

BVGer C-7241/2015 vom 19. Februar 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-02-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7241_2015

FR: TAF C-7241/2015 du 19 février 2018

IT: TAF C-7241/2015 del 19 febbraio 2018

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 lit. d VGG und Art. 69 Abs. 1 lit. b IVG (SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG (SR 172.021), soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 lit. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung anwendbar (Art. 1a bis 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.3

Der Beschwerdeführer ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, so dass er im Sinne von Art. 59 ATSG beschwerdelegitimiert ist.

E. 1.4

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht (Art. 60 Abs. 1 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG) eingereicht und der Kostenvorschuss innert Frist geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und lebt in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie

die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 lit. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit - wie vorliegend - weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4), was sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nicht geändert hat (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Demnach bestimmt sich vorliegend die Frage, ob der Beschwerdeführer weiterhin einen Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung hat (und wenn ja, in welcher Höhe), alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 2.2

In materiell-rechtlicher Hinsicht ist auf jene Bestimmungen des IVG und der IVV (SR 832.201) respektive des ATSG und der ATSV (SR 830.11) abzustellen, die für die Beurteilung eines Rentenanspruchs jeweils relevant waren und in Kraft standen. Da vorliegend das Revisionsgesuch im Dezember 2013 eingereicht wurde, ist der Leistungsanspruch ab 1. Dezember 2013 strittig (vgl. Art. 88bis Abs. 1 lit. a IVV). Für die Beurteilung des Leistungsanspruchs ist deshalb auf das per 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659] und IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]) abzustellen.

E. 2.3

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 12. Oktober 2015) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis).

E. 2.4

Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

E. 3.1

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird eine Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad des Rentenbezügers erheblich verändert hat.

E. 3.1.1

Zu einer Änderung des Invaliditätsgrades Anlass geben kann einerseits eine wesentliche Verbesserung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit entsprechender Beeinflussung der Erwerbsfähigkeit und andererseits eine erhebliche Veränderung der

erwerblichen Auswirkungen eines an sich gleich gebliebenen Gesundheitsschadens (BGE 125 V 369 E. 2, 113 V 275 E. 1a, 107 V 221 E. 2 mit Hinweisen; SVR 2004 IV Nr. 5 S. 13 E. 2). Ist die Invalidität nach der Einkommensvergleichsmethode gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG zu bemessen, so kann jede Änderung eines der beiden Vergleichseinkommen zu einer für den Anspruch erheblichen Erhöhung oder Verringerung des Invaliditätsgrades führen. Dagegen ist die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts kein Revisionsgrund; unterschiedliche Beurteilungen sind revisionsrechtlich nur dann beachtlich, wenn sie Ausdruck von Änderungen der tatsächlichen Verhältnisse sind (siehe nur BGE 115 V 313 E. 4a/bb mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a). Identisch gebliebene Diagnosen schliessen eine revisionsrechtlich erhebliche Steigerung des tatsächlichen Leistungsvermögens (Arbeitsfähigkeit) grundsätzlich nicht aus. Dies gilt namentlich dann, wenn der Schweregrad eines Leidens sich verringert hat oder es der versicherten Person gelungen ist, sich besser an das Leiden anzupassen (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3). Ob eine derartige tatsächliche Änderung vorliegt oder aber eine revisionsrechtlich unbeachtliche abweichende ärztliche Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustands, bedarf auch mit Blick auf die mitunter einschneidenden Folgen für die versicherte Person einer sorgfältigen Prüfung. Dabei gilt der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blossе Möglichkeit einer Verbesserung tatsächlicher Art genügt nicht (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C_88/2010 vom 4. Mai 2010 E. 2.2.2 mit Hinweis). Bei den Renten der Invalidenversicherung ist grundsätzlich jede Änderung des Sachverhalts, die zu einer Über- oder Unterschreitung eines Schwellenwertes (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG) führt, als erheblich zu betrachten (BGE 133 V 545 E. 6 f.; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 165, 9C_8/2010 E. 3.1). Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b; SVR 2004 IV Nr. 17 S. 53; Urteil des BGer 9C_223/2011 vom 3. Juni 2011 E. 3.1).

E. 3.1.2

Ob eine unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten erhebliche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheides; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Vorliegend strittig ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenzusprache am 30. Mai 2013 verändert hat. Es ist somit der Sachverhalt im Zeitpunkt der Rentenzusprache mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Revisionsverfügung vom 12. Oktober 2015 zu vergleichen.

E. 3.2

Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall. Erwerbsunfähigkeit ist gemäss Art. 7 ATSG der durch Beeinträchtigung der körperlichen

oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 3.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes im schweizerischen Invalidenversicherungsverfahren ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und gegebenenfalls bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, 115 V 134 E. 2; AHI-Praxis 2002, S. 62, E. 4b/cc).

E. 3.4

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Bezüglich 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil des BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3.a). Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte der behandelnden Ärzte schliesslich sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2). In diesem Zusammenhang gilt es allerdings zu beachten, dass auch die Einschätzungen von

behandelnden Hausärzten und Spezialisten nicht von vornherein unbeachtlich sind; vielmehr sind diese im Rahmen der freien Beweiswürdigung zu berücksichtigen, zumal die Behörde und das Gericht auch auf die speziellen, etwa dank der langjährigen medizinischen Betreuung nur einem Hausarzt zugänglichen Erkenntnisse des Gesundheitszustandes eines Versicherten abstellen können (vgl. dazu die Urteile des BGer 4A_526/2014 vom 17. Dezember 2014 E. 2.4 und 9C_468/2009 vom 9. September 2009 E. 3.3).

E. 3.5

Vor der Berechnung des Invaliditätsgrades muss jeweils beurteilt werden, ob die versicherte Person als (teil-)erwerbstätig oder nichterwerbstätig einzustufen ist, was entsprechenden Einfluss auf die anzuwendende Methode der Invaliditätsgradbemessung hat (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, gemischte Methode, spezifische Methode des Betätigungsvergleichs, vgl. Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a IVG). Zu prüfen ist, was die versicherte Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausreicht (vgl. BGE 133 V 504 E. 3.3, 133 V 477 E. 6.3, 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen).

E. 3.6

Versicherte haben Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 Prozent invalid sind, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 Prozent auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 4

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die IVSTA zu Recht eine revisionsweise Änderung des Rentenanspruchs verneint hat.

E. 4.1

Die als Vergleichszeitpunkt massgebenden Verfügungen vom 30. Mai 2013 basierten im Wesentlichen auf dem Formular-Gutachten von Dr. med. B._____, Facharzt für Innere Medizin, Arbeits- und Sozialmedizin, vom 14. August 2006 (IV-act. 10), dem Entlassungsbericht des C._____, Klinikums für Rehabilitation vom 19. Oktober 2006 (IV-act. 13), dem Entlassungsbericht der Klinik D._____ vom 12. April 2007 (IV-act. 14), dem Reha-Entlassungsbericht der Klinik E._____ vom 20. Oktober 2010 (IV-act. 19), dem Gutachten von Dr. med. F._____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. Mai 2012 (IV-act. 29), dem Formularbericht E 213 von Dr. med. B._____, Facharzt für Innere Medizin, Arbeits- und Sozialmedizin, vom 7. Mai 2012 (IV-act. 22) sowie der medizinische Stellungnahme von Dr. med. G._____, Fachärztin für Innere Medizin beim Medizinischen Dienst der IVSTA, vom 3. Oktober 2012 (IV-act. 36). Den genannten medizinischen Unterlagen sind folgende Diagnosen und Angaben zur Arbeitsfähigkeit zu entnehmen: eine rezidivierende depressive Störung, Hepatitis B, arterielle Hypertonie, eine kombinierte Hyperlipidämie, Diabetes mellitus Typ 2, eine HIV-Infektion, ein LWS-Syndrom resp. ein Status nach Bandscheibenvorfall im Lendenbereich. Die Ärzte erachteten A._____ in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Einkaufsleiter als zu 3 bis unter 6 Stunden arbeitsfähig. In angepassten Verweistätigkeiten

(geringe Anforderungen an die geistig-psychische Belastbarkeit, kein Zeitdruck, keine Akkordarbeiten, keine Zwangshaltungen der LWS und Vermeiden von häufigem Bücken) attestierten sie ihm - je nach Gutachter - eine Arbeitsfähigkeit zwischen 6 Stunden bis zu vollschichtig.

E. 4.2

Die angefochtene Verfügung beruht im Wesentlichen auf dem Bericht von Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 1. Juli 2013 (IV-act. 61), dem Bericht von Dr. med. I._____, Facharzt für Innere Medizin, Infektiologie, vom 3. Juli 2013 (IV-act. 63 und 95), dem Bericht von Dr. med. J._____, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 24. Juli 2013 (IV-act. 62), der Stellungnahme von Dr. med. K._____, Facharzt für Sozialmedizin, vom 16. April 2014 (IV-act. 83) sowie von Dr. med. L._____, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie, Labormedizin und Sozialmedizin, vom 3. Juli 2015 (IV-act. 114), dem Gutachten und der Stellungnahme von Dr. med. M._____, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Spezielle Schmerztherapie, vom 19. April 2015 (IV-act. 104) und vom 3. August 2015 (IV-act. 124), dem Gutachten von Prof. Dr. med. N._____, Leiter der klinischen Infektiologie und Priv.-Doz. Dr. med. O._____, Internist und Infektiologe, vom 5. Mai 2015 (IV-act. 105) und den Stellungnahmen von Dr. med. P._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin beim Medizinischen Dienst der IVSTA, vom 22. Januar 2014, vom 18. August 2015 und vom 24. September 2015 (IV-act. 66, 116 und 126).

E. 4.2.1

Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Gutachten vom 1. Juli 2013 (IV-act. 61) folgende Diagnosen aus dem psychiatrischen Fachgebiet: eine depressive Entwicklung, eine Angst- und depressive Störung gemischt sowie ein organisches kognitives Defizitsyndrom bei HIV-Erkrankung. Er führte aus, die Befunde hätten sich von der affektiven Seite her im Wesentlichen in den letzten zwei Jahren nicht verändert. Es bestehe durchgängig ein subdepressives Stimmungsbild mit eingestreuten Verzweiflungsphasen und einer durchgehend deutlich geminderten emotionalen Belastbarkeit. Schleichend sei eine Verschlechterung des kognitiven Bildes hinzugekommen. Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite bestünden bereits nach mittelfristiger Beanspruchung. Die gedankliche Umstellungsfähigkeit sei eingeschränkt, korrespondierend dazu liege ein Kernspinbefund des Gehirns vor. Leichte Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts seien nur noch während weniger als 3 Stunden pro Tag möglich.

E. 4.2.2

Dem Bericht von Dr. med. I._____, Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie, vom 3. Juli 2013 (IV-act. 63 und 95) sind folgende Diagnosen zu entnehmen: fortgeschrittene HIV-Infektion, Lymphadenopathie, rezidivierende schwere anogenitale Herpesinfektionen, Lipodystrophiesyndrom, HIV-assoziierte Polyneuropathie und Diarrhoen, Zustand nach rezidivierendem oropharyngealem Soor, rezidivierende mittelgradige bis schwere Depressionen, chronische Gastritis, Hypogonadismus, Hyperlipidämie, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2 und Lumboischialgie bei Zustand nach Bandscheibenprolaps. Der Arzt stellte fest, dass sich die Befunde seit 2011 verschlechtert hätten und die HIV-Infektion progredient sei, weshalb es immer wieder zu HIV-assoziierten Komplikationen und Sekundärerkrankungen komme. Die Arbeitsfähigkeit bezifferte der

Arzt auf maximal 3 Stunden täglich.

E. 4.2.3

Dr. med. J. _____, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 24. Juli 2013 (IV-act. 62) attestierte dem Beschwerdeführer eine leichte Gehirnbeteiligung im Rahmen der HIV-Infektion (namentlich Verlangsamung der Reaktionszeiten, Defizite im Bereich der Wortfindung und exekutiver Funktionen) sowie ein links-lateraler Bandscheibenvorfall L5/S1. Sie erachtete den Beschwerdeführer aufgrund der leichten Gehirnbeteiligung seit dem Jahr 2011 für weniger als 3 Stunden täglich arbeitsfähig (egal in welcher Tätigkeit).

E. 4.2.4

Mit Stellungnahme vom 16. April 2014 (IV-act. 83) äusserte sich Dr. med. K. _____, Facharzt für Sozialmedizin, zu den bisherigen Berichten und hielt fest, dass die festgestellten neuropsychologischen Defizite nur gering seien, weshalb davon auszugehen sei, dass für eine konzentrativ einfache Tätigkeit keine Minderung des quantitativen Leistungsvermögens vorliege. Ferner sei aus seiner Sicht die angebliche Progredienz der Erkrankung nicht belegt, zumal auch die Laborwerte von 2013 auf eine Nichtprogredienz schliessen liessen.

E. 4.2.5

Dem Gutachten und der ergänzenden Stellungnahme von Dr. med. M. _____, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Spezielle Schmerztherapie, vom 19. April 2015 (IV-act. 104) und vom 3. August 2015 (IV-act. 124) sind folgende Diagnosen zu entnehmen: eine rezidivierende depressive Störung und ein organisches kognitives Defizitsyndrom bei HIV-Erkrankung. Der Gutachter ist der Ansicht, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Leiden, insbesondere aufgrund der aus seiner Sicht führenden Erkrankung der depressiven Störung, auch für einfachere Tätigkeiten seit dem 20. Januar 2011 nur noch unter drei Stunden arbeitsfähig ist.

E. 4.2.6

Dem Gutachten von Prof. Dr. med. N. _____, Leiter der klinischen Infektiologie und Priv.-Doz. Dr. med. O. _____, Internist und Infektiologe, vom 5. Mai 2015 (IV-act. 105) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer an einer HIV-Infektion, Diabetes mellitus Typ 2, arterieller Hypertonie, chronischer Gastritis, Hypercholesterinämie, chronischen Lumboischialgien, rezidivierenden depressiven Episoden, einer Angststörung, Antriebslosigkeit und einem HIV-assoziierten neuro-kognitiven Defizitsyndrom leidet. Aus somatischer Sicht bestehe eine mittlere bis geringe Minderung der Leistungsfähigkeit (vgl. IV-act. 105 S. 11). Aus psychiatrischer Sicht (vgl. Zusatzgutachten von Dr. med. M. _____ vom 19. April 2015 [IV-act. 104]) sei eine Erwerbstätigkeit seit 2011 nicht mehr möglich.

E. 4.2.7

Mit Stellungnahme vom 3. Juli 2015 (IV-act. 114) äusserte Dr. med. L. _____, Fachärztin für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie, Labormedizin und Sozialmedizin, Bedenken an der Zuverlässigkeit des Gutachtens von Dr. med. M. _____ vom 19. April 2015. Sie führte aus, ein subdepressives Stimmungsbild erfülle nicht einmal die ICD-10-Kriterien für eine leichte depressive Episode. Eine durchgehend depressive Symptomatik sei damit widerlegt. Die im Gutachten von Dr. med. M. _____ erwähnte

hirnorganische Symptomatik werde nicht ausreichend differenziert beschrieben, so dass das Ausmass unklar bleibe. Ebenfalls unklar sei der Stellenwert des langjährigen Benzodiazepinabusus.

E. 4.2.8

Mit Stellungnahmen vom 22. Januar 2014, vom 18. August 2015 und vom 24. September 2015 (IV-act. 66, 116 und 126) stellte Dr. med. P._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin beim Medizinischen Dienst der IVSTA, fest, dass sich die Gutachter nicht einig seien und eine Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht als nachgewiesen betrachtet werden könne. Die Behinderung durch die hirnorganischen Veränderungen sei gering und allenfalls sogar auf den Benzodiazepinmissbrauch zurückzuführen. Die anhaltende depressive Erkrankung bestehe seit 2011, und eine Verschlechterung sei seither nicht eingetreten. Die Einschätzung von Dr. med. L._____ sei plausibel, weshalb dieser zu folgen sei.

E. 4.3

Vergleicht man den im Jahr 2013 festgestellten Sachverhalt, der zur Rentenzusprache geführt hat, mit demjenigen im Jahr 2015, fällt auf, dass beim Beschwerdeführer im Wesentlichen immer noch dieselben Beschwerden vorliegen. Es handelt sich dabei hauptsächlich um ein depressives Beschwerdebild, chronische Lumboischialgien und eine HIV-Infektion mit einem organischen kognitiven Defizitsyndrom und diversen HIV-assoziierten Sekundärerkrankungen. Es sind weder relevante Diagnosen dazugekommen, noch sind welche weggefallen. Die auftretenden Sekundärerkrankungen, namentlich die HIV-assoziierte Polyneuropathie, die HIV-assoziierten Diarrhoen, der oropharyngeale Soor und die schweren anogenitalen Herpesinfektionen, bestehen bereits seit längerer Zeit respektive sind rezidivierend und wurden bereits im Jahr 2012 erstmals erwähnt (vgl. Gutachten von Dr. med. F._____ vom 2. Mai 2012 [IV-act. 29]). Der behandelnde Psychiater, Dr. med. H._____, attestiert dem Beschwerdeführer in seinem Bericht vom 1. Juli 2013 (IV-act. 61) für die letzten zwei Jahre zwar ein unverändertes subdepressives Stimmungsbild, allerdings weist jener auch auf eine schleichende Verschlechterung des kognitiven Bildes hin. Mit Blick auf die Würdigung von Dr. med. M._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin und Spezielle Schmerztherapie, vom 3. August 2015 (IV-act. 124), der die hirnorganische Symptomatik nicht als die führende Symptomatik bezeichnet, ist davon auszugehen, dass sich die geringe Verschlechterung der kognitiven Funktionen (namentlich Verlangsamung der Reaktionszeiten, Defizite im Bereich der Wortfindung, des Arbeitsgedächtnisses und der Wiedergabe erlernter Inhalte [vgl. die Berichte von Dr. med. H._____ vom 1. Juli 2013, IV-act. 61, und Dr. med. J._____ vom 24. Juli 2013, IV-act. 62]) nicht wesentlich auf die Arbeitsfähigkeit in einer leichten, wenig anspruchsvollen Verweistätigkeit auswirkt. Diese Auffassung äussern Dr. med. K._____, Facharzt für Sozialmedizin, in seinem Bericht vom 16. April 2014 (IV-act. 83) und Dr. med. P._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, in seiner Stellungnahme vom 18. August 2015 (IV-act. 116). Die Verschlechterung der kognitiven Funktionen hätte möglicherweise Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Einkaufsleiter. Für diese anspruchsvolle Tätigkeit besteht aber ohnehin seit längerer Zeit unbestrittenermassen eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% (vgl. die zusammenfassende Stellungnahme von Dr. med. G._____ vom 3. Oktober 2012 anlässlich der Rentenzusprache), weshalb auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit hier nicht weiter einzugehen ist. Dr.

med. I. _____, Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie, Dr. med. M. _____, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie, Psychotherapie und Schmerztherapie, und Prof. Dr. med. N. _____, Leiter der Infektiologie, und Priv.-Doz. Dr. med. O. _____, Internist und Infektiologe, erachteten den Beschwerdeführer in ihren Berichten als nicht mehr oder als zu weniger als drei Stunden täglich arbeitsfähig. Diese Beurteilungen beziehen sich allerdings auf die Zeit ab 2011 und taugen somit nicht als Nachweis für eine seit der Rentenzusprache am 30. Mai 2013 eingetretene Verschlechterung. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass die seit dem Jahr 2013 beurteilenden Ärzte den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers respektive dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit negativer beurteilen als die anderen Ärzte, deren Beurteilungen als Grundlage für die Rentenzusprache dienten. Es ist keine plausible Erklärung ersichtlich und bleibt unklar, wie sich diese unterschiedlichen Einschätzungen begründen lassen, zumal weder die beurteilenden Ärzte noch der Beschwerdeführer, abgesehen von der leichten Verschlechterung im kognitiven Bereich, konkrete und erhebliche Verschlechterungen des Gesundheitszustands benennen, die eine Veränderung seit 2013 nahelegen. Ohne das Vorliegen konkreter Hinweise auf eine tatsächliche und dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustands, welche ärztlicherseits anhand von konkreten Veränderungen im Rahmen der gestellten Diagnosen oder der festgestellten Funktionseinschränkungen bestätigt wird, ist nicht davon auszugehen, der Gesundheitszustand habe sich wesentlich verschlechtert. Den vom Beschwerdeführer eingereichten ärztlichen Berichten, die teilweise relativ kurz gehalten sind, ist ebenso wenig eine konkrete Verschlechterung zu entnehmen, zumal die Ärzte nicht ausführen, inwiefern die HIV-Infektion progredient sein soll und welche Sekundärerkrankungen zusätzlich dazu gekommen sein sollen. Es ist - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers - somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu bestätigen, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustands vorliegt. Es handelt sich vielmehr um eine andere Beurteilung des im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts. Da sich weder der medizinische Sachverhalt mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in rentenerheblicher Weise geändert hat, noch andere Revisionsgründe ersichtlich sind, fällt eine revisionsweise Abänderung der bisherigen Rente für den massgebenden Überprüfungszeitraum ausser Betracht. Aus der von der Deutschen Rentenversicherung vorgenommenen Neubeurteilung vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten, da für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn besteht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E.2). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Vorinstanz das Revisionsgesuch zu Recht abgewiesen hat. Die angefochtene Verfügung ist somit zu bestätigen und die Beschwerde abzuweisen.

E. 5

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

E. 5.1

Die Verfahrenskosten sind bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200-1'000 Franken festzulegen (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Für das vorliegende Verfahren sind die Verfahrenskosten auf Fr. 400.- festzusetzen und dem Beschwerdeführer

als unterlegene Partei aufzuerlegen. Der einbezahlte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.- ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

E. 5.2

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die IVSTA jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

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