

BVGer C-7309/2015 vom 7. Februar 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-02-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7309_2015

FR: TAF C-7309/2015 du 7 février 2018

IT: TAF C-7309/2015 del 7 febbraio 2018

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

E. 1.2

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist.

E. 1.3

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtenen Verfügungen berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert. Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss am 25. November 2015 fristgerecht geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG, Art. 52 und 63 Abs. 4 VwVG).

E. 2.1

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet die Grenzgängerin eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer übte seine letzte Tätigkeit bei der Firma B. _____ in Frick aus, wohnte zum Zeitpunkt seiner Anmeldung bei der SVA C. _____ im grenznahen Maulburg/Deutschland und der geltend gemachte Gesundheitsschaden geht auf die Zeit

seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurück. Damit hat die SVA C._____ zu Recht die Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht durchgeführt und die IVSTA die angefochtenen Verfügungen erlassen.

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger mit Wohnsitz 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) zu beachten ist. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71), und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

E. 3.2

Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004, haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitglied-staat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

E. 3.3

Laut Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Mitgliedstaats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger jedes anderen in Betracht kommenden Mitgliedstaats verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Mitgliedstaaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Letzteres ist mit Bezug auf das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz nicht der Fall. Eine entsprechende Regelung sah bereits Art. 40 Abs. 4 und Anhang V der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vor.

E. 3.4

Der Träger eines Mitgliedstaats hat jedoch gemäss Art. 49 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 bzw. nach Art. 40 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 die von den Trägern der anderen Mitgliedstaaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte sowie die verwaltungsmässigen Auskünfte ebenso zu berücksichtigen, als wären sie in seinem eigenen Mitgliedstaat erstellt worden. Jeder Träger behält indessen die Möglichkeit, die antragstellende Person durch einen Arzt oder eine Ärztin seiner Wahl untersuchen zu lassen. Es besteht hingegen keine Pflicht zur Durchführung einer solchen Untersuchung (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-3985/2012 vom 25. Februar

2013 E. 2.1-2.4).

E. 4.1

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechts-sätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 15. Oktober 2015) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den in Kraft stehenden Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Nach Verfügungserlass verfasste ärztliche Berichte können berücksichtigt werden, wenn sie (rückwirkend) Bezug auf den - bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vorliegenden - gesundheitlichen Zustand des Beschwerdeführers nehmen, somit mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und allenfalls geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. BGE 116 V 80 E. 6b).

E. 4.2

Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der IVV ist in Anbetracht dessen, dass ein Rentenanspruch frühestens ab Dezember 2013 (Art. 29 Abs. 1 IVG) in Frage steht, auf die seit dem 1. Januar 2012 gültigen Fassungen gemäss dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision abzustellen (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]).

E. 4.3

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. Laut 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, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie - wie der Beschwerdeführer - in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

E. 4.4

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

E. 5.1

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 die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

E. 5.2

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweismässigkeit zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweismässigkeit; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz 450; vgl. auch BGE 122 V 162 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b). Diese Praxis wurde vom Bundesgericht immer wieder bestätigt (vgl. z.B. das Urteil des Bundesgerichts 9C_108/2010 vom 15. Juni 2010 E. 4.2.2).

E. 5.3

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 dabei, 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 Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidsbedingt eingeschränkt ist. Im Vordergrund stehen dabei vor allem jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung bzw. von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 20 E. 2b).

E. 5.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen). 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 Urteil des Bundesgerichts I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer

Patienten aussagen. Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen. Dies gilt insbesondere bei der Beweiswürdigung bei Entscheiden, die sich ausschliesslich auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen stützen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen: Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (vgl. Urteil des BGer 8C_800/2011 vom 31. Januar 2012 E. 2 mit Verweis auf BGE 135 V 465 E. 4.4 und BGE 122 V 157 E. 1d; vgl. auch BGE 125 V 351 E. 3b/ee sowie Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 55).

E. 6.1

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die IVSTA zu Recht die gewährte ganze Invalidenrente ab 1. Mai 2015 auf eine Viertelsrente herabgesetzt hat, weil dem Beschwerdeführer seit diesem Zeitpunkt eine Tätigkeit wieder zu 60% (vollzeitliche Tätigkeit mit 40% Leistungsminderung) zuzumuten sei. Zudem ist streitig, ob die Kinderrente für den Sohn I. _____ zu Recht bis zum 31. März 2015 befristet worden ist.

E. 6.2.1

Die Vorakten enthalten in psychiatrischer Hinsicht wiederholte Arbeitsunfähigkeitsbestätigungen des in (...) praktizierenden Hausarztes des Beschwerdeführers, Dr. J. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin, mit Weiterbildungen als/in Hausarzt, Naturheilverfahren und Psychotherapie (vgl. die entsprechenden Einträge auf www.K._____.de und www.L._____.de, abgerufen am 8. Januar 2018). Dieser attestierte dem Beschwerdeführer eine durchgehende vollständige Arbeitsunfähigkeit ab 11. August 2011 bis aktenkundig 31. Dezember 2015 (IV 6, 11 S. 2, 13, 25 S. 4, 27-29, 33 S. 2, 35 S. 2, 37, 41 f., 47-50, 52, 57 f., 60, 65-67, 69 f., 74, 78, 81, 83, 85, 89). In drei ärztlichen Attesten vom 8. Mai, 17. August und 15. November 2012 wies er darauf hin, dass eine schwere depressive Erkrankung mit Angstzuständen vorliege, die eine ambulante Psychotherapie bei ihm und zwei stationäre Behandlung in der M. _____-Klinik vom 9. Januar bis 4. Februar 2012 und in der N. _____ Klinik vom 25. September bis 22. November 2012 erforderlich gemacht habe; die Arbeitsunfähigkeit bestehe bis auf weiteres (IV 6, 11 S. 5). Den genannten Klinikberichten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Januar 2012 wegen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), und sonstigen näher bezeichneten Gelenkschädigungen, andernorts nicht klassifiziert: mehrere Lokalisationen (M24.80), und im September 2012 wegen einer schweren depressiven Episode (F32.2) hospitalisiert

wurde. In ihrer Beurteilung hielten die Ärzte der N. _____ Klinik am 6. Dezember 2012 fest, es liege eine ängstlich gefärbte Depression auf dem Hintergrund eines Arbeitsplatzkonfliktes mit schwerer Kränkung des Selbstwertes vor. Eine Rückkehr an den Arbeitsplatz scheine nicht mehr möglich. Die Depression habe sich im Verlauf des Aufenthaltes gebessert, es verbleibe aber noch Bedrückung und etwas Somatisierung (IV 22, 24, 44 S. 26 und 34).

E. 6.2.2

Der Hausarzt bestätigte mit Bericht vom 22. Februar 2013, der psychiatrische Befund habe sich seit dem stationären Aufenthalt etwas gebessert, sei aber noch immer instabil. Ein Ende der Arbeitsunfähigkeit sei nicht absehbar, als Therapieziel sei aber eine Wiedereingliederung anzustreben (IV 11 S. 2). Mit weiterem Bericht vom 3. Juli 2013 führte er aus, der Beschwerdeführer habe, nachdem sein bisheriger langjähriger Arbeitgeber eine Wiedereingliederung zu 30% ab 2. April 2013 abgelehnt habe, einen massiven Rückfall erlitten und befinde sich weiterhin in ambulanter Psychotherapie (IV 13). Das von der SVA C. _____ nach der Anmeldung zum Rentenbezug angebotene Belastbarkeitstraining in einer Fahrradwerkstatt in (...) vom 5. August bis 30. Oktober 2013 sei vom Beschwerdeführer "infolge schwerer Angst- und Panikzustände" (IV 44 S. 4) abgebrochen worden (IV 20, 30, 36, 40). Der Hausarzt führte in seinem Bericht vom 27. Dezember 2013 dazu ergänzend aus, jegliche Anforderung einer Tätigkeit führe zu Angst und Panikattacken; der Patient fühle sich völlig überfordert und hilflos (IV 36).

E. 6.2.3

In ihrem nervenärztlichen Gutachten vom 11. März 2014 zuhanden der Deutschen Rentenversicherung diagnostizierte Dr. O. _____, Ärztin für Nervenheilkunde, Sozialmedizin und Rehabilitationswesen, aufgrund einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers am 10. März 2014 eine schwergradige depressive Episode (F32.2). Der Versicherte sei ausgeprägt depressiv herabgestimmt, die affektive Schwingungsfähigkeit sei eingeschränkt, aber nicht völlig aufgehoben. Der Antrieb sei gemindert, ebenso die Konzentration, im formalen Denken sei er schwerfällig. Es bestünden ausgeprägte Selbstinsuffizienz- und Schuldgefühle, ausserdem würden rezidivierende Suizidgedanken angegeben, aber keine akute Suizidalität. Aus nervenärztlicher Sicht sei das Leistungsvermögen auf unter drei Stunden vermindert, mindestens seit Januar 2012. Die durchgeführte Therapie sei nicht optimal. Mit Blick auf die bestehenden Behandlungsoptionen (kontrollierte Medikation, nervenfachärztliche Begleitung, allenfalls stationäre Behandlung) sei zunächst von einer befristeten Leistungsminderung bis März 2016 auszugehen (IV 44 S. 14, 55).

E. 6.2.4

Da med. pract. E. _____ des RAD F. _____ in seiner Stellungnahme vom 23. Oktober 2014 - gestützt auf das Gutachten von Dr. O. _____ - das Vorliegen eines erheblichen depressiven Zustandsbildes mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejahte und dessen erheblichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vermutete, jedoch bemängelte, dass sich die aktuelle Funktionsfähigkeit nur ungenügend aus den vorliegenden Akten ableiten lasse, keine Konsistenzprüfung vorgenommen worden sei (beispielsweise keine fachärztliche Behandlung der Depression) und dies in einer umfassenden psychiatrischen Begutachtung abschliessend zu klären sei, ordnete die SVA C. _____ eine Begutachtung in der Schweiz an.

E. 6.2.5

Am 27. April 2015 wurde der Beschwerdeführer von Dr. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in (...), persönlich begutachtet. Nach Prüfung der Vorakten, Erhebung der persönlichen und beruflichen Anamnese, persönlicher Untersuchung und Testung mittels verschiedener Testverfahren, hielt Dr. G. _____ als psychiatrische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1; bestehend seit 1972) fest. Als psychiatrische Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Akzentuierung der Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen (Z73.1; bestehend seit Adoleszenz). In seiner Beurteilung führte er aus, zum Untersuchungszeitpunkt stehe ein depressives Zustandsbild im Vordergrund (Hauptsymptome: deprimierte Stimmung, leichte Konzentrationsdefizite, leichte Gedächtnis- und Merkfähigkeitsdefizite, eingegengtes und verlangsamtes formales Denken, anamnestische Schlafstörungen, zeitweise Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Wertlosigkeit, reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit, Appetitmangel, leichte innere Unruhe und Reduktion des Antriebs). Die aktuelle depressive Phase bestehe seit 2011, ohne klare Remission. In der Familie gebe es eine Vorbelastung in Bezug auf Depressionen. Die Testergebnisse (Gesundheitsfragebogen für Patienten [PHQ-D] und Allgemeine Depressions-Skala [ADS-L]) bestätigten die Diagnose; die Testergebnisse nach BDI (Beck Depression-Inventar: schwere Depression) liessen sich klinisch in diesem Ausmass nicht bestätigen. Es bestehe eine erhebliche Defizitorientierung des Exploranden, die im Untersuchungsgespräch deutlich festzustellen sei. Eine aktuelle schwere depressive Episode (Feststellungen Dr. J. _____, Gutachten von Dr. O. _____) könne weder anamnestisch noch klinisch bestätigt werden. Insbesondere die klinisch eher leichtgradig ausgeprägten kognitiven Defizite des Exploranden sprächen gegen eine mittelgradige oder gar schwere depressive Episode. Die Angstgefühle seien im Rahmen der depressiven Episode zu bewerten (keine eigenständige Angsterkrankung). Da ein phasenhafter Verlauf vorliege, teile er die diagnostische Einschätzung einer singulären depressiven Episode (gemäss den Ärzten Dr. J. _____, Dr. O. _____, N. _____ Klinik) nicht. Es dominierten narzisstische Persönlichkeitsanteile des Exploranden (labiles Selbstwertgefühl, legt grossen Wert auf Anerkennung, Kümmeren um die Probleme anderer, Ablenkung von den eigenen Schwierigkeiten, deutliche Kränkbarkeit bei Kritik, Drang nach Leistung und Erfüllen selbstgesteckter hoher Ansprüche, innerer Antrieb einer [früher vorhandenen] hohen Leistungsbereitschaft, mangelnde Fähigkeit der Eigenliebe, Perfektionismus). Es liege aber keine Persönlichkeitsstörung vor, weil das soziale und berufliche Funktionsniveau des Exploranden in der Vergangenheit zu hoch gelegen hätten. Deshalb sei von einer Akzentuierung der Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen (Z73.1), bestehend seit der Adoleszenz, auszugehen; diese sei aber ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Explorand neige zum Verharren in seiner Krankenrolle (beträchtlicher sekundärer Krankheitsgewinn); es werde eine final ausgerichtete Entschädigungshaltung des Exploranden deutlich. Es bestünden keine Anhaltspunkte für eine Angststörung, posttraumatische Belastungsstörung, Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, Anpassungsstörung, Essstörung, Suchterkrankung oder Zwangsstörung. Die medikamentöse Behandlung könne modifiziert werden (Zeitpunkt der Einnahme von Venlafaxin, Ausbau dessen Dosis, Kombination mit einem weiteren Antidepressivum); es bestünden verschiedene sinnvolle Therapieziele und zudem sei eine Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit zu empfehlen. Zur Arbeitsfähigkeit hielt er fest, dass aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine mittelgradige

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Dem Exploranden sei ein volles zeitliches Arbeitspensum bei gleichzeitig um 40% verminderter Leistungsfähigkeit ab Gutachtenzeitpunkt zuzumuten. Eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe seit 2011, in wechselhaftem Verlauf (keine exakte retrospektive Einschätzung möglich aufgrund der Akten und der Angaben des Exploranden). Er sei am Arbeitsplatz gut einzuführen sowie anzuleiten; Empfehlung regelmässiger Arbeitszeiten, einer Arbeitstätigkeit mit einfachen, insbesondere handlungsorientierten Tätigkeiten, Unterstützung durch die Vorgesetzten (Hilfe, Unterstützung, Lob, Anerkennung, konstruktive Kritik). Eine Zeitelastizität sowie zeitliche Regulierbarkeit der Arbeitstätigkeit wären sinnvoll (beispielsweise Schaffen von Zeitpuffern). Der Explorand weise als positive Ressourcen Freundlichkeit, Offenheit und Hilfsbereitschaft auf (IV 68.1).

E. 6.2.6

Gestützt auf diese Beurteilung hielt Dr. H._____, Ärztin für Psychiatrie & Psychotherapie des RAD F._____, am 23. Juni 2015 fest, das Gutachten G._____ sei formal korrekt aufgebaut (Berücksichtigung der Vorakten, Einbezug geklagter Beschwerden, ausführliche Befunderhebung, nachvollziehbare Diagnosestellung anhand objektivierbarer Befunde, medizinisch nachvollziehbare und schlüssige Beurteilung für den aktuellen Zeitrahmen); von Seiten des RAD sei nichts hinzuzufügen. Auf das Gutachten könne abgestellt werden (IV 71).

E. 6.2.7

Gestützt auf die gutachterliche Beurteilung hielt die IVSTA in der angefochtenen Verfügung fest, die Abklärungen hätten ergeben, dass eine Arbeitsunfähigkeit seit August 2011 bestehe. Der Beschwerdeführer habe deshalb nach Ablauf der Wartefrist, d.h. ab August 2012, grundsätzlich Anspruch auf eine ganze Rente. Aufgrund der gutachterlichen Beurteilung vom 30. April 2015 bestehe aktuell aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine mittelgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei ein volles zeitliches Arbeitspensum bei gleichzeitig um 40% verminderter Leistungsfähigkeit zuzumuten. Die von Dr. J._____ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100% könne nicht nachvollzogen werden. Da eine exakte retrospektive Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit nicht möglich sei, sei spätestens ab Begutachtungszeitpunkt von einer Arbeitsfähigkeit von 60% auszugehen. Der Vergleich der Erwerbseinkommen ergebe für den Zeitraum ab 11. August 2012 einen Erwerbsverlust und damit Invaliditätsgrad von 100%, und für den Zeitraum ab 1. Mai 2015 einen solchen von 40%. In Berücksichtigung der Anmeldung am 4. Juni 2013 könnten Leistungen ab Dezember 2013 ausgerichtet werden. Damit bestehe ab 1. Dezember 2013 ein Anspruch auf eine ganze Rente (Invaliditätsgrad: 100%) und ab 1. Mai 2015 auf eine Viertelsrente (Invaliditätsgrad: 40%).

E. 6.2.8

In seiner Beschwerde bemängelt der Beschwerdeführer unter anderem, dass das Gutachten von Dr. G._____ den Beweis für eine Verbesserung des Gesundheitszustandes nicht erbringe und der Gutachter zuvor anerkannt habe, dass auch schwere Episoden vorgekommen seien. Des Weiteren habe der Gutachter die Unterlagen zum Eingliederungsversuch nicht berücksichtigt. Es fehle eine Stellungnahme zum misslungenen Eingliederungsversuch und zur Aussage im Bericht vom 3. Oktober 2013, dass der Beschwerdeführer nicht einmal in einem geschützten Arbeitsbereich leistungsfähig

sei. Der Gutachter hätte den Belastungsaspekt aus der Eingliederung berücksichtigen müssen. Er habe nicht berücksichtigt, dass bereits ein Arbeitsversuch unter weitaus geringerer Belastung im Jahre 2013 gescheitert sei. Die gutachterlichen Empfehlungen für einen Arbeitsplatz erschienen zudem als Profil eines geschützten Arbeitsplatzes und entsprächen nicht demjenigen eines Arbeitsplatzes auf dem ersten Arbeitsmarkt. In Anbetracht der bisherigen Erfahrungen an einem geschützten Arbeitsplatz sei vielmehr mit einem weiteren Zusammenbruch des Beschwerdeführers bei einer Reintegration zu rechnen. Schliesslich habe der Gutachter keine Konsistenzprüfung vorgenommen (fragliche Belastbarkeit des Beschwerdeführers, starke Zurückgezogenheit, er fahre nicht mehr Auto, habe Mühe mit neuen Dingen). Schliesslich habe der Beschwerdeführer am letzten Arbeitsplatz mit Giftstoffen hantiert; dies sei im Gutachten nicht erwähnt worden. Es sei fraglich, ob die gesundheitlichen Störungen durch den ungeschützten Umgang mit Aceton bedingt seien.

E. 6.3.1

Aus formaler Sicht könnte dem Gutachten von Dr. G. _____ voller Beweiswert zuerkannt werden: Das Gutachten basiert auf einer eingehenden persönlichen Begutachtung, berücksichtigt die Vorakten, enthält eine eingehende persönliche und berufliche Anamnese, zeigt eine eingehende Befundung, unter Beizug verschiedener Testreihen zur zusätzlichen Plausibilisierung der Befunde, nennt klare Diagnosen (unter Trennung der psychiatrischen von den fachfremden somatischen Diagnosen), enthält eine nachvollziehbare und eingehende Beurteilung der gesundheitlichen Situation, eine Auseinandersetzung mit abweichenden fachärztlichen Beurteilungen sowie eine Begründung der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (E. 5.4). Überzeugend scheint auch die fachliche Auseinandersetzung mit abweichenden Facharztberichten insoweit, als der Gutachter insbesondere aus der eigenen Befunderhebung auf das Nichtvorliegen einer aktuell schweren Depression schliesst. Jedoch ist mit dem Beschwerdeführer festzustellen, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf einer medizinisch-theoretischen Einschätzung beruht, die sich mit der Frage der tatsächlichen Belastbarkeit während der bisherigen Eingliederungsbemühungen und der diesbezüglichen ärztlichen/berufsberaterischen Würdigung (vgl. Gutachten Dr. P. _____ vom 17. September 2013: Ein Belastbarkeitstraining über die schweizerische Versicherungsgesellschaft wurde nach 18 Tagen abgebrochen, infolge schwerer Angst- und Panikzustände [IV 44 S. 4]; Auswertung Integrationsmassnahme vom 3. Oktober 2013: Die ihm übertragenen Aufgaben wie z.B. die Aufsicht und Verantwortung für eine Werkzeugkiste konnte er nicht in einer gewöhnlichen Norm übernehmen. Das Fehlen oder die ungenaue Ordnung in der Kiste bereiteten ihm schlaflose Nächte [...]. In der momentan gesundheitlichen Situation ist Herr A. _____ in einem geschützten Arbeitsbereich nicht leistungsfähig [IV 30 S. 1]; Arztbericht Dr. J. _____ vom 27. Dezember 2013: Belastbarkeitstraining vom 5.8.-23.8.13 mit vorzeitigem Abbruch wegen Verschlechterung [Angst und Panikattacken]. Der Patient ist psychisch nicht belastbar. Jegliche Anforderung einer Tätigkeit führt zu Angst und Panikattacken, der Patient fühlt sich völlig überfordert und hilflos [IV 36]) nicht auseinandersetzt. Unter der Optik, dass seit August 2011 von in ihrem Verlauf unterschiedlich schweren depressiven Episoden (mittelgradig bis schwer) auszugehen ist, die Begutachtung eine Momentaufnahme in unbelastetem Rahmen darstellt und die negativen Ergebnisse im Belastbarkeitstraining nicht ansatzweise berücksichtigt worden sind, vermag die gutachterliche Beurteilung der künftigen Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht zu überzeugen, erweist sich die gutachterliche Würdigung als

unvollständig (vgl. dazu auch Urteil BVGer C-5021/2015 vom 12. April 2017 E. 6.4.6) und kann eine Eingliederungsfähigkeit (in bisheriger Tätigkeit und Verweistätigkeit) zu 60% nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejaht werden.

E. 6.3.2

Zu ergänzen bleibt Folgendes: Eine (bessere) Therapierbarkeit der depressiven Episoden wurde von gutachterlicher Seite zwar nicht verneint. Zu berücksichtigen ist ungeachtet dessen, dass das Bundesgericht in seiner neuesten Rechtsprechung (Urteil 8C_841/2016 vom 30. November 2017) zu Diagnosen aus dem Formenkreis der Depression seine Praxis geändert und festgehalten hat, dass zwar (wie in BGE 127 V 294 festgehalten wurde) die Therapierbarkeit eines Leidens dem Eintritt einer rentenbegründenden Invalidität nicht absolut entgegenstehe. In jedem Einzelfall müsse (aber) eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unabhängig von der diagnostischen Einordnung eines Leidens und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend sei die Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen, was sich nach einem weitgehend objektivierten Massstab beurteile (E. 4.2.1). Die Frage, ob bei Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere, könne ebenso wenig wie bei somatoformen Störungen, allein mit Bezug auf das Kriterium der Behandelbarkeit beantwortet werden. Zwar gelte die Frage, ob eine Therapie durchgeführt wird, auch im Rahmen der medizinischen Begutachtung als Indiz für den Leidensdruck der versicherten Person und damit für den Schweregrad der Störung. Mit dem Hinweis auf eine "regelmässig gute Therapierbarkeit" bei leichten bis mittelschweren Störungen direkt auf eine fehlende invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu schliessen, greife aber zu kurz und blende wesentliche medizinische Aspekte dieses Krankheitsgeschehens in sachlich unbegründeter Weise aus. Die Therapierbarkeit vermöge demnach keine abschliessende evidente Aussage über das Gesamtmass der Beeinträchtigung und deren Relevanz im invalidenversicherungsrechtlichen Kontext zu liefern. (...) Die Therapierbarkeit eines Leidens stelle kein taugliches Kriterium für rechtliche Differenzierungen im Sinne der in Frage stehenden Rechtsprechung dar. Die Feststellung, dass leichte bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fielen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent seien, sei daher in dieser absoluten Form unzutreffend und stehe einer objektiven, allseitigen Abklärung und Beurteilung der funktionellen Einschränkungen der Krankheit im Einzelfall entgegen. Die bisherige Rechtsprechung zu den leichten bis mittelschweren Depressionen sei daher fallen zu lassen (E. 4.4). Bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen sei, wie bei jeder geltend gemachten gesundheitsbedingten Erwerbsunfähigkeit, demnach im Einzelfall (einzig) danach zu fragen, ob und wie sich die Krankheit leistungslimitierend auswirke, wobei eine leistungsbegründende, insbesondere rentenbegründende Invalidität jedenfalls eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose voraussetze. Nicht zuletzt im Sinne der Einzelfallgerechtigkeit sei es sach- und systemgerecht, solche Leiden ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Entscheidend sei dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung ihres Leidens, ob es gelinge, auf objektiverer Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen habe. Verlauf und Ausgang von Therapien verblieben als wichtige

Schweregradindikatoren. Dementsprechend sei es Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz lediglich leichter bis mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultierten, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (E. 4.5.2). Eine solchermaßen objektive, allseitige Abklärung und Beurteilung der funktionellen Einschränkungen der rezidivierenden depressiven Störung im Einzelfall ist vorliegend nicht erfolgt. Damit kann, auch mit Blick auf die neueste bundesgerichtliche Rechtsprechung, vorliegend nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestätigt werden, der Beschwerdeführer verfüge ab Mai 2015 über eine Leistungsfähigkeit von 60% (vollzeitliche Tätigkeit mit um 40% reduzierter Leistung). Da die Arbeits(un)fähigkeit nicht in nachvollziehbarer Weise begründet worden ist, kann auch nicht - aus Gründen der Verhältnismässigkeit - von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden (Urteil 8C_841/2016 E. 4.5.3).

E. 6.3.3

Aus diesem Grund ist die Sache zu einer ergänzenden psychiatrischen (s. aber sogleich) Begutachtung, unter besonderer Berücksichtigung der gescheiterten Eingliederungsbemühungen und nötigenfalls unter Einbezug/Beizug einer Fachperson der beruflichen Integration, an die Vorinstanz zurückzuweisen. Damit kann offenbleiben, ob es sich bei der vom Gutachter beschriebenen zumutbaren Tätigkeit um einen geschützten Arbeitsplatz handle oder nicht.

E. 7.1

Der Beschwerdeführer rügt in seiner Beschwerde weiter, dass die somatischen Beschwerden bei der Rentenzusprache bzw. deren Herabsetzung auf eine Viertelsrente nicht berücksichtigt worden seien. Zum einen seien mit einer psychiatrischen Begutachtung die somatischen Beschwerden nicht weiter abgeklärt worden. Zum andern sei aktenkundig, dass der Beschwerdeführer 1987 bis 1989 wegen massiver Rückenbeschwerden (Lumballeiden) und weiteren somatischen Problemen auf eine Tätigkeit als Kleingerätetechniker umgeschult werden müssen. Aktenkundig seien auch Probleme mit beiden Schultern; die linke Schulter wurde am 27. April 2012 operiert). Bei der Beurteilung, ob eine Tätigkeit noch zumutbar sei, sei diesem Umstand keinerlei Rechnung getragen worden. Der Gutachter habe auch nicht erwähnt, dass am letzten Arbeitsplatz mit Giftstoffen hantiert worden sei. Es stelle sich die Frage, inwiefern die gesundheitlichen Probleme nicht auch auf den wiederholten Einsatz von Aceton am Arbeitsplatz zurückzuführen seien (B-act. 1). Mit Replik vom 21. Juni 2016 reichte der Beschwerdeführer zudem einen bisher nicht aktenkundig gewordenen Entlassungsbericht betreffend eine stationäre Behandlung vom 4. bis 12. August 2008 mit Operation einer chronisch rezidivierenden und stenosierenden Sigmadivertikulitis sowie einen Laborbericht vom 19. Mai 2016 zu den Akten (B-act. 10). In der Replik machte er geltend, er werde sich einer weiteren Unterleibsoperation unterziehen müssen.

E. 7.2

Die Vorinstanz führt diesbezüglich in der Vernehmlassung aus, dass sogar der Arbeitgeber in seinem Bericht vom 21. Juni 2013 davon ausgegangen sei, dass der Beschwerdeführer noch arbeiten könne. Eine solche Tätigkeit sei ausführlich beschrieben und dargelegt worden. Auch die noch vorhandenen Ressourcen seien beschrieben worden. Der Beschwerde könne deshalb nicht gefolgt werden, wonach die Leistungsvoraussetzungen nur

noch für einen geschützten Arbeitsplatz erfüllt seien (B-act. 7).

E. 7.3

Den Vorakten sind in somatischer Hinsicht folgende gesundheitliche Einschränkungen zu entnehmen: Einschränkungen an der linken und rechten Schulter ab 2012 (links: operiert am 27.4.2012, attestierte Frozen shoulder), Epicondylitis humeri radialis rechts (Ellbogenschmerzen) sowie eine beginnende Coxarthrose am Hüftgelenk rechts (diese degenerative Erkrankung wird jedoch in den Berichten ab 2012 nicht mehr erwähnt). Mit Replik vom 21. Juni 2016 wurde zusätzlich ein Arztbericht vom 12. August 2008 betreffend eine chronisch rezidivierende und stenosierende Sigmadivertikulitis zu den Akten gereicht und geltend gemacht, es sei eine weitere Unterleibsoperation notwendig. Festzustellen ist, dass die Vorinstanz in ihrer Festlegung des Zumutbarkeitsprofils keinerlei funktionelle Einschränkungen festgehalten hat und solche weder von den Gutachtern noch dem RAD in der Bestätigung einer vollen Leistungsfähigkeit mit 40% Einschränkung berücksichtigt worden wäre; die 40% Leistungseinschränkung basieren ausschliesslich auf der Beurteilung der psychischen Situation. Damit erweist sich die vorinstanzliche Würdigung auch diesbezüglich als unvollständig. In Anbetracht dessen, dass vorliegend sowohl psychische als auch somatische Erkrankungen die Leistungsfähigkeit aktenkundig beeinflussen und unklar ist, ob die zusätzlichen somatischen Diagnosen auf die 40%ige Leistungseinschränkung einen weiteren Einfluss haben, ist die Begutachtung durch Expertisen in innerer Medizin und Orthopädie zu ergänzen. Die Leiden sind - entsprechend der bundesgerichtlichen Praxis (vgl. Urteile des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2. m.w.H.; 8C_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2) - einer gesamtheitlichen Würdigung hinsichtlich der Leistungseinschränkungen und der verbleibenden Arbeitsfähigkeit zu unterziehen. Dabei wird zusätzlich zu prüfen sein, ob der Beschwerdeführer zu Recht auf eine fragliche toxische Komponente seiner Erkrankungen hingewiesen hat; nötigenfalls ist der Sachverhalt diesbezüglich zu ergänzen und ein Facharzt für Toxikologie beizuziehen.

E. 8.1

Der Beschwerdeführer rügt schliesslich, dass nicht aktenkundig sei, weshalb die gewährte ganze Kinderrente für den Sohn I._____ (geboren am [...] 1991) bis zum 31. März 2015 befristet worden sei.

E. 8.2

Festzustellen ist, dass die ganze Rente des Beschwerdeführers erst einen Monat nach Einstellung der Kinderrente auf eine Viertelsrente reduziert worden ist und weder dem Rentenbeschluss der SVA C._____ vom 16. Juni 2015 (IV 82), der Begründung der angefochtenen Verfügung vom 15. Oktober 2015 (IV 84 S. 26-28) noch der Vernehmlassung vom 22. Dezember 2015 (B-act. 7) eine Begründung dazu zu entnehmen ist. In Anbetracht dessen, dass die Kinderrente akzessorisch zur Hauptrente ist (Art. 35 Abs. 4 IVG; BGE 143 V 241 E. 5.2) müsste erstere dem Schicksal der Stammrente folgen. Die Akten geben diesbezüglich keine Antwort. Es liegt auch kein Anwendungsfall gemäss Rz. 1008 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV (KSBIL) vor (Nichtausrichtung von Kinderrenten zu Viertelsrenten der IV, welche bei Wohnsitz ausserhalb der Schweiz oder des EU-Raumes nicht ausgerichtet werden).

E. 8.3

Die Sache ist auch aus diesem Grund an die Vorinstanz zur Klärung und allfälligem neuen Entscheid zurückzuweisen.

E. 9.1

Damit ist die Beschwerde vom 13. November 2015 gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 15. Oktober 2015 aufzuheben und die Sache zu ergänzenden interdisziplinären Abklärungen im Sinne der Erwägungen 6-8 und zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Auf eine gerichtliche Begutachtung ist in Anbetracht dessen, dass aufgrund der Aktenlage die medizinische Expertise durch Beizug einer Fachperson der beruflichen Integration und Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen zu ergänzen sein dürfte und sich die Akten hinsichtlich der Rentengewährung an den Sohn I. _____ als ungenügend für einen reformatorischen Entscheid erweisen, zu verzichten (vgl. auch BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

E. 9.2

Einer Beschwerde gegen die angefochtene Verfügung wurde die aufschiebende Wirkung entzogen (IV 84 S. 27). In der Beschwerde vom 13. November 2015 wurde deren Wiederherstellung nicht beantragt. Damit besteht keine Grundlage, um für das Beschwerdeverfahren und die nachfolgenden Abklärungen von einer Weiterzahlung der ganzen Rente auszugehen. Ohnehin hat das Bundesgericht festgehalten, dass nach einer Rückweisung während des laufenden Abklärungsverfahrens kein Anspruch auf weitere Ausrichtung der (vorliegend streitigen ganzen) Rente besteht (Urteil BGer 8C_22/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3.1).

E. 10

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 10.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils auf ein von ihm zu bezeichnendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 10.2

Die ganz oder teilweise obsiegende Partei hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2). Die Parteientschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei (Art. 8 Abs. 1 VGKE). Der Beschwerdeführer hat keine Kostennote eingereicht. In Berücksichtigung des als notwendig zu erachtenden Aufwands ist ihm eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 2'500 (inkl. Auslagen; ohne Mehrwertsteuer, die bei Versicherten im Ausland nicht geschuldet ist) auszurichten. Die unterliegende Vorinstanz hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

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