht unterliege. Im Rahmen des Anamnesegesprächs habe sich ergeben, dass der Versicherte ein Antidepressivum sowie Medikamente gegen Bluthochdruck, gegen vermehrte Magensäure, gegen vermehrte Blutfette sowie gegen hohen Blutzucker einnehme. Daneben habe der Versicherte berichtet, dass er den Tag gerne draussen an der frischen Luft verbringe, was zu seinem subjektiven Wohlbefinden beitrage. Er arbeite gerne im Garten, gehe spazieren und fahre Velo. Ebenfalls beteilige er sich bei der Hausarbeit, gehe einkaufen und nutze diese Gelegenheit, um ein Café zu besuchen. Daneben schaue er fern, treffe seine Kollegen und pflege familiäre Kontakte. Der Versicherte habe während der Untersuchung alle Items der SCL-90-R-Skala beantwortet. Die Auswertung des Fragebogens habe im Vordergrund der subjektiv empfundenen Beeinträchtigungen ein niedergeschlagenes-ängstliches Syndrom bei körperlichen Missempfindungen und einer feindseligen Grundhaltung ergeben (die ausgefüllte SCL-90-R-Skala liegt im Anhang des Gutachtens). Im Rahmen des Gesprächs habe der Gutachter keine Hinweise auf durch Schmerz bedingte Bewegungsbeeinträchtigungen finden können. Die Psychomotorik (inkl. Mimik und Gestik) und der Antrieb seien unauffällig. Der Versicherte sei wach im Bewusstsein und allseits orientiert. In der Interaktion sei er narzisstisch. Das Gesprächsverhalten sei freundlich, zugewandt und kooperativ. Die Aussagen seien aktiv, spontan, logisch, kohärent, sehr flüssig, differenziert und strukturiert erfolgt. Es seien keine inhaltlichen Denkstörungen oder Hinweise auf Wahrnehmungs- und/oder Ich-Störungen vorhanden. Der Versicherte sei "von Suizidalität distanziert". Gemäss MADRS, einem Fremdbeurteilungsverfahren zur psychometrischen Beurteilung depressiver Symptome, habe der Versicherte gemäss Einschätzung des Gutachters einen Summenwert von 7 Punkten erreicht (inkl. drei Punkte aufgrund der vom Versicherten berichteten subjektiven Symptome). Es könne daher kein depressives Syndrom objektiviert werden (das Auswertungsformular MADRS liegt im Anhang des Gutachtens). Anlässlich der aktuellen Untersuchung hätten sich keine bis maximal sehr leicht ausgeprägte objektivierbare psychopathologische Befunde gezeigt. Ein depressives Syndrom sei auch mit Hilfe der MADRS nicht zu erkennen. Es stehe eine Verdeutlichungstendenz im Vordergrund. Die Angaben allfälliger subjektiver Beschwerden seien im direkten Gespräch allgemein, vage, pauschal und oberflächlich verblieben. Sie seien daher nicht glaubhaft. Insgesamt stellte der Gutachter die Diagnose Dysthymia (ICD-10 F34.1) mit akzentuierten (narzisstischen) Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1), bei rezidivierenden migräneartigen Kopfschmerzen und bei gemäss den Akten depressiver Störung (gegenwärtig remittiert, ICD-10 F32.4/F33.4). Die akzentuierten (narzisstischen)

Persönlichkeitszüge des Versicherten stellten eine Variante der Norm im Sinn von Eigenheiten der Person dar, die für sich alleine genommen keinen Krankheitswert besässen (im Gegensatz zu Persönlichkeitsstörungen). Mit Blick auf die vorliegenden Medizinalakten kritisierte der Gutachter, die behandelnde Psychiaterin Dr. med. G. \_\_\_\_\_ habe die dem Versicherten stets attestierte rezidivierende depressive Störung mit seit 2003 mittelgradiger Episode mit somatischem Syndrom (teilweise schwer ausgeprägt, ICD-10 F.33.11) nicht mit Bezug zum Klassifikationssystem beschrieben und/oder diskutiert. Dasselbe gelte für die teilweise diagnostizierten, "völlig unklaren Postulate zu allfälligen weiteren Störungen" (somatoforme Schmerzstörung [ICD-10 F45.0] sowie Belastungsreaktion [bei psychosozialer Belastungssituation, ICD-10 F43.0]). Die aktuelle Untersuchung habe jedenfalls keine tatsächlichen objektiven Hinweise auf derartige Störungen ergeben. Insbesondere hinsichtlich der Kategorie ICD-10 F45 (somatoforme Störungen, beispielsweise Somatisierungsstörung oder anhaltende Schmerzstörung) fehle die hierfür notwendige Voraussetzung, dass wiederholt auftretende körperliche Symptome körperlich nicht begründbar seien, was aufgrund verschiedener medizinischer Untersuchungen belegt sein müsse. Die körperlichen Missempfindungen (wie z.B. migräneartige Kopfschmerzen) liessen sich zudem - soweit sie keinem organischen Korrelat entsprächen - im Rahmen der dysthymen Verstimmung vollständig erklären. Die Medikation sei sodann stets unverändert geblieben. Der unveränderte, regelmässig wörtlich kopierte Psychostatus ("spricht leise und monoton, im Denken verlangsamt, deprimiert, im Antrieb vermindert, motorisch wenig lebhaft") lasse qualitativ ein unspezifisches depressives Syndrom nachvollziehen, dessen Schweregrad indessen unklar bleibe. Die ICD-10-Kriterien einer depressiven Episode seien anlässlich der aktuellen Untersuchung vom 27. April 2016 nicht (mehr) erfüllt. Die ängstlich-niedergeschlagene Stimmung des Versicherten erkläre sich vollständig als ein Teil der Dysthymia sowie als Folge (psycho-) sozialer Faktoren (z.B. sozioökonomischer Lebensumstände, langjähriger Erwerbslosigkeit, finanzieller Sorgen) und begründe alleine nicht ausreichend eine eigenständige depressive Episode gemäss ICD-10 F32/F33. Der Versicherte sei im Aktivitätenniveau in allen vergleichbaren Lebensbereichen (Beruf/Erwerb, Haushalt, Freiheit, soziale Aktivitäten) lediglich subjektiv eingeschränkt. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung dieser rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht medizinisch zumutbar und tatsächlich möglich, was die vielfältigen Aktivitäten des täglichen Lebens des Versicherten zeigten (im Garten arbeiten, spazieren gehen, Velo fahren, einkaufen gehen, Café besuchen, Kollegen treffen, Fernsehen). Der geringe und sozial übliche Konsum von Tabak und die vom Versicherten genannte Abstinenz bezüglich weiterer nicht ärztlich verordneter psychotroper Substanzen (inkl. Alkohol und Drogen) liessen auf relevante innerseelische Ressourcen schliessen. In den Akten seien keine Eingliederungsmassnahmen dokumentiert. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht seien Eingliederungsmassnahmen ohne Einschränkungen zumutbar. Relevante psychiatrisch-psychotherapeutische Massnahmen würden ab 2004/2005 genannt. Der Versicherte zeige sich diesbezüglich motiviert. Bis 2012 sei die Psychopharmako- und Psychotherapie nie ausgebaut worden. Die Behandlung in den Jahren 2015/2016 sei zumindest teilweise unklar. Eine (voll-/teil-) stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei nie durchgeführt worden. Beim Versicherten stünden nichtkrankheitsbedingte Faktoren (wie Lebensalter, sozioökonomische Lebensumstände, fehlender Berufsabschluss, finanzielle Sorgen, einfache Berufserfahrung, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, langjähriger Rentenbezug) als Behinderung der medizinisch

zumutbaren Willensanstrengung zur Bewältigung der Defizite wesentlich im Vordergrund. Diese erklärten weit überwiegend die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsfähigkeit des Versicherten. Insgesamt sei keine relevante anhaltende (längerfristige) Arbeitsunfähigkeit (von über 20 %) für ausserhäusliche Tätigkeiten (insbesondere die Tätigkeit als Telefonmonteur/Spleisser) und für Hausarbeiten gegeben. Diese Einschätzung sei gültig ab dem Zeitpunkt der Untersuchung vom 27. April 2016. Indem die in den Akten bis März 2012 genannte depressive Störung remittiert sei, sei festzustellen, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten im Vergleich zu den Beurteilungen zwischen 2004 und 2012 gemäss Dr. med. G.\_\_\_\_\_ wesentlich verbessert habe. Wann genau diese Verbesserung zwischen März 2012 und April 2016 eingetreten sei, lasse sich infolge der ungenügend dokumentierten (fach-) ärztlichen Beurteilungen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sagen (IV-act. 89).

### **E. 7.2**

In der Stellungnahme vom 1. Juli 2016 bestätigte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes die im psychiatrischen Gutachten vom 7. Juni 2016 gestellten Diagnosen. Gestützt auf das Gutachten hielt er eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % ab dem 10. Juni 2016, dem Datum des Gutachtens (recte: 7. Juni 2016), fest. Das Gutachten entspreche den hierfür vorgesehenen Qualitätsleitlinien, enthalte die neuen Standardindikatoren und sei sehr ausführlich sowie in jeder Beziehung nachvollziehbar. Bei stets gleichgebliebener Medikation habe sich der Gesundheitszustand des Versicherten verbessert. Die einst beschriebene, schlecht "befundete" rezidivierende depressive Störung sei nun nicht mehr nachzuweisen. Nachweisbar sei bei dem Versicherten mit akzentuierten (narzisstischen) Persönlichkeitszügen und rezidivierenden migräneartigen Kopfschmerzen lediglich eine Dysthymie. Entsprechend sei aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit mehr nachweisbar (IV-act. 101).

### **E. 7.3**

Ferner gingen im Vorbescheidverfahren die nachfolgenden medizinischen Unterlagen des Beschwerdeführers bei der Vorinstanz ein.

#### **E. 7.3.1**

Dr. med. I.\_\_\_\_\_ berichtete am 20. April 2016, der Versicherte weise die nachfolgenden Diagnosen auf: Hypertensio, D. Mellitus, Angst und depressiver Zustand sowie Hyperlipidämie. Sie behandle den Versicherten seit dem Jahr 2012. Ebenfalls listete sie vier verschiedene Medikamente (Tabletten) auf, die der Versicherte einnehme. Zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten nahm Dr. med. I.\_\_\_\_\_ nicht Stellung (IV-act. 90).

#### **E. 7.3.2**

Mit Überweisungsschreiben vom 29. September 2016 bat Dr. med. I.\_\_\_\_\_ das klinische Krankenhaus J.\_\_\_\_\_, Fachabteilung Psychiatrie, den Versicherten wegen anderer anxioser Zerrüttung (ICD-10 F41) zu untersuchen (IV-act. 106).

#### **E. 7.3.3**

Im Entlassungsschein vom 22. Oktober 2016 führte Dr. med. K.\_\_\_\_\_ die Diagnosen ICD-10 F33.2 (Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome), E78 (Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien), E11 (Diabetes mellitus, Typ 2) und I10 (Essentielle [primäre] Hypertonie)

auf. Er berichtete, der Versicherte sei vom 6. Oktober 2016 bis zum 21. Oktober 2016 in der öffentlichen Gesundheitsanstalt des klinischen Krankenhauses J.\_\_\_\_\_, Abteilung Psychiatrie, hospitalisiert worden. Die (erstmalige) Aufnahme sei wegen starker Angst, Verdrisslichkeit, Gedanken an Selbstmord, Gleichgültigkeit, Teilnahmslosigkeit bei der Durchführung der alltäglichen Aufgaben, verminderten Appetits, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Gedächtnislücken, Schwäche und Müdigkeit erfolgt. Der psychische Status habe durch Antidepressiva, Antidiabetikum, Beruhigungsmittel und hypnotische, antihypertensive sowie andere protektive Therapien stabilisiert werden können. Die stark depressiven Merkmale stellten ein Hindernis für die Funktionsfähigkeit des Versicherten in allen Bereichen des Lebens dar. Der Versicherte sei nicht arbeitsfähig. Die regelmässige Therapie sei fortzusetzen bei einer Kontrolluntersuchung in 15 Tagen (IV-act. 105, S. 1-2).

#### **E. 7.3.4**

Ferner liegen zwei nicht unterzeichnete Befundberichte bei den Akten, welche dem Versicherten jeweils aufgrund eines Ultraschalls des Bauches eine linksseitige Nierenzyste ("Cysta renis l.sin", recte: Cysta renis l.sin; Bericht von "Dr. A.A" vom 16. Dezember 2015) respektive beidseitige Nierenzysten ("Cystis renum bill."; undatiertes Bericht von "Dr. S.S") bescheinigten (IV-act. 98).

#### **E. 7.4**

In seiner Stellungnahme vom 29. November 2016 erklärte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes, die neuen medizinischen Unterlagen änderten nichts an seiner bisherigen Einschätzung. Diese enthielten keine eindeutigen medizinischen Gründe, welche eine Arbeitsunfähigkeit rechtfertigten. Die im Austrittsbericht des Krankenhauses J.\_\_\_\_\_ angegebene Diagnose "rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode" (ICD-10 F33.2) entbehre der hierfür notwendigen Befunde. Die Hospitalisation des Versicherten dürfte als Reaktion auf den Vorbescheid zu verstehen sein und habe zu einer Stabilisierung des psychischen Status, das heisst zu einem "Status quo ante", wie er im Gutachten beschrieben und begründet worden sei, geführt (IV-act. 111).

#### **E. 8.1**

Im Gutachten vom 7. Juni 2016 hatte Dr. med. E.\_\_\_\_\_ das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung sowie einer somatoformen Schmerzstörung verneint. Vielmehr hätten sich keine bis maximal sehr leicht ausgeprägte objektivierbare psychopathologische Befunde gezeigt und es sei kein depressives Syndrom, lediglich eine Dysthymie, zu erkennen gewesen. In Bezug auf die diagnostizierte Dysthymie mit maximal sehr leicht ausgeprägten objektivierbaren psychopathologischen Befunden führte er weiter aus, dass die Willensanstrengung zur Überwindung der (rein subjektiven) Defizite dem Versicherten zumutbar und möglich sei. Dies zeigten die vielfältigen Aktivitäten des täglichen Lebens des Versicherten (wie im Garten arbeiten, spazieren gehen, Velo fahren, einkaufen gehen, Café besuchen, Kollegen treffen, Fernsehen). Neben der Dysthymia könne keine psychisch ausgewiesene, erheblich schwere, ausgeprägte, dauerhafte und intensive Komorbidität aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht begründet werden. Soweit sich diese Beurteilung noch an die sog. Foerster-Kriterien zu den somatoformen Schmerzstörungen und ähnlichen ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Leidenszustände anlehnt (vgl. dazu BGE 139 V 547 E. 9.1.1. m.w.H.), ist zu erwähnen, dass diese Kriterien seit der Änderung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in BGE 141 V 281 überholt sind.

## **E. 8.2**

Nach BGE 141 V 281 hat der Entscheid über den Anspruch auf eine IV-Rente beim Vorliegen von ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Leidenszuständen in einem strukturierten Beweisverfahren zu erfolgen. Im strukturierten Beweisverfahren ist der Nachweis des funktionellen Schweregrades und der Konsistenz der Gesundheitsschädigung unter Verwendung der nachfolgenden Indikatoren zu erbringen: Kategorie "funktioneller Schweregrad" mit den Komplexen "Gesundheitsschädigung" (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde; Behandlungserfolg oder -resistenz; Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten), "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) und "sozialer Kontext" sowie der Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens) mit den Komplexen Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (BGE 141 V 281 E. 4.1.3).

## **E. 8.3**

Mit Urteil 8C\_130/2017 vom 30. November 2017 hat das Bundesgericht die Anwendung des indikatorengeliteten Beweisverfahrens auf sämtliche psychischen Erkrankungen mit der Begründung ausgedehnt, dass auch bei diesen Störungen im Wesentlichen vergleichbare Beweisprobleme bestünden. Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren jedoch nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8; BGE 137 V 210 E. 6). Zu prüfen ist daher nachfolgend, ob das Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 7. Juni 2016 den Anforderungen des strukturierten, indikatorenbasierten Beweisverfahrens genügt.

### **E. 8.3.1**

Hinsichtlich der Kategorie "Funktioneller Schweregrad", Komplex "Gesundheitsschädigung" (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1) spricht die im Gutachten diagnostizierte Dysthymie (ICD-10 F43; dies ohne Vorliegen einer depressiven Episode im Sinne der ICD-10 F.32/33) definitionsgemäss für eine geringe Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome respektive eine fehlende Schwere des Krankheitsgeschehens. Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist diese für sich alleine genommen regelmässig nicht invalidisierend (Urteil des BGer 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2). Überdies ist dem psychiatrischen Gutachten zu entnehmen, dass der Versicherte einen Psychiater besuche, an dessen Namen er sich nicht erinnere. Das Gutachten weist auch nicht auf eine regelmässige Frequenz dieser Besuche hin. Relevante Behandlungsmassnahmen seien ab 2004/2005 dokumentiert, und bis 2012 werde eine unveränderte, nie ausgebaute Psychopharmako- und Psychotherapie genannt. Die Behandlung 2015/2016 sei zumindest teilweise unklar. Eingliederungsmassnahmen würden weder dokumentiert noch vom Versicherten genannt, seien aber ohne Einschränkungen zumutbar. Die vom Beschwerdeführer gemäss den vorliegenden Medizinalakten seit Jahren beklagten migräneartigen Kopfschmerzen wertete der Gutachter Dr. med. E. \_\_\_\_\_ als im Rahmen der dysthymen Verstimmung vollständig zu erklärende körperliche Missempfindungen. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass es das Bundesgericht in seiner jüngeren Rechtsprechung - aufgrund der diesbezüglich nicht eindeutigen Antwort der medizinischen Fachwelt - offengelassen hat, ob eine Migräne zu den objektivierbaren Krankheitsbildern zu zählen sei. Gemäss dem Bundesgericht ist dies nicht ausschlaggebend,

da sowohl die objektivierbaren als auch die medizinisch nicht oder nicht klar fassbaren Beschwerdebilder grundsätzlich die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einzuschränken und somit einen Rentenanspruch zu begründen vermöchten. Die subjektiv von der versicherten Person geltend gemachten Funktionseinschränkungen seien hierfür stets einer sorgfältigen Plausibilitätsprüfung zu unterziehen. Hierbei seien die Indizien, wie sie im Rahmen der Praxis zu den organisch nicht nachweisbaren unklaren Beschwerdebildern regelmässig zu berücksichtigen seien, miteinzubeziehen. Mangels Nachweises der invalidisierenden Folgen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung (das heisst bei Beweislosigkeit), sei zu vermuten, dass sich der beklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirke (BGE 140 V 290 . 3.3.1, 3.3.2 und 4.1). Damit gilt die soeben dargelegte Prüfung des indikatorengeleiteten Beweisverfahrens auch für die vom Versicherten über mehrere Jahre hinweg beklagten Migräneattacken. Somit erscheint auch die Schlussfolgerung des Gutachters, dass die beklagten Migräneattacken keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten haben, nachvollziehbar.

### **E. 8.3.2**

Das Gutachten setzt sich ferner auch mit den komplexen Persönlichkeit, sozialer Kontext und Konsistenz auseinander (BGE 141 V 281 E. 4.3.2, 4.3.3. 4.4). Zum Komplex Persönlichkeit ist zusammengefasst zu erwähnen, dass akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge (Z73.1) festgehalten werden, welche eine Variante der Norm im Sinn von Eigenheiten der Person darstellten und keinen Krankheitswert besässen. Gegen eine Persönlichkeitsstörung sprächen unter anderem die erfolgreiche persönliche, berufliche und soziale Lebensbewältigung bis zum 42. Lebensjahr; der geringe, sozial übliche Konsum von Tabak sowie die Abstinenz bezüglich weiterer nicht ärztlich verordneter psychotroper Substanzen liessen ebenfalls auf relevante persönliche Ressourcen schliessen. Der soziale Kontext sei objektiv und subjektiv geordnet. Der Versicherte beschreibe relevante Ressourcen, wie die Pflege sozialer Kontakte und vielfältige Aktivitäten des täglichen Lebens.

### **E. 8.3.3**

Zur Frage der Konsistenz hält der Gutachter fest, betreffend den Verlauf der Störung seien eine Verdeutlichungstendenz und eine mangelhafte Glaubhaftigkeit der Beschwerdeschilderung zu nennen. Überdies behinderten krankheitsfremde Gesichtspunkte, welche im Vordergrund stünden, die medizinisch zumutbare Willensanstrengung zur Bewältigung der Defizite.

### **E. 8.4**

Insgesamt ist festzuhalten, dass das psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 7. Juni 2016 den Anforderungen der bundesgerichtlichen Rechtsprechung an ein strukturiertes, indikatorenbasiertes Beweisverfahren genügt. Es überzeugt in Bezug auf Aufbau, erhobene Befunde und die medizinische Würdigung auch vor dem Hintergrund der Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der SGPP (SZS 05/2016 S. 435 ff.). Das ausführliche Gutachten gibt eingehend die Anamnese sowie die vom Beschwerdeführer geäusserten Beschwerden wieder. Es beruht auf einem ausführlichen Untersuchungsgespräch, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben und setzt sich einlässlich mit den bereits vorhandenen medizinischen Unterlagen auseinander. Ferner beschreibt der Gutachter in nachvollziehbarer und widerspruchsfreier Weise den aktuellen Gesundheitszustand des Versicherten im Begutachtungszeitpunkt, wobei er

anschliessend auf die Entwicklung des Gesundheitszustands seit der letzten rentenbestätigenden Mitteilung vom 30. März 2012 darstellt. Dass er aufgrund fehlender (fach-) ärztlicher Berichte eine allfällige seitherige Entwicklung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit nicht rekonstruieren konnte, erscheint angesichts des wenig aussagekräftigen Arztberichts einleuchtend. Die vom Beschwerdeführer nach der Begutachtung im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten medizinischen Berichte äussern sich nicht zu seiner Arbeitsfähigkeit und erlauben daher nicht, die entsprechenden Schlussfolgerungen des psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachtens in Zweifel zu ziehen. Insgesamt hat die Vorinstanz damit zu Recht aufgrund des von ihr eingeholten Gutachtens einen Revisionsgrund im Sinne einer erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustands sowie entsprechend der Arbeitsfähigkeit bejaht. Aufgrund dieses Beweisverfahrens ist die Schlussfolgerung des Gutachters Dr. med. E. \_\_\_\_\_ nachvollziehbar und überzeugend, wonach seit dem 27. April 2016 keine Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr in der bisherigen oder einer angepassten Tätigkeit festgestellt werden könne.

## **E. 9**

Der Beschwerdeführer bringt im vorliegenden Beschwerdeverfahren gegen das psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten vom 7. Juni 2016 diverse Rügen an, auf welche nachfolgend einzugehen ist.

### **E. 9.1**

Der Beschwerdeführer erhebt in seiner Beschwerde ans Bundesverwaltungsgericht Einwände gegen die Dolmetscherin, welche anlässlich der Begutachtung vom 27. April 2016 zugegen war. Diese sei einerseits nicht albanischer Muttersprache, was bereits ihr slawisch-lautender Nachname zeige. Andererseits habe der Beschwerdeführer während des Gesprächs eine Abneigung seitens der Dolmetscherin verspürt. In Bezug auf diese Rügen des Beschwerdeführers ist festzuhalten, dass Ablehnungsgründe grundsätzlich sofort nach deren Bekanntwerden geltend zu machen sind (BGE 132 V 112 E. 7.4.2; AHI 2001 S. 116 E. 4a/aa mit Hinweisen). Dagegen ist es prozessual unzulässig und rechtsmissbräuchlich, angebliche Ablehnungsgründe erst aufgrund der als ungünstig empfundenen Resultate der Begutachtung nachzuschieben (Urteil des BGer vom 6. Juni 2006, 1P.787/2005). Der Beschwerdeführer hätte nach dem Gesagten zu Beginn der Begutachtung die Möglichkeit gehabt, die Dolmetscherin abzulehnen. Dies hat er indessen nicht getan. Die ausführlich dokumentierten Ergebnisse des Untersuchungsgesprächs deuten denn auch weder auf Verständigungsschwierigkeiten zwischen dem Beschwerdeführer und dem Begutachter respektive der Dolmetscherin noch auf eine persönliche Unstimmigkeit zwischen der Dolmetscherin und dem Beschwerdeführer hin. Die erst nach Kenntnisnahme der Ergebnisse der Begutachtung vorgebrachten Einwände scheinen daher vielmehr der Absicht des Beschwerdeführers zu entspringen, ein für ihn ungünstiges Gutachten als unverwertbar erscheinen zu lassen. Unter diesen Umständen sind die erwähnten Einwände vorliegend nicht zu berücksichtigen.

### **E. 9.2**

Der Beschwerdeführer stellt sich im Weiteren auf den Standpunkt, das Gutachten gebe diverse seiner Aussagen infolge der erwähnten Verständigungsschwierigkeiten falsch wieder. Es sei nicht richtig, dass er sich gerne an der frischen Luft aufhalte, dass er Hausarbeit verrichte, im Garten arbeite, spazieren gehe und Velo fahre. Auch entsprächen

die Angaben hinsichtlich der sozialen Kontakte nicht der Wahrheit. So habe er sich tatsächlich nicht mehr in sein Heimatland integrieren können. Mit den "gesteigerten" sozialen Kontakten in Mazedonien könne er nicht umgehen und ziehe sich deshalb regelmässig zurück (es handle sich hierbei um einen vollständigen sozialen Rückzug). Während seine Ehefrau regelmässig bei Verwandten und Nachbarn Besuche abstatte und selbst Besuche einlade, sei er selber bestrebt, diesen Besuchen aus dem Weg zu gehen, indem er sich im Garten aufhalte oder das Haus verlasse, während der Besuch da sei. Er sei also nicht deshalb draussen, da es ihm wohltue, sondern da er die Menschen um sich herum nicht ertrage. Überdies kritisiert der Beschwerdeführer, der Gutachter habe seine Aussagen als "oberflächlich, vage und pauschal" gewürdigt, indessen nicht gesagt, welche Aussagen er damit konkret bezeichne. Es sei offensichtlich, dass die Oberflächlichkeit der Aussagen aufgrund der Übersetzung entstanden sein könnte. Indem der Beschwerdeführer nachträglich sämtliche Angaben zu seinem Alltag in Mazedonien verneint, kann das alltägliche Leben des Beschwerdeführers nicht nachvollzogen werden. Der Beschwerdeführer gibt in den nachträglichen Korrekturen seiner Aussagen denn auch nicht an, wie er sein alltägliches Leben in Mazedonien effektiv gestaltet. Indem der Beschwerdeführer einerseits verneint, dass er sich gerne an der frischen Luft aufhalte, und andererseits darlegt, er flüchte bei Besuch jeweils in den Garten, erweisen sich seine Aussagen ausserdem als widersprüchlich. Im Fragebogen für die IV-Rentenrevision vom 30. November 2015 hatte der Versicherte überdies - abweichend von seinen aktuellen Vorbringen im Beschwerdeverfahren - unter der Frage nach den ausgeübten Freizeitaktivitäten noch erwähnt, er treffe wenige Personen und gehe spazieren (vgl. IV-act. 82). Die Angaben des Gutachters, die Aussagen seien auch auf seine empathische Nachfrage hin vage, pauschal und oberflächlich verblieben, sind unter diesen Umständen auch mit Blick auf die aktuellen Vorbringen des Beschwerdeführers nicht gänzlich von der Hand zu weisen. Das vom Beschwerdeführer in der Beschwerde nachträglich skizzierte Bild seines täglichen Lebens wirkt vielmehr vom Wunsch geprägt, eine allgemeine Freudlosigkeit und fehlende soziale Kontakte darzutun, um das Vorliegen einer Depression zu untermauern. Bereits im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 7. Juni 2016 wurde entsprechend eine Verdeutlichungstendenz des Beschwerdeführers mehrfach betont. Der vom Beschwerdeführer geltend gemachte vollständige soziale Rückzug erweist sich bereits aufgrund des offenbar intakten Familienlebens des Beschwerdeführers (vgl. Ziff. 4.2 des erwähnten Fragebogens für die IV-Rentenrevision, wonach der Beschwerdeführer aktuell im gleichen Haushalt mit der Ehefrau, der Mutter, dem Sohn und der Tochter lebt) als unwahrscheinlich. Den vom Beschwerdeführer im Fragebogen für die IV-Rentenrevision spontan gemachten Angaben ist nach der allgemeinen Lebenserfahrung mehr Glauben zu schenken, als den berichtenden Angaben nach Erhalt der Ergebnisse der Begutachtung sowie nach Beratung mit seiner Rechtsvertretung. Insgesamt sind damit die nachträglichen Berichtigungen des Beschwerdeführers hinsichtlich seiner Aussagen im Untersuchungsgespräch zu wenig substantiiert, eindeutig, vollständig und widerspruchsfrei, als dass das Bundesverwaltungsgericht die von dem im Gutachten skizzierten Lebensalltag abweichende Darstellung berücksichtigen könnte.

### **E. 9.3**

Ausserdem rügt der Beschwerdeführer, der Gutachter habe die Frage der Suizidalität verneint, ohne mit ihm über diese Thematik gesprochen zu haben. In Bezug auf die äusserst heikle sowie höchstpersönliche Frage hinsichtlich einer allfälligen Suizidalität liegt es in dem Ermessen des Gutachters abzuwägen, ob er diese Thematik bei einer zu

untersuchenden Person direkt anspricht oder ob er vorerst lediglich im Rahmen des Gesprächs allfällige dahingehende Gedanken eruiert und nur gegebenenfalls diesbezüglich nachhakt. Es ist auch denkbar, dass er es der zu untersuchenden Person überlässt, auf der Grundlage entsprechender offen formulierter Fragen das Thema anzugehen. Vorliegend scheinen sich keine entsprechenden Hinweise im Gespräch ergeben zu haben, weshalb der Gutachter die Frage glaubwürdig verneinen konnte, dies auch ohne den Versicherten direkt auf die Thematik angesprochen zu haben.

#### **E. 9.4**

Überdies bestreitet der Beschwerdeführer, während der Untersuchung eine Symptom-Checkliste ausgefüllt zu haben. Es seien ihm keinerlei Dokumente in albanischer Sprache unterbreitet worden. Der vom Gutachter ausgefüllten MADRS-Beurteilung könne aufgrund der Sprachbarriere nicht gefolgt werden. Ausserdem handle es sich bei dieser um eine Zusammenfassung des Explorationsgesprächs und nicht um ein eigenständiges Beweismittel. Der Beschwerdeführer bezieht sich mit seiner Rüge auf die ausgefüllte SCL-90-R-Skala (im Anhang des Gutachtens). Indessen ist dem Gutachten nicht zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer dieses Formular selber ausgefüllt respektive die entsprechenden Kreuze gesetzt zu habe. Vielmehr erklärte der Gutachter, der Beschwerdeführer habe im Rahmen des Untersuchungsgesprächs alle Items der SCL-90-R-Skala beantwortet. Das bedeutet, dass der Gutachter die jeweiligen Fragen - unter Übersetzung durch die Dolmetscherin - ins Untersuchungsgespräch eingebaut haben muss. Die entsprechenden Kreuze scheint der Gutachter selbst gesetzt und jede Seite visiert zu haben. Damit ändert die Behauptung des Beschwerdeführers, es seien ihm keine Dokumente in albanischer Sprache unterbreitet worden, nichts an dem durch die Vorinstanz festgestellten Sachverhalt. Sowohl bei der SCL-90-R-Skala als auch bei der MADRS-Beurteilung handelt es sich um Hilfsmittel zur Einschätzung von psychischen Erkrankungen. Der Gutachter hat auf diese Hilfsmittel zu Recht Rückgriff genommen und in seine Beurteilung einfließen lassen. Die Vorinstanz hat ihrerseits auf das von ihr eingeholte psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten vom 7. Juni 2016 abgestellt. Der Beschwerdeführer geht daher zu Unrecht davon aus, dass die Vorinstanz die erwähnte MADRS-Beurteilung als ein zusätzliches, eigenständiges Beweismittel berücksichtigt habe. Die erwähnten Rügen ändern deshalb ebenfalls nichts an der Schlüssigkeit des psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachtens vom 7. Juni 2016.

#### **E. 9.5**

Der Beschwerdeführer macht sodann geltend, der Gutachter habe die von ihm während des Begutachtungsgesprächs geäusserten diversen Schmerzstörungen sowie seine körperlichen Symptome, insbesondere auch die Migräneschmerzen, nicht berücksichtigt. Zugleich rügt er, das psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten hätte sich nicht zum Thema Migräne äussern dürfen, ohne dass ein Facharzt diese Diagnose beurteilt hätte. Ausserdem treffe es entgegen der Auffassung des Gutachters nicht zu, dass er zu wenig auf die Behandlung seiner Migräneschmerzen insistiert habe. Er nehme die entsprechenden Medikamente ein. Es könne nicht von ihm erwartet werden, dass er noch weitere Hilfe suche oder in Anspruch nehme. Indem der Beschwerdeführer einerseits kritisiert, der Gutachter habe seine Migräneschmerzen nicht berücksichtigt und andererseits, der Gutachter hätte die Migräneschmerzen nicht beurteilen dürfen, erweisen sich die Rügen des Beschwerdeführers als widersprüchlich. Wie dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 7. Juni 2016 zu entnehmen ist, hat der Gutachter denn auch die vom Beschwerdeführer beklagten

Migräneattacken mehrfach erwähnt sowie im Rahmen seiner Diagnose ("...bei rezidivierenden migräneartigen Kopfschmerzen") berücksichtigt. Hinsichtlich der erwähnten Diagnose stellte der Gutachter indessen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten fest. Von einer Schadenminderungspflicht war denn auch im Gutachten nicht die Rede. Eine allfällige optimierte Therapie seiner Migräneschmerzen liegt daher einzig im Interesse des Beschwerdeführers und könnte faktisch nichts an den Schlussfolgerungen des Gutachtens ändern. Die Migräneattacken wurden denn auch in den bereits vorliegenden (fach-) ärztlichen Berichten der Psychiatrischen Dienste B. \_\_\_\_\_ des Spital B. \_\_\_\_\_ und der früheren Psychiaterin des Beschwerdeführers Dr. med. G. \_\_\_\_\_ erwähnt. Mangels einer nachweislichen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit durfte die Vorinstanz diesbezüglich auf die Einholung weiterer fachärztlicher Untersuchungen verzichten. Mit den vom Beschwerdeführer geäusserten sowie in den Vorakten thematisierten Schmerzstörungen hat sich der Gutachter einlässlich begründet sowie nachvollziehbar auseinandergesetzt. Weitere Schmerzstörungen hat der Beschwerdeführer weder im Rahmen der Begutachtung noch in seinen Eingaben ans Bundesverwaltungsgericht thematisiert. Auch die vom Beschwerdeführer eingereichten neuen medizinischen Unterlagen erwähnen keine somatoforme Schmerzstörung. Die erwähnten Rügen des Beschwerdeführers erweisen sich daher ebenfalls als unbehelflich.

#### **E. 9.6**

Ferner macht der Beschwerdeführer geltend, er habe keine Vertrauensperson an die Begutachtung mitgebracht, was den Beweiswert des Gutachtens in Frage stelle. Im schweizerischen IV-Recht ist keine Verbeiständung im Abklärungsverfahren vorgesehen. Bei der Erhebung von Gutachten hat die Rechtsprechung eine Verbeiständung ausdrücklich abgelehnt. Die Begutachtung soll nach der Rechtsprechung möglichst ohne äussere Einflussnahme vorgenommen werden können. Die Anwesenheit eines Anwalts oder einer Anwältin könnte dieser Zielsetzung allenfalls entgegenlaufen (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, N. 12 zu Art. 37 ATSG mit Hinweisen auf BGE 132 V 443 E. 3.5; SVR 2008 IV Nr. 18, I 42/06). Diese restriktive Rechtsprechung ist in der Folge auf weitere Personen - zum Beispiel auf den Lebenspartner der zu untersuchenden Person - ausgedehnt worden. Immerhin lässt es die Rechtsprechung zu, dass die sachverständige Person im Einzelfall darüber entscheiden kann, ob die Teilnahme einer Drittperson an der Begutachtung gegebenenfalls notwendig ist (vgl. Kieser, a.a.O., N. 13 zu Art. 37 ATSG mit Hinweisen auf SVR 2008 IV Nr. 18, I 42/06 E. 4.5). Vorliegend hat Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im Gutachten vom 7. Juni 2016 festgestellt, dass die Untersuchung nicht im Beisein von weiteren Drittpersonen (z.B. Angehörigen der versicherten Person) stattfand (IV-act. 89, S. 2). Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hat diese Feststellung ohne eine Wertung vorgenommen. Es bestehen damit keine Hinweise darauf, dass der sachverständige Gutachter die Anwesenheit einer Vertrauensperson für eine verlässliche Begutachtung als unabdingbar erachtet hätte. Ebenso wenig lassen sich den vorliegenden Akten Hinweise darauf entnehmen, dass der Beschwerdeführer die Anwesenheit einer Vertrauensperson beantragt hätte. Aus der erwähnten Rechtsprechung, gemäss der grundsätzlich kein Recht auf die Anwesenheit einer Vertrauensperson anlässlich einer medizinischen Abklärung besteht, kann der Beschwerdeführer ebenfalls nichts zu seinen Gunsten ableiten. Es ist damit zu folgern, dass die Abwesenheit einer Vertrauensperson anlässlich der Begutachtung - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers - nicht zu einer Minderung des Beweiswertes des Gutachtens führt.

## **E. 9.7**

Der Beschwerdeführer rügt schliesslich, er weise neben den psychischen Erkrankungen auch körperliche Krankheitsbilder (Bluthochdruck, Diabetes, obstruktive Bronchitis, Magen- und Darmentzündungen, Probleme beim Urinieren, etc.) auf. Die Vorinstanz hätte unter diesen Umständen ein polydisziplinäres Gutachten einholen müssen. Mit dem von der Vorinstanz eingeholten monodisziplinären Gutachten habe sie den Sachverhalt nicht genügend untersucht.

### **E. 9.7.1**

Beim Zusammenwirken von physischen und psychischen Beeinträchtigungen ist es grundsätzlich nicht gerechtfertigt, die somatischen und psychischen Befunde isoliert abzuklären. Vielmehr ist eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen (vgl. Urteile des BGer 8C\_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2 und 8C\_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweisen). Das Erfordernis einer interdisziplinären Untersuchung besteht indessen nur dann, wenn aus den Akten ersichtlich ist, dass die versicherte Person unter Einschränkungen in sowohl psychischer als auch somatischer Hinsicht leidet.

### **E. 9.7.2**

In den bis zum revisionsrechtlichen Vergleichszeitpunkt vom 5. April 2006 vorliegenden medizinischen Akten werden, wie vom Gutachter Dr. med. E. \_\_\_\_\_ zutreffend wiedergegeben, ausschliesslich psychische Beschwerden (Stimmungsschwankungen, Depression), Migräneschmerzen sowie somatoforme Schmerzen thematisiert. Ebendiese Leiden hatte der Beschwerdeführer bereits in seiner IV-Anmeldung angegeben (vgl. Sachverhalt Bst. A). Bis zur Einholung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachtens vom 7. Juni 2017 lagen keine weiteren medizinisch begründeten Diagnosen oder Befunde vor, welche eine interdisziplinäre Untersuchung gerechtfertigt hätten. Die vom Beschwerdeführer beklagten somatischen Leiden hat Dr. med. E. \_\_\_\_\_ sodann im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 7. Juni 2016 vollumfänglich wiedergegeben. Erst in den vom Beschwerdeführer nach Vorliegen des psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachtens eingereichten Arztberichten werden einige der von ihm beklagten körperlichen Befunde erstmals erwähnt. So liegen zwei (nicht unterzeichnete) Befunde betreffend Nierenzysten vor. Dr. med. I. \_\_\_\_\_ bestätigte die Befunde Bluthochdruck und Hyperlipidämie. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ führte - ohne eine entsprechende Begründung - die ICD-10-Codes betreffend Störungen des Lipoproteinstoffwechsels, Diabetes mellitus sowie essentielle Hypertonie auf. Der medizinische Dienst hat hierzu in seiner Stellungnahme vom 29. November 2016, festgehalten, dass sich der Beschwerdeführer in einschlägiger (medikamentöser) Therapie befinde und diese neuen medizinischen Unterlagen keine eindeutig medizinischen Gründe enthielten, welche eine Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würden. Diese Schlussfolgerung des medizinischen Dienstes erscheint überzeugend. Hinsichtlich der weiteren vom Beschwerdeführer im Rahmen des Beschwerdeverfahrens geltend gemachten gesundheitlichen Probleme der obstruktiven Bronchitis, der Magen- und Darmentzündungen sowie der Probleme beim Urinieren fehlen ärztliche Berichte. Auf weitere Abklärungen diesbezüglich ist indessen in antizipierender Beweiswürdigung (vgl. hierzu z.B. BGE 134 I 140 E. 5.6) zu verzichten, da diesbezüglich keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu erwarten sind. Insgesamt ist daher festzuhalten, dass die Vorinstanz zu Recht - nach Rücksprache mit ihrem medizinischen Dienst - zur Abklärung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausschliesslich ein

psychiatrisch-psychotherapeutisches Gutachten eingeholt hat.

#### **E. 9.8**

Der Schlussfolgerung von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ im Arztbericht vom 1. Juli 2016 kann gefolgt werden, wonach der Beschwerdeführer aufgrund des Gutachtens von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ in der bisherigen wie auch in Verweisungstätigkeiten als zu 0 % arbeitsunfähig einzuschätzen ist, wobei als massgebender Zeitpunkt (entsprechend Gutachten Dr. med. E.\_\_\_\_\_) das Untersuchungsdatum vom 27. April 2016 zu bezeichnen ist. Insgesamt steht damit fest, dass der Beschwerdeführer ab dem 27. April 2016 wieder in der Lage ist, einer vollzeitigen Erwerbstätigkeit nachzugehen.

#### **E. 10**

Zu prüfen bleibt, ob es dem Beschwerdeführer möglich ist, seine wiedererlangte (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem als ausgeglichen anzunehmenden Arbeitsmarkt zu verwerten.

#### **E. 10.1**

Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind. Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich ein an sich invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 138 V 457 E. 3.1 m.w.H.).

#### **E. 10.2**

Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt sodann davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Für die Prüfung der Frage nach der (zukünftigen) Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter ist auf den Zeitpunkt abzustellen, in welchem die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit feststeht. Dies bedingt das Vorliegen rechtsgenügender medizinischer Unterlagen, die diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 138 V 457 E. 3.2 f.).

#### **E. 10.3**

Nach ständiger Rechtsprechung können sodann Personen, deren Rente revisions- oder wiedererwägungsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, nach mindestens 15

Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, nicht ohne Weiteres auf den Weg der Selbsteingliederung verwiesen werden (SVR 2011 IV Nr. 73 [9C\_228/2010] E. 3 m.w.H.). Vielmehr sind in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis die Betroffenen in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten (Urteile des Bundesgerichts 8C\_724/2015 vom 29. Februar 2016 E. 5.5 und 8C\_855/2013 vom 30. April 2014 E. 2.2, je m.w.H.). Dies bedeutet nicht, dass im revisions- oder wiedererwägungsrechtlichen Kontext ein Besitzstandsanspruch geltend gemacht werden könnte. Den Betroffenen wird lediglich zugestanden, dass - von Ausnahmen abgesehen - aufgrund des fortgeschrittenen Alters oder einer langen Rentendauer die Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar ist (Urteile des Bundesgerichts 9C\_920/2013 vom 20. Mai 2014 E. 4.4 und 9C\_367/2011 vom 10. August 2011 E. 3.3; vgl. auch Petra Fleischanderl, Behandlung der Eingliederungsfrage im Falle der Revision einer langjährig ausgerichteten Invalidenrente, in: SZS 2012 S. 360 ff.). Zur Feststellung der für die Frage der zumutbaren Selbsteingliederung einer versicherten Person massgebenden Eckwerte des 15-jährigen Rentenbezugs beziehungsweise des Erreichens des 55. Altersjahres wird auf den Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung oder auf den darin verfügten Zeitpunkt der Rentenaufhebung abgestellt (BGE 141 V 5 E. 4).

#### **E. 10.4**

Vorliegend hat die Vorinstanz die bisherige Rente des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 16. Dezember 2016 mit Wirkung ab dem 1. Februar 2017 aufgehoben. Der Beschwerdeführer, geboren am (...) 1961, war im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung respektive der Rentenaufhebung 55 Jahre alt. Er erfüllt damit den Eckwert mit Bezug auf das Alter. Zu jenem Zeitpunkt hat er während 16 Jahren Rentenleistungen der schweizerischen Invalidenversicherung bezogen. Der Eckwert in Bezug auf den langjährigen Rentenbezug ist damit ebenfalls erfüllt. Bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung hat der Beschwerdeführer ausserdem während 13 Jahren nicht mehr gearbeitet. Unter diesen Umständen ist die Zumutbarkeit der Selbsteingliederung rechtsprechungsgemäss nicht zu vermuten.

#### **E. 10.5**

Die Vorinstanz hätte die Verwertbarkeit der wiedergewonnenen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers somit zwingend prüfen müssen, bevor sie die Rentenleistungen hätte einstellen dürfen. Die rentenaufhebende Verfügung vom 16. Dezember 2016, die ohne vorherige Abklärungen und gegebenenfalls eine den Verhältnissen angepasste Durchführung befähigender Massnahmen erfolgte, ist nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung bundesrechtswidrig (Urteil des BGer 9C\_183/2015 vom 19. August 2015 E. 5). Da die Vorinstanz diese Prüfung nicht vorgenommen hat und weder dem medizinischen Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 7. Juni 2016 noch den medizinischen Stellungnahmen des IV-Stellen-Arzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 1. Juli 2016 und 29. November 2016 eine Prüfung der Selbsteingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu entnehmen ist, erweist sich der Sachverhalt hinsichtlich der Verwertbarkeit der wiedergewonnenen Erwerbsfähigkeit ohne Eingliederungsmassnahmen als nicht hinreichend abgeklärt (vgl. z.B. Urteile des Bundesgerichts 9C\_183/2015 vom 19. August 2015 E. 5; 8C\_39/2012 vom 24. April 2012 E. 5; 9C\_921/2009 vom 22. Juni 2010 E. 5.3; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-1890/2015 vom 18. Januar 2018 E. 7).

### **E. 10.6**

Die Beschwerde ist daher gutzuheissen und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die Vorinstanz ist anzuweisen abzuklären, ob es dem Beschwerdeführer ausnahmsweise - trotz seines Alters von mehr als 55 Jahren und des über 15-jährigen Rentenbezugs - möglich ist, sich ohne Eingliederungsmassnahmen ins Erwerbsleben zu reintegrieren und seine wiedergewonnenen Erwerbsfähigkeit verwerten, oder ob der Beschwerdeführer dazu vorgängiger Eingliederungsmassnahmen bedürfte. Anschliessend ist über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers im Rahmen der laufenden Rentenrevision neu zu verfügen, wobei die Verfügung rechtskonform zu begründen ist.

### **E. 11**

Soweit der Beschwerdeführer im Rahmen des Beschwerdeverfahrens vorgebracht hat, er sei nach seinem Wegzug ins Ausland aufgrund des Sozialversicherungsabkommens mit Mazedonien nach wie vor obligatorisch respektive zumindest freiwillig in der Schweiz IV-versichert, ist Folgendes klarzustellen: Gemäss Art. 1b IVG i.V.m. 1a Abs. 1 AHVG endet die obligatorische AHV/IV-Versicherung nicht erwerbstätiger Personen in der Schweiz mit dem Wegzug ins Ausland. Gemäss Art. 2 Abs. 1 AHVG ist der Beitritt zur freiwilligen AHV/IV-Versicherung Staatsangehörigen der Schweiz und von Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft oder der Europäischen Freihandelsassoziation vorbehalten. Schliesslich sieht Art. 14 Abs. 1 des Sozialversicherungsabkommens mit Mazedonien vor, dass mazedonische Staatsangehörige, die unmittelbar vor Eintritt der Invalidität der Beitragspflicht in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung unterliegen, Eingliederungsmassnahmen erhalten, solange sie sich in der Schweiz aufhalten. Mangels Wohnsitzes in der Schweiz kann der Beschwerdeführer aus dieser Bestimmung des Sozialversicherungsabkommens keinen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen ableiten. Sollten Eingliederungsmassnahmen zur Verwertung der Erwerbsfähigkeit vorliegend zwingend erforderlich, aber nicht durchführbar sein, ist von einer Renteneinstellung abzusehen.

### **E. 12.1**

Als obsiegende Partei hat der Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten zu tragen. Da ihm mit Zwischenverfügung vom 13. März 2017 (vgl. Sachverhalt Bst. G) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverteidigung bewilligt wurde, hatte er keinen Kostenvorschuss zu entrichten.

### **E. 12.2**

Die Entschädigung für die unentgeltliche Rechtsvertretung des Beschwerdeführers im vorliegenden Beschwerdeverfahren wird mangels Einreichung einer Kostennote unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Anwaltsaufwands auf Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen) festgesetzt und der unterliegenden Vorinstanz zur Bezahlung auferlegt (Art. 65 Abs. 5 VwVG in Verbindung mit Art. 14 Abs. 2 VGKE [SR 173.320.2]). (Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.)

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