

# **BVGer C-7355/2014 vom 6. September 2016**

Bundesverwaltungsgericht, 2016-09-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-7355\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7355_2014)

FR: TAF C-7355/2014 du 6 septembre 2016

IT: TAF C-7355/2014 del 6 settembre 2016

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1).

### **E. 1.3**

Als Adressat der angefochtenen Verfügung vom 10. November 2014 ist der Beschwerdeführer davon berührt und er kann sich auf ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung berufen (vgl. Art. 59 ATSG, Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (vgl. Art. 38 ff. und Art. 60 ATSG, Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist einzutreten.

### **E. 2.1**

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt 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. Das FZA setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten.

### **E. 2.2**

Nach Art. 3 Abs. 1 der bis zum 31. März 2012 in Kraft gewesenen Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831.109.268.1) hatten die Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnten, für die diese Verordnung galt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser

Verordnung nichts anderes vorsahen. Dabei war im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 von Anhang II des FZA).

### **E. 2.3**

Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (10. November 2014) finden vorliegend auch die am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: VO 883/2004) 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 (SR 0.831.109.268.11; nachfolgend: VO 987/2009) Anwendung. Gemäss Art. 4 VO 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, sofern (in dieser Verordnung) nichts anderes bestimmt ist, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Im Rahmen ihres Geltungsbereichs tritt diese Verordnung an die Stelle aller zwischen den Mitgliedstaaten gelten-den Abkommen über soziale Sicherheit. Einzelne Bestimmungen von Abkommen über soziale Sicherheit, die von den Mitgliedstaaten vor dem Beginn der Anwendung dieser Verordnung geschlossen wurden, gelten je-doch fort, sofern sie für die Berechtigten günstiger sind oder sich aus besonderen historischen Umständen ergeben und ihre Geltung zeitlich be-grenzt ist. Um weiterhin Anwendung zu finden, müssen diese Bestimmungen in Anhang II aufgeführt sein. Ist es aus objektiven Gründen nicht mög-lich, einige dieser Bestimmungen auf alle Personen auszudehnen, für die diese Verordnung gilt, so ist dies anzugeben (Art. 8 Abs. 1 VO Nr. 883/2004). Die Bestimmung des anwendbaren Rechts ergibt sich aus Art. 11 ff. VO 883/2004. Die Beurteilung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe richten sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4 m.w.H.; BASILE CARDINAUX, § 7 Beweiserhebung im Ausland, in: Recht der Sozialen Sicherheit, 2014, S. 281 Rz. 7.23).

### **E. 3**

Der Beschwerdeführer rügt eine Verletzung des rechtlichen Gehörs, was vorab zu prüfen ist.

#### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer macht geltend, dass kein Vorbescheidverfahren durchgeführt worden ist. Weiter macht er geltend, er habe sich nicht zum Aktengutachten bzw. zum Beweisergebnis äussern oder Ergänzungsfragen stellen können, weshalb die Vorinstanz Art. 6 EMRK verletze. Zudem habe die Vorinstanz die Übersetzung des Aktengutachtens verweigert, was ebenfalls zu einer Verletzung des rechtlichen Gehörs führe.

#### **E. 3.2**

Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV, SR 101) und Art. 42 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Der verfassungsmässige Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst das Recht der Parteien auf Teilnahme am Verfahren und auf Einflussnahme auf den Prozess der Entscheidungsfindung. Dazu gehört auch deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden, an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum

Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen und Einsicht in die Akten nehmen zu können (vgl. auch Art. 47 ATSG) sowie die Pflicht der Behörden, den Entscheid zu begründen (vgl. auch Art. 49 Abs. 3 ATSG; BGE 135 V 465 E. 4.3.2; BGE 134 I 83 E. 4.1, E. 3.3; BGE 132 V 368 E. 3.1 mit Hinweisen).

### **E. 3.3**

Nach gefestigter bundesgerichtlicher Rechtsprechung muss ein Verwaltungsakt so abgefasst sein, dass die Betroffenen ihn gegebenenfalls sachgerecht anfechten können (BGE 125 II 369 E. 2c, BGE 124 V 180 E. 1a). Dies ist nur dann möglich, wenn sich sowohl der Betroffene als auch die Rechtsmittelinstanz ein Bild über die Tragweite des Entscheides machen können. Demnach müssen in jedem Fall die Überlegungen angeführt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sie ihren Entscheid stützt, wobei sie sich jedoch auf die wesentlichen Gesichtspunkte beschränken darf. Erforderlich ist, dass sich aus der Gesamtheit der Begründung ergibt, weshalb die Behörde den Vorbringen der Partei nicht folgen konnte (BGE 122 IV 8 E. 2c). Im Bereich der Invalidenversicherung hat die Verwaltung - abgesehen von den hier nicht massgeblichen Ausnahmen (vgl. BGE 134 V 97) - das rechtliche Gehör grundsätzlich im Vorbescheidverfahren (Art. 57a IVG) zu gewähren. Das Vorbescheidverfahren geht aber über den verfassungsrechtlichen Mindestanspruch hinaus, indem es Gelegenheit gibt, sich nicht nur zur Sache, sondern auch zum vorgesehenen Endentscheid zu äussern. Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Dessen Verletzung führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst in der Regel zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung (BGE 127 V 431 E. 3d/aa; BGE 126 I 19 E. 2d/bb). Es kommt mithin nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist. Bei schwerwiegender Verletzung der Gehörs- und Mitwirkungsrechte entfällt grundsätzlich eine Heilungsmöglichkeit. Nicht geheilt werden kann die Verletzung des rechtlichen Gehörs zufolge Unterlassung der Anhörung des Versicherten durch die Verwaltung (vgl. zum Ganzen URS MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010, Rz. 1318 ff.). Nach ständiger Praxis kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs allerdings dann geheilt werden, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Die Heilung eines allfälligen Mangels soll aber die Ausnahme bleiben (BGE 126 V 130 E. 2b). Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 116 V 182 E. 3d; zum Ganzen ausführlich Urteil des EVG I 193/04 vom 14. Juli 2006; Urteil BVGer C-4160/2015 vom 7. Dezember 2015 E. 2.2).

### **E. 3.4**

Vorliegend stellte die Vorinstanz zwecks Gewährung des rechtlichen Gehörs dem Beschwerdeführer - nachdem sie ein Gutachten eines Allgemeinmediziners (Dr. G.\_\_\_\_\_) sowie eine Stellungnahme des IV-Rheumatologen (Dr. L.\_\_\_\_\_) hat erstellen lassen - eine Mitteilung zu, in welcher in allgemeiner Weise ausgeführt wird, "es habe sich keine anspruchsverändernde Änderung ergeben" (doc. 194). Die Mitteilung enthielt den Hinweis, dass der Beschwerdeführer innert 30 Tagen ab Erhalt des Schreibens

bei der Vorinstanz eine beschwerdefähige Verfügung verlangen könne.

### **E. 3.5.1**

Das Vorgehen der Vorinstanz entspricht nicht den Voraussetzungen an ein regelkonformes Vorbescheidverfahren im Sinne von E. 2.3. Zwar beschreiben Art. 74ter und 74quater IVV ein vereinfachtes Verfahren, in welchem die Beschlüsse der IV-Stelle mit einer einfachen Mitteilung und einer Rechtsmittelbelehrung eröffnet werden können. Hier liegen jedoch die Voraussetzungen für die Durchführung eines vereinfachten Verfahrens nicht vor, da dem vom Beschwerdeführer gestellten Antrag vom 14. Januar 2014 (doc. 167/170) auf Auszahlung einer vollen Rente nicht entsprochen wurde (vgl. Art. 74ter IVV). Die erfolgte "Mitteilung" vom 14. Oktober 2014 kann auch nicht in einen formellen Vorbescheid umgedeutet werden. Es liegt eine formelle Verfahrensverletzung vor.

### **E. 3.5.2**

Zudem hat die Vorinstanz das rechtliche Gehör verletzt. Gegenstand eines Vorbescheids sind Ausführungen zu Fragen, die in den Aufgabenbereich der IV-Stellen nach Art. 57 Abs. 1 Bst. c-f IVG fallen, also Fragen im Zusammenhang mit den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und der Bemessung der Invalidität. Gemäss Art 57a IVG teilt die IV-Stelle der versicherten Person den vorgesehenen Endentscheid mittels Vorbescheid mit. Dies impliziert eine Begründung des Vorentscheids bzw. der Mitteilung. Denn um einen Entscheid wirksam anfechten zu können, müssten zumindest die massgeblichen Dokumente genannt und die zum vorgesehenen Entscheid führenden Überlegungen kurz ausgeführt werden. Vorliegend werden in der Mitteilung weder die massgeblichen Dokumente genannt noch erfolgt eine Begründung. Somit hatte der Beschwerdeführer keine Möglichkeit, die Feststellungen und Beurteilungen des Gutachters und des IV-Arztes zu überprüfen, das bisherige Beweisergebnis zu kommentieren und allenfalls weitere Beweismittel einzureichen.

### **E. 3.5.3**

Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers hat die Vorinstanz das rechtliche Gehör jedoch nicht dadurch verletzt, dass sie die Stellungnahme des IV-Arztes in französischer Sprache nicht hat übersetzen lassen. Wie die Vorinstanz richtig ausführt, besteht hierauf laut BGE 127 V 219 E. 2b/bb kein genereller Anspruch, soweit eine Amtssprache verwendet wurde.

### **E. 3.6**

Insgesamt hat die Vorinstanz einen Verfahrensfehler begangen und das rechtliche Gehör verletzt, was in der Regel die Aufhebung der angefochtenen Verfügung zur Folge hat. Ob vorliegend ausnahmsweise Gründe für eine Heilung vorliegen, kann aus nachstehenden Gründen offengelassen werden.

### **E. 4.1**

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C\_419/2009 vom 3. November 2009 E. 3.1; BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Der Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu beurteilen (vgl. BGE 130 V 445). Vorliegend sind daher auch die im Rahmen der 5. IV-Revision (in Kraft seit 1.

Januar 2008; AS 2007 5129) und der IV-Revision 6a (in Kraft seit 1. Januar 2012; AS 2011 5659) vorgenommenen Änderungen des IVG, der IVV (SR 831.201) und des ATSG zu beachten. Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substantziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteile BGer 8C\_944/2010 vom 21. März 2011 E. 3; 8C\_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1; siehe auch BGE 135 V 215 E. 7).

#### **E. 4.2**

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 jedoch 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. 4.3**

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; vgl. auch Art. 87 Abs. 2 und 3, Art. 88a und Art. 88bis IVV). Anlass zur Revision von Invalidenrenten gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist daher nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann etwa revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben oder eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt (BGE 130 V 343 E. 3.5). Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 54 [9C\_899/2009] E. 2.1). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. SVR 2010 IV Nr. 30 [9C\_961/2008] E. 6.3; zum Ganzen: Urteil BGer 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.1).

#### **E. 4.4.1**

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 Invalidenverfahren 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. 4.4.2**

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. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt.

#### **E. 4.4.3**

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 352 E. 3a).

#### **E. 4.4.4**

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 auf-zustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 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 353 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 353 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).

#### **E. 4.4.5**

Auf Stellungnahmen der Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) respektive der medizinischen Dienste der IV-Stellen kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des BGer I

694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteile des BGer 9C\_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3, I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1 und I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a).

#### **E. 4.4.6**

Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen). Diese Überlegungen gelten auch für den IV-Arzt.

#### **E. 5.1**

Vorliegend ist zu prüfen, ob die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung vom 10. November 2014 zu Recht festgestellt hat, dass sich der Gesundheitszustand und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit dem Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 12. Februar 2013) nicht in rentenrelevanter Weise verändert hat, und ob sie dabei den Sachverhalt vollständig und richtig abgeklärt hat. Dazu ist der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der ursprünglichen Verfügung (E. 5.2) und anschliessend derjenige zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung festzuhalten (E. 5.3). Anschliessend ist zu prüfen, ob rentenrelevante Veränderungen eingetreten sind (E. 5.4 ff.)

#### **E. 5.2**

In ihrer ursprünglichen Verfügung vom 12. Februar 2013 stützte sich die Vorinstanz hauptsächlich auf das pluridisziplinäre MEDAS-Gutachten (internistisch, orthopädisch, neurologisch und psychiatrisch) vom 24. August 2012 (doc. 114), welchem eine Vielzahl von Arztberichten und Gutachten - auch der SUVA - zugrunde lagen. Im MEDAS-Gutachten wurde ein spondyloformes LWS-Syndrom mit fortgeschrittener Osteochondrose sowie Bandscheibenvorfall L5/S1 links als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten, aktuell ohne Nachweis einer Wurzelläsion. Zudem wurde als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - nebst weiteren somatischen Diagnosen (a. HWS-Syndrom bei Spondylose C6/7 mit breitbasiger Dorsalprotrusion, ohne Anzeichen einer Wurzelläsion b. moderate AC-Gelenksarthrose rechts c. Hallux rigidus links d. Meniskopathie Grad I Knie rechts medial e. unbehandelter Bluthochdruck f. Migräne ohne Aura, g. Schmerzen im Bereich HWS und LWS, ohne Nachweis einer zervikalen oder lumbalen Wurzelläsion h. unspezifische Marklagerläsion in MRI Schädel, ohne klinisches

Korrelat sowie ohne Spezifität für Multiple Sklerose) - eine rezidivierende depressive Störung sowie eine Agoraphobie mit Panikstörung festgestellt. In seiner angestammten Tätigkeit als Gas-/Wasserinstallateur und Sanitärfachmann sei der Beschwerdeführer aus chirurgisch-orthopädischer Sicht zu 100% arbeitsunfähig. In einer dem Leiden optimal angepassten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit bestehe aus interdisziplinärer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 80% (S. 82/83). Aus internistischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht bestehe eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit für sämtliche in Frage kommenden Tätigkeiten (S. 81). Im Weiteren stützte sich die Vorinstanz auf den Schlussbericht von Dr. H. \_\_\_\_\_ des RAD W. \_\_\_\_\_ vom 19. September 2012 (doc. 120). Dieser hielt fest, das umfassende pluridisziplinäre Gutachten sei von sehr guter medizinisch-klinischer Qualität und es gebe keinen Grund, ihm nicht zu folgen (S. 3). Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er ein spondyloformes LWS-Syndrom mit fortgeschrittener Osteochondrose sowie einen Bandscheibenvorfall L5/S1 links, aktuell ohne Nachweis einer Wurzelläsion, sowie als Nebendiagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom (F33.00), und eine Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01). Einzig aus orthopädischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 1). In der angestammten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsunfähig, in angepassten Tätigkeiten ab dem 1. Juni 2009 zu 20%, ganztätig mit Leistungseinbusse (S. 2).

### **E. 5.3**

Die angefochtene Verfügung vom 10. November 2014 basiert im Wesentlichen auf folgenden medizinischen Unterlagen: - Nach dem Sturz des Beschwerdeführers von der Hebebühne wird im Bericht von Dr. M. \_\_\_\_\_ vom 16. Januar 2013 (SUVA B58) gestützt auf ein MRI eine komplexe Ruptur des Hinterhorns des Innenmeniskus rechts beschrieben. - Die Praxisklinik N. \_\_\_\_\_ AG stellte am 19. Februar 2013 zusätzlich zum Komplexriss des Innenmeniskus-Hinterhorns rechts ein Schulterschmerzen rechts bei Status nach Sturz fest. Das Röntgen der Schulter rechts in zwei Ebenen habe keine Hinweise auf eine knöcherne Verletzung ergeben (SUVA B77). Der klinische Untersuchungsbefund der linken Hand, wo der Patient Taubheitsgefühle beklage, sei unauffällig. Der Patient sei vom 19. Februar 2013 bis zum 14. April 2014 arbeitsunfähig. - Am 27. März 2013 erfolgte durch Dr. O. \_\_\_\_\_ der Praxisklinik N. \_\_\_\_\_ AG eine Kniearthroskopie rechts mit medialer Teilmeniscectomie; Plica mediopatellaris- und Plica infrapatellaris-Resektion (SUVA B102). Am 2. April 2013 hielt die Praxisklinik fest, dass der Patient in gutem Allgemeinzustand habe entlassen werden können (SUVA B112). - Nach einem MRI der rechten Schulter durch das Institut Dr. P. \_\_\_\_\_ (SUVA B104) hielt die Praxisklinik N. \_\_\_\_\_ AG am 26. März 2013 ein minimales postkontusionelles Ödem des AC-Gelenks, ein posttraumatisches Impingement-Syndrom und eine Ansatzentzündung der langen Bizepssehne fest (SUVA B106/111). - Am 16. April 2013 nahm der Kreisarzt SUVA zu den Schulterbeschwerden rechts und Handgelenksbeschwerden links Stellung und führte zu letzteren aus, klinisch und röntgenologisch seien im polydisziplinären Gutachten vom 24. August 2012 altersentsprechende Befunde festgestellt worden, es bestünden keine Pathologien (SUVA B114). - Dr. K. \_\_\_\_\_ beschrieb am 10. Februar 2014 nach einer Magnetresonanztomographie (MRT) der LWS im Vergleich zur früheren MRT von Februar 2011 eine erhebliche Progredienz des vorbeschriebenen Bandscheibenvorfalles im Segment L5/S1, jetzt liege ein massiver Bandscheibenvorfall in diesem Segment median bis mediolateral links mit Pelotierung des Duralsackes und

deutlicher Kompression und Verlagerung der Spinalnervenzwurzel S1 links intraspinal nach dorsolateral vor. Im Segment L4/5 bestehe eine unveränderte Abbildung der geringen, etwas linksbetonten Bandscheibenprotrusion (doc. 175, 179). - In seinem Laborbericht vom 12. März 2014 hielt das Medizinische Labor V. \_\_\_\_\_ zu den Blutwerten des Beschwerdeführers fest, die Werte für Bisphenol lägen deutlich unter dem Grenzwert, die Werte für Aluminium lägen im Bereich "akzeptabel", die Werte für Barium, Bor, Strontium und Quecksilber seien unterhalb des Grenzwertes angesiedelt (doc. 184). - Am 30. April 2014 hielt der IV-Rheumatologe, Dr. L. \_\_\_\_\_, fest, der Beschwerdeführer habe am 11. Januar 2013 eine komplexe Ruptur des Innenmeniskus-Hinterhorns rechts erlitten (doc. 182, vgl. Bericht Dr. M. \_\_\_\_\_ vom 15. Januar 2013 [SUVA B58]). Anlässlich einer klinischen Untersuchung sei auch eine Schulterverletzung rechts festgestellt worden (Dr. P. \_\_\_\_\_, Bericht vom 28. März 2013 [SUVA 104]). Aufgrund der neuen Akten könne geschlossen werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Gutachten aus dem Jahr 2012 nicht verbessert habe. Ob eine Verschlechterung eingetreten sei, müsse aufgrund eines neuen interdisziplinären Gutachtens, welches weniger als 3 Monate alt sei, eruiert werden. Insbesondere müsste der orthopädische Zustand der Gelenke (ostéo-articulaire) mit demjenigen des Gutachtens MZR vom 24. August 2012 verglichen werden (doc. 182). - Dr. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, physikalische Therapie und Sozialmedizin hielt in seinem Gutachten vom 16. Juli 2014 zuhanden der Knappschaft-Bahn-See (E 213, doc. 189) aufgrund einer eigenen Untersuchung vom 2. Juli 2014 als Diagnosen eine chronifizierte psychische Minderbelastbarkeit im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung sowie kombinierter Persönlichkeitsstörung vom zwanghaften Typus (F32, F61), ein dauerhaftes LWS-Schmerzsyndrom bei Bandscheibenverlagerung (M51), einen chronischen Spannungskopfschmerz (G44.2) sowie ein wiederkehrendes Schmerzsyndrom der Halswirbelsäule (M54.2) fest. Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 8. Februar 2013 habe sich der Zustand des Versicherten nicht verändert. Er sei in seiner angestammten Tätigkeit als Sanitärinstallateur und auch in angepassten Tätigkeiten seit dem 1. März 2010 nicht mehr arbeitsfähig. Fragen zum Kniegelenk würden eine MRT-Untersuchung erfordern, der Beschwerdeführer lehne das konventionelle Röntgen ab. - In seiner Stellungnahme vom 3. Oktober 2014 (doc. 193) hielt Dr. L. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes der Vorinstanz als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei moderaten Diskopathien L4/5 und fortgeschrittenen Diskopathien L5/S1 mit interapophysärer vertebraler Arthrose (M51) sowie ein Zervikalschmerzsyndrom rezidivierend bei Osteochondrose und Spondylose C5/6 und C6/7 mit Diskusprolaps (M54.2) fest. Daneben bestünden als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein Status nach arthroskopischer Resektion einer komplexen Hinterhorn-Läsion des inneren Meniskus und des Plica mediopatellaris rechts (2013), ein chronischer Spannungsschwindel sowie eine Hausstaubmilben-Allergie. Weiter führte der IV-Arzt aus, im MRT vom 10. Februar 2014 (Dr. K. \_\_\_\_\_) sei eine erhebliche Progredienz eines Bandscheibenvorfalles L5/S1 aufgezeigt worden. Diese habe sich in der klinischen Untersuchung bei Dr. G. \_\_\_\_\_ nicht bestätigt. Dessen Gutachten bestätige insgesamt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Januar 2013 nicht verändert habe. Die Pathologie des rechten Knies (Meniskusoperation) habe sich gut entwickelt und habe keine langfristigen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, weshalb auf weitere radiologische Bilder verzichtet werden könne.

#### **E. 5.4**

Der Beschwerdeführer rügt hauptsächlich, seine gesundheitlichen Einschränkungen seien viel schwerwiegender als von den Ärzten festgestellt und sie hätten sich verschlimmert (B-act. 1 Ziff. 29/30). Replikweise macht er geltend, der RAD habe den Beschwerdeführer gar nie gesehen, weshalb seine Beurteilung keinen Beweiswert aufweise (B-act. 12 Ziff. 6). Damit stellt er konkret den Beweiswert des Aktengutachtens des IV-Arztes Dr. L. \_\_\_\_\_ in Frage. Demgegenüber seien die Gutachten aus Deutschland und Österreich voll beweiskräftig. Da sich sowohl der IV-Arzt als auch der Beschwerdeführer zumindest teilweise auf das Gutachten von Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 16. Juli 2014 abstützen (mit abweichenden Schlussfolgerungen), ist zunächst dessen Beweiswert zu prüfen (E. 5.5), anschliessend das Aktengutachten des IV-Arztes (E. 5.6).

#### **E. 5.5.1**

Dr. G. \_\_\_\_\_ als Allgemeinmediziner stützt sich in seinem Gutachten vom 16. Juli 2014 (doc. 189) u. a. auf das psychiatrische Gutachten von Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 3. Januar 2011, auf den radiologischen Befund von Dr. K. \_\_\_\_\_ vom 10. Februar 2014, auf den hausärztlichen Befundbericht von Dr. Q. \_\_\_\_\_ vom 15. Januar 2013 (befindet sich nicht in den Akten) und auf den Bericht der Notfallambulanz des städtischen Klinikums X. \_\_\_\_\_ vom 24. Mai 2014 (ebenfalls nicht in den Akten). Nach eigenen Untersuchungen diagnostiziert er unter Angabe des ICD-Diagnoseschlüssels eine chronifizierte psychische Minderbelastbarkeit im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung sowie kombinierter Persönlichkeitsstörung vom zwanghaften Typus (F32, F61), ein dauerhaftes LWS-Schmerzsyndrom bei Bandscheibenverlagerung (M51), einen chronischen Spannungskopfschmerz (G44.2) sowie ein wiederkehrendes Schmerzsyndrom der Halswirbelsäule (M54.2). Bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit stellt er fest, dass der Beschwerdeführer sowohl in seiner angestammten Tätigkeit als auch in Verweistätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig sei.

#### **E. 5.5.2**

Der Gutachter stützt sich also auf die Berichte von spezialisierten Fachärzten, er hat sich mit den beklagten Beschwerden auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen sind begründet und nachvollziehbar. Das Gutachten ist somit beweiskräftig (vgl. vorne E. 4.4.3). Volle Beweiskraft geht ihm jedoch insoweit ab, als Dr. G. \_\_\_\_\_ als Facharzt für Allgemeinmedizin, Physikalische Therapie und Sozialmedizin weder als Psychiater noch als Neurologe noch als Orthopäde spezifisch ausgebildet worden ist, was Voraussetzung für die Erstellung eines voll beweiskräftigen polydisziplinären Gutachtens gewesen wäre.

#### **E. 5.6.1**

Der IV-Rheumatologe, Dr. L. \_\_\_\_\_, stützt sich in seinem Aktengutachten (doc. 193) im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. G. \_\_\_\_\_ und auf das MRI von Dr. K. \_\_\_\_\_ und zusätzlich auf die umfangreichen SUVA-Akten zum Unfall des Beschwerdeführers vom 11. Januar 2013. Er zieht daraus andere Schlussfolgerungen als Dr. G. \_\_\_\_\_ in Bezug auf die Schwere der gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers und auf dessen Arbeitsfähigkeit. Er geht davon aus, dass sich der Gesundheitszustand nicht verändert habe. Der Beschwerdeführer sei weiterhin in seiner angestammten Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig, in einer Verweistätigkeit jedoch nur zu 20% eingeschränkt. Damit folgt er der früheren Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im I. \_\_\_\_\_-Gutachten, die jedoch auf einer Prüfung der gesundheitlichen Situation bis Februar 2012 beruht. Die Diskrepanz zur neuesten Beurteilung von Dr. G. \_\_\_\_\_ betreffend die Einschränkungen in einer

Verweistätigkeit diskutiert der IV-Arzt nicht; vielmehr geht Dr. L. \_\_\_\_\_ unzutreffend davon aus, seine Beurteilung stimme mit derjenigen des deutschen Gutachters überein ("en accord avec le Dr. G. \_\_\_\_\_" [doc. 193 S. 2]).

#### **E. 5.6.2.1**

Zuzustimmen ist dem IV-Arzt in Bezug auf seine Feststellung, wonach die Entwicklung des rechten Knies einen positiven Verlauf genommen habe. Der erfreuliche Verlauf, zumindest bis zum 2. April 2014 (SUVA B112), ist belegt. Auch hinsichtlich der Schulterverletzung ergeben sich unter Berücksichtigung der Röntgenaufnahmen der Praxisklinik N. \_\_\_\_\_ AG am 19. Februar 2013 (doc. 77/78) und des MRI des Instituts P. \_\_\_\_\_ vom 28. März 2013 (doc. 104) keine Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers (keine knöcherne Verletzung der Schulter, minimale Kontusion des Acromio-Klavikulärgelenks) und auf unfallbedingte Auswirkungen auf dessen Arbeitsfähigkeit. Ebenfalls keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ergeben die Laborbefunde des medizinischen Labors V. \_\_\_\_\_ (doc. 184, 190), was im Gutachten von Dr. G. \_\_\_\_\_ sinngemäss bestätigt wird (doc. 189 S. 8, letzter Abschnitt).

#### **E. 5.6.2.2**

Der Radiologe Dr. K. \_\_\_\_\_ beschreibt nach einer MRT der LWS im Vergleich zur früheren MRT von Februar 2011 eine erhebliche Progredienz des Bandscheibenvorfalles im Segment L5/S1. Jetzt liege ein massiver Bandscheibenvorfall in diesem Segment median bis mediolateral links mit Pelottierung des Duralsackes und deutlicher Kompression und Verlagerung der Spinalnervenzwurzel S1 links intraspinal nach dorsolateral vor. Im Segment L4/5 zeige sich eine unveränderte Abbildung der geringen, etwas linksbetonten Bandscheibenprotrusion (doc. 175, 179). Dazu führte der IV-Arzt aus, die festgestellte Verschlechterung habe sich in der klinischen Untersuchung durch Dr. G. \_\_\_\_\_ nicht verifizieren lassen. Diese Aussage des IV-Arzt ist nicht nachvollziehbar, zumal sich Dr. G. \_\_\_\_\_ explizit u.a. auf den radiologischen Befundbericht von Dr. K. \_\_\_\_\_ abstützt und ein dauerhaftes LWS-Schmerzsyndrom bei Bandscheibenverlagerung diagnostiziert (M51, S. 6) und den Beschwerdeführer - wie oben erwähnt - sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in Verweistätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig beurteilt, ohne Möglichkeit der Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit (S. 10.). Somit ist von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes in Bezug auf den Rücken auszugehen. Keinen Widerspruch dazu begründet die Aussage von Dr. G. \_\_\_\_\_, dass sich der Gesundheitszustand seit der Voruntersuchung vom 8. Februar 2013 (Bericht befindet sich nicht in den Akten) gebessert bzw. nicht verändert habe (S. 9 oben). Denn die Untersuchung vom 8. März 2013 fand kurz nach dem Unfall statt, bei welchem sich der Beschwerdeführer das Knie verletzt hatte; beim Knie ist laut Akten bis zum 16. Juli 2014 ohne Zweifel eine Besserung eingetreten. Zu ergänzen bleibt, dass Dr. G. \_\_\_\_\_ in seinem aktenkundigen Gutachten vom 31. August 2010 noch eine 3-stündige tägliche Arbeitsfähigkeit festgehalten hatte (doc. 74), die aus seiner Sicht inzwischen entfallen ist (Angabe der höchstzulässigen Arbeitszeit [in angepasster Arbeit]: "0 Stunden"). Dies deutet - ebenso wie das MRT von Dr. K. \_\_\_\_\_ - auf eine negative Entwicklung hin. In Bezug auf die Rückenproblematik bzw. in orthopädischer/rheumatologischer Hinsicht kann deshalb nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass keine rentenrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist. Die abweichenden Beurteilungen von Dr. G. \_\_\_\_\_ und von Dr. L. \_\_\_\_\_ können nicht dadurch erklärt werden, dass dem IV-Arzt zusätzlich die

SUVA-Akten zur Verfügung standen; denn diese äussern sich ausschliesslich zu den Auswirkungen des Unfalls vom 11. Januar 2013 auf das Knie und auf die Schulter und sie halten fest, dass sich daraus keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben habe (vgl. E. 5.6.2.1).

### **E. 5.6.2.3**

In psychiatrischer Hinsicht ergibt sich aus den Akten folgendes: Der IV-Arzt selbst hat in seiner Stellungnahme vom 30. April 2014 (doc. 182) ein aktuelles polydisziplinäres Gutachten, u.a. in psychiatrischer Hinsicht, als notwendig erachtet. Dr. G. \_\_\_\_\_ als Allgemeinpraktiker diagnostiziert in seiner Untersuchung am 2. Juli 2014 in psychiatrischer Hinsicht eine chronifizierte psychische Minderbelastbarkeit im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung sowie kombinierter Persönlichkeitsstörung vom zwanghaften Typus (F32, F61). Er stützt sich dabei nicht nur auf das psychiatrische Gutachten von Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 3. Januar 2011, welchem im zweiten Rentenverfahren weder der RAD-Psychiater noch der MEDAS-Psychiater gefolgt sind, sondern auch auf einen Bericht der Notfallambulanz des städtischen Klinikums X. \_\_\_\_\_ vom 24. Mai 2014 (befindet sich nicht in den Akten). Dort sei die Diagnose einer Angststörung gestellt und es sei von einer psychogenen Luftnot bei bekannter Depression ausgegangen worden. Inwieweit zwischenzeitlich eine Veränderung eingetreten ist, wird aus den Angaben von Dr. G. \_\_\_\_\_ nicht ersichtlich. Somit kann auch in psychiatrischer Hinsicht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Dr. G. \_\_\_\_\_ verweist auch auf den hausärztlichen Befundbericht von Dr. Q. \_\_\_\_\_ vom 15. Januar 2013; der Hausarzt diagnostiziert u.a. eine chronische Depression (doc. 189 S. 3). Ebenfalls nicht abgeklärt ist, ob und wie sich der neuerliche Unfall vom 11. Januar 2013 in psychiatrischer Hinsicht auf den Beschwerdeführer ausgewirkt hat, hat er doch seine Stelle verloren. Ebenfalls nicht ersichtlich wird aus dem Gutachten von Dr. G. \_\_\_\_\_, inwieweit die psychiatrischen Einschränkungen im Vergleich zu den somatischen Einschränkungen zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit geführt haben. Schliesslich ist festzuhalten, dass der Beurteilung Dr. L. \_\_\_\_\_ als Rheumatologe, ob in psychiatrischer Hinsicht eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist, nur beschränkte Beweiskraft zukommt (vgl. vorne 4.4.5). Zudem stützt er sich auf das Gutachten von Dr. G. \_\_\_\_\_, welchem in psychiatrischer Hinsicht ebenfalls nur eingeschränkter Beweiswert zukommt.

### **E. 5.6.2.4**

In neurologischer Hinsicht wurde - wie in psychiatrischer Hinsicht - ebenfalls kein fachspezifisches Gutachten erstellt. Die Ausführungen von Dr. G. \_\_\_\_\_ und des IV-Arzt - beides keine Neurologen - sind daher diesbezüglich nur von eingeschränktem Beweiswert.

### **E. 5.7**

Insgesamt kann sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weder bestätigt noch ausgeschlossen werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in rentenrelevanter Weise verschlechtert hat. Das Gutachten des deutschen Allgemeinmediziners in Verbindung mit der Stellungnahme des IV-Rheumatologen vermögen die Sachlage im Revisionsverfahren nicht rechtsgenügend zu klären. Insbesondere liegt kein interdisziplinäres MEDAS-Gutachten mit den in BGE 137 V 210 ff. beschriebenen Mindeststandards vor, weshalb dem Gutachten

von Dr. G. \_\_\_\_\_ von vornherein nur eingeschränkter Beweiswert zukommen kann. Zu berücksichtigen ist zudem, dass beim bisherigen Invaliditätsgrad von 53% auch kleinere Veränderungen des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers Auswirkungen auf die Höhe der Rente haben können. Der aktuelle Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie die Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit sind insgesamt in Verletzung von Art. 43 ATSG nicht vollständig abgeklärt worden.

### **E. 6.1**

Insgesamt hat die Vorinstanz vorliegend einen Verfahrensfehler begangen, das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt und den Sachverhalt nicht vollständig abgeklärt. Deshalb ist die Sache zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die Vorinstanz hat unter Beachtung der Mitwirkungsrechte und des rechtlichen Gehörs des Beschwerdeführers ein polydisziplinäres Gutachten zumindest in orthopädischer/rheumatologischer, neurologischer und psychiatrischer Hinsicht in Auftrag zu geben. Die polydisziplinäre Begutachtung hat in der Schweiz zu erfolgen, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVer C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3) und keine Gründe ersichtlich sind, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Des Weiteren wird die Gutachterausswahl, wie bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz üblich, nach dem Zufallsprinzip erfolgen (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt.

### **E. 6.2**

Da zwischen den Parteien und auch aus Sicht des Gerichts die weitere Gewährung einer halben Rente unbestritten ist und die Rückweisung zu weiteren Abklärungen der Frage dient, ob ein Anspruch auf eine höhere als die bisher ausgerichtete halbe Rente besteht, kann auf die Gewährung des rechtlichen Gehörs wegen drohender reformatio in peius (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4) verzichtet werden.

### **E. 6.3**

Eine Rückweisung ist vorliegend im Lichte der Rechtsprechung nach BGE 137 V 210 ausnahmsweise möglich. Denn sowohl in psychiatrischer wie auch in neurologischer Hinsicht bleibt der aktuelle Gesundheitszustand des Beschwerdeführers völlig ungeklärt, da ein Allgemeinmediziner das Gutachten erstellt und ein Rheumatologe die interne medizinische Stellungnahme dazu abgegeben hat. Zu beachten sind weiter die Ausführungen des Bundesgerichts, wonach eine weitgehende Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene sachlich nicht wünschbar ist. Die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung litte empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, so das Bundesgericht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterliege. Im Rahmen der de lege lata gegebenen Organisation dränge es sich vielmehr auf, das drohende Defizit dort durch gerichtliche Expertisen auszugleichen, wo die Gerichte bei der Würdigung des Administrativgutachtens im Kontext der gesamten Aktenlage zum Schluss kommen, weitere Abklärungen seien notwendig (BGE 137 V 210 ff., E. 4.2). Vorliegend hatte der IV-ärztliche Dienst ein nicht nach den Standards von BGE

137 V 210 ff. erstelltes Gutachten zu beurteilen. Eine Aktenbeurteilung war unter diesen Umständen unzulässig, was zwangsläufig zur weiteren Sachverhaltsabklärungen hätte führen müssen. Würde die vorliegend mangelhafte Sachverhaltsabklärung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) abzuklären, auf das Gericht. In Fällen mit Auslandsbezug ist die Gefahr der Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene umso grösser, als die Aktenbeurteilung durch den RAD oder den medizinischen Dienst der Vorinstanz gestützt auf ausländische Arztberichte, die oftmals weder eine erforderliche interdisziplinäre Gesamtbeurteilung enthalten noch in Kenntnis der Vorakten und der spezifischen versicherungs-medizinischen Anforderungen der Invalidenversicherung verfasst werden, häufig vorkommen. Weiter ist zu beachten, dass für Fälle mit Auslandsbezug eine spezialisierte IV-Stelle eingerichtet worden ist. Daher und aufgrund dessen, dass vorliegend aufgrund der Aktenlage keine genügende Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers erfolgen konnte, ist die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen (vgl. Urteil des BVGer C-3313/2014 vom 21. März 2016, E. 4.9.2 und 4.9.3).

#### **E. 6.4**

Der Antrag des Beschwerdeführers auf Anordnung eines gerichtlichen Gutachtens ist deshalb abzuweisen.

#### **E. 7**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

##### **E. 7.1**

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6), sodass dem Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen sind. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

##### **E. 7.2**

Der obsiegende und anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Die eingereichte Kostennote beschreibt einen Aufwand von 14,63 Stunden und Auslagen von Fr. 32.-. Der Aufwand ist ausgewiesen und der Bedeutung und Schwierigkeit der Streitsache angemessen. Somit wird die Entschädigung auf Fr. 3'689.50 (14,63 x Fr. 250.- = Fr. 3'657.50, ohne Mehrwertsteuer (die nicht geschuldet ist [vgl. Urteil C-822/2011 vom 12. Februar 2013 E. 8.2.4]), plus Auslagen über Fr. 32.- festgelegt.

##### **E. 7.3**

Damit fällt die mit Zwischenverfügung vom 4. Juni 2015 gewährte unentgeltliche Rechtspflege als gegenstandslos geworden dahin.

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