



## Urteil vom 13. Juli 2017

---

Besetzung

Richter Daniel Stufetti (Vorsitz),  
Richter Beat Weber, Richter David Weiss,  
Gerichtsschreiberin Simona Risi.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_,  
vertreten durch Dr. iur. Andreas Edelmann, Rechtsanwalt,  
Beschwerdeführer,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2,  
Vorinstanz.

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenrevision,  
Einstellung der Rente;  
Verfügung der IVSTA vom 20. Januar 2015.

**Sachverhalt:****A.**

A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter/Beschwerdeführer), geboren am (...) 1959, ist ein in Deutschland wohnhafter deutscher Staatsbürger. Er war seit 1986 in der Schweiz als Grenzgänger erwerbstätig und entrichtete dabei Beiträge an die schweizerische Alters- und Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; Akten der Vorinstanz [nachfolgend: IV-act.] 1, 9). Zuletzt arbeitete er von 1988 bis 2008 als Teamleiter/Lagerist (IV-act. 2/4 f.; IV-act. 12).

**B.**

**B.a** Am 16. Januar 2007 verdrehte sich der Versicherte auf dem Weg zur Arbeit den Fuss, was zu Schmerzen im rechten Knie führte (IV-act. 15/26). Aufgrund dieses Vorfalles machte er bei seinem Unfallversicherer B.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Unfallversicherer) am 23. März 2007 eine Schadenmeldung (IV-act. 15/28). Seit März 2007 war der Versicherte aufgrund seiner Kniebeschwerden wiederholt arbeitsunfähig (IV-act. 8, 12/10f., 14/2 ff.).

**B.b** Mit Verfügung des Unfallversicherers vom 3. Juli 2007 (IV-act. 15/10 f.) wurde festgestellt, der Zustand, wie er sich auch ohne Vorliegen des Ereignisses vom 16. Januar 2007 beim schicksalsmässigen Verlauf der vorbestehenden Erkrankung präsentieren würde, sei hinsichtlich der aktuellen Beschwerden per 29. März 2007 erreicht worden, weshalb ab dem 30. März 2007 keine Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung mehr erbracht werden könnten.

**C.**

Am 3. April 2008 meldete sich der Versicherte bei der IV-Stelle des Kantons C.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: IV-Stelle) wegen einer fortgeschrittenen lateralen Valgusgonarthrose am rechten Knie zum Leistungsbezug an (IV-act. 2). Die IV-Stelle prüfte das Gesuch unter Berücksichtigung der medizinischen Dokumentation sowie unter Beizug der Unfallakten (IV-act. 10, 15-18, 20, 24, 25, 27 f.). Schliesslich sprach die IVSTA dem Versicherten mit Verfügung vom 21. August 2009 ab März 2008 eine ordentliche ganze Rente zu (IV-act. 43, 67/2 f.).

**D.**

**D.a** Im Dezember 2009 leitete die IV-Stelle ein Revisionsverfahren ein. Zu diesem Zweck nahm sie weitere Abklärungen zum Gesundheitszustand des Versicherten vor.

**D.b** Mit Vorbescheid vom 18. August 2014 (IV-act. 125) teilte die IVSTA mit, aufgrund der Verbesserung des Gesundheitszustands des Versicherten werde die Rente auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats aufgehoben.

**D.c** Gegen diesen Vorbescheid erhob der Versicherte mit Eingaben vom 16. September 2014 und 20. Oktober 2014 Einwand (IV-act. 129 und 145). Dabei erklärte er im Wesentlichen, sein Gesundheitszustand habe sich seit der Rentenzusprache insgesamt verschlechtert. Er leide an andauernden und starken Schmerzen im Bereich des Knies, der Schulter, des Rückens und der Hüfte, was es ihm unmöglich mache, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. In diesem Zusammenhang reichte der Versicherte ein am 12. November 2014 durch Prof. Dr. D. \_\_\_\_\_ (Chefarzt Kreiskrankenhaus E. \_\_\_\_\_) erstelltes Privatgutachten zu den Akten (IV-act. 150).

**D.d** Mit Verfügung vom 20. Januar 2015 hob die Vorinstanz die Rente per Ende Februar 2015 auf (IV-act. 51/1 ff.). Dies begründete sie damit, dass sich gemäss den vorliegenden Arztberichten die gesundheitliche Situation des Versicherten verbessert habe. Seit Januar 2011 bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50% und in einer der Behinderung angepassten Tätigkeit eine solche von 80%. Bei einem Invaliditätsgrad von 34% bestehe kein Anspruch mehr auf eine Rente.

**E.**

Mit Beschwerde vom 23. Februar 2015 gelangte der Beschwerdeführer durch seinen Rechtsvertreter an das Bundesverwaltungsgericht und beantragte, die vorinstanzliche Verfügung vom 20. Januar 2015 sei aufzuheben und es sei ihm weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten, eventua-liter sei ein gerichtliches Gutachten anzuordnen zwecks Feststellung des Invaliditätsgrades, subeventualiter sei die Sache zur Abklärung des Rentenanspruchs an die Vorinstanz zurückzuweisen mit der Anordnung, ein unabhängiges Gutachten erstellen zu lassen, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der IVSTA (Akten im Beschwerdeverfahren [nachfolgend: BVGer-act.] 1). In seiner Begründung zweifelt der Beschwerdeführer mit Verweis auf das Privatgutachten von Prof. Dr. D. \_\_\_\_\_ (IV-

act. 150) im Wesentlichen die Ergebnisse der orthopädischen Untersuchung vom 21. Mai 2014 durch Frau med. pract. F.\_\_\_\_\_ (Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH) des Regionalen Ärztlichen Dienstes (nachfolgend: RAD) (IV-act. 115) an. Im Übrigen wies er darauf hin, dass er sich am 13. März 2015 einer weiteren Operation unterziehen müsse.

#### **F.**

In ihrer Vernehmlassung vom 1. Mai 2015 beantragte die Vorinstanz unter Bezugnahme auf eine Stellungnahme der IV-Stelle vom 28. April 2015 die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer-act. 3).

#### **G.**

Mit Zwischenverfügung vom 7. Mai 2015 wurde der Beschwerdeführer zur Leistung eines Kostenvorschusses in der Höhe von Fr. 400.- aufgefordert und der Schriftenwechsel wurde abgeschlossen (BVGer-act. 4). Am 15. Mai 2015 wurde der Kostenvorschuss in der eingeforderten Höhe bezahlt (BVGer-act. 6).

#### **H.**

Am 18. September 2015 reichte der Beschwerdeführer einen medizinischen Bericht vom 24. März 2015 und eine ärztliche Bescheinigung vom 4. August 2015 von Prof. Dr. D.\_\_\_\_\_ zu den Akten (BVGer-act. 7). Die Vorinstanz verzichtete mit Eingabe vom 21. Oktober 2015 unter Verweis auf ein Schreiben der IV-Stelle vom 16. Oktober 2015 – in dem geltend gemacht wurde, die Operation habe erst nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung stattgefunden, weshalb sie im vorliegenden Verfahren nicht zu beachten sei – auf eine Stellungnahme dazu (BVGer-act. 9).

#### **I.**

Mit Eingabe vom 2. Dezember 2015 reichte der Beschwerdeführer eine ärztliche Stellungnahme von Dr. G.\_\_\_\_\_ (Oberarzt des Kreiskrankenhauses E.\_\_\_\_\_) vom 29. November 2015 ein (BVGer-act. 11). Mit Hinweis auf ein Schreiben der IV-Stelle vom 30. Dezember 2015 verzichtete die Vorinstanz am 8. Januar 2016 auf eine Stellungnahme (BVGer-act. 13).

#### **J.**

Am 16. März 2016 reichte der Beschwerdeführer eine Bescheinigung von Dr. D.\_\_\_\_\_ vom 29. Januar 2016 zu den Akten (BVGer-act. 15), welche

Eingabe der Vorinstanz am 22. März 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (BVGer-act. 16).

#### **K.**

Am 17. Mai 2017 übermittelte die Vorinstanz einen medizinischen Bericht vom 2. Mai 2017 sowie eine Ankündigung betreffend eine beim Beschwerdeführer für den 28. Juni 2017 geplante Operation (BVGer-act. 17).

#### **L.**

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

### **Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

#### **1.**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

#### **2.**

**2.1** Das Bundesverwaltungsgericht prüft im vorliegenden Verfahren die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

**2.2** Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 20. Januar 2015, mit welcher die Vorinstanz die ganze IV-Rente des Beschwerdeführers per Ende Februar 2015 revisionsweise eingestellt hat. Im vorliegenden Verfahren streitig und zu prüfen ist, ob dies zu Recht erfolgte.

**3.**

**3.1** Gemäss Art. 40 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) ist die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet ein Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

**3.2** Der Beschwerdeführer war vor Eintritt des Gesundheitsschadens als Grenzgänger erwerbstätig und lebte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in Deutschland. Er macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf den Zeitpunkt seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Unter diesen Umständen war die IV-Stelle für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung und die Vorinstanz für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig.

**4.**

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

der schweizerischen Invalidenversicherung alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

**4.2** Im vorliegenden Verfahren finden grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 20. Januar 2015 in Kraft standen; weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung des streitigen Sachverhalts im vorliegend massgebenden Zeitraum von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Revision [AS 2007 5155]). Mit Blick auf das Datum der angefochtenen Verfügung (20. Januar 2015) können ebenfalls die Normen des vom Bundesrat auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) zur Anwendung gelangen.

**4.3** Nach der Rechtsprechung können neue Tatsachen, die sich vor Erlass der streitigen Verfügung verwirklicht haben, die der Vorinstanz aber nicht bekannt waren oder von ihr nicht berücksichtigt wurden (unechte Noven), im Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht vorgebracht werden und sind zu würdigen. Später eingetretene Tatsachen (echte Noven), die zu einer Änderung des Sachverhalts geführt haben, sind grundsätzlich nicht im Rahmen des hängigen, sondern gegebenenfalls im Rahmen eines weiteren Verfahrens zu berücksichtigen (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, im hängigen Verfahren soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

Im Beschwerdeverfahren wurden fünf nach der angefochtenen Verfügung entstandene medizinische Berichte eingereicht (vgl. den Sachverhalt Bst. H. bis K.). Soweit der Beschwerdeführer damit eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend macht, ist er darauf hinzuweisen, dass eine solche nicht im Beschwerdeverfahren, sondern im Rahmen einer Neuanschuldung bei der zuständigen IV-Stelle vorzubringen wäre. Diese echten Noven sind im vorliegenden Beschwerdeverfahren nur soweit zu würdigen, als sie Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Verfügungserlasses erlauben (vgl. nachfolgend E. 6.3 und 7.5.7).

## **5.**

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

**5.2** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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 Viertelrente.

**5.3** 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). Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den – den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden – Tatsachen. Eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche kon-

kreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 136 [Urteil 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013] E. 6.1.3 m.H.). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11).

Als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht, und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (vgl. BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff. und Urteil des Bundesgerichts 9C\_889/2011 vom 8. Februar 2012 E. 3.2).

**5.4** Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des BGer vom 20. Juli 2000, I 520/99).

**5.5** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben.

Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4; vgl. auch BGE 140 V 193 E. 3.2).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

**5.6** 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.

Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 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). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet und in sich widerspruchsfrei sind, und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 353 f.). Berichte der behandelnden Ärzte 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 das Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

**5.7** Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Dieser Grad übersteigt einerseits die Annahme einer blossen Möglichkeit bzw. einer Hypothese und liegt andererseits unter demjenigen der strikten Annahme der zu beweisenden Tatsache. Die Wahrscheinlichkeit ist insoweit überwiegend, als der begründeten Überzeugung keine konkreten Einwände entgegenstehen (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 50; THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70, Rz. 58 ff.).

## **6.**

Vorliegend primär zu prüfen ist, ob die Voraussetzungen für eine Rentenrevision gegeben waren. In Frage steht insbesondere, ob die IVSTA gestützt auf die eingeholten Arztberichte zu Recht davon ausgegangen ist, dass eine massgebliche Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten ist, die dem Beschwerdeführer die Aufnahme einer der Behinderung angepassten Tätigkeit im Umfang von 80% zumutbar macht, wodurch sich im Einkommensvergleich ein Invaliditätsgrad von 34% ergibt, der keinen Anspruch mehr auf Ausrichtung einer Invalidenrente begründet.

Die Frage, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung (Verfügung vom 21. August 2009; IV-act. 43, 67/2 f.) bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen, angefochtenen Verfügung.

**6.1** Ihren rentenzusprechenden Entscheid vom August 2009 (IV-act. 43, 67/2 f.) stützte die Vorinstanz im Wesentlichen auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. H. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie) vom 28. Juli 2008, 24. November 2008 und 14. Mai 2009 (IV-act. 28). Laut diesen Beurteilungen – die sich ihrerseits im Wesentlichen auf die Arztberichte der Universitätsklinik I. \_\_\_\_\_ vom 2. Juni 2008 (IV-act. 10), 28. Oktober 2008 (IV-act. 17/2 ff.) und 29. Oktober 2008 (IV-act. 17/6 f.) stützen – wurden seinerzeit folgende Diagnosen erhoben: St. n. (nachfolgend: Status nach) lateraler unikompartimenteller Knieprothesenimplantation rechts am 14. März 2008, St. n. lateraler Menishektomie vor ca. 25 Jahren und multiplen Operationen am Knie rechts. Ab März 2007 sei es zu Arbeitsunfähigkeiten unterschiedlichen Ausmasses gekommen, vom 31. August 2008 bis zum 2. Oktober 2008 sei eine 100% Arbeitsunfähigkeit festgestellt worden. Am 10. Oktober 2008 sei wegen ausgeprägter Bewegungseinschränkung eine Mobilisation in Narkose erfolgt. Für den 1. Juli 2009 sei eine weitere Operation (Totalprothese; vgl. Operationsbericht vom

29. Juli 2009, IV-act. 64/22 f.) geplant und es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Demnach sei es seit dem 1. November 2007 nicht zu einer dauerhaften Besserung gekommen, so dass weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen und ebenso in einer angepasster Tätigkeit bestehe. Mit einer Besserung könne nach der Operation gerechnet werden, so dass eine Revision Ende 2009 empfohlen werde.

**6.2** Die medizinische Aktenlage seit der Erstverfügung präsentiert sich zusammengefasst wie folgt:

**6.2.1** Die Arztberichte der Abteilung Orthopädie der Universitätsklinik I. \_\_\_\_\_ vom 28. Dezember 2009 (IV-act. 54/6 ff.), 12. Mai 2010 (IV-act. 58/6 f.) sowie 21. Mai 2010 (IV-act. 59) beziehen sich auf die Untersuchung des Beschwerdeführers vom 15. Oktober 2009. In seiner Stellungnahme vom 28. Dezember 2008 stellte Dr. J. \_\_\_\_\_ (Assistenzarzt) eine Arbeitsunfähigkeit als Lagerist von 100% seit 2008 fest. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in einer sitzenden Tätigkeit empfahl er eine Evaluation im Rahmen eines stationären Aufenthaltes (IV-act. 54/6).

**6.2.2** Gemäss vorläufigem Arztbrief von Dr. K. \_\_\_\_\_ (Stationsärztin) vom 28. Januar 2010 (IV-act. 57/5 f.) und ärztlichem Bericht von L. \_\_\_\_\_, (Oberarzt), Dr. K. \_\_\_\_\_ sowie Prof. Dr. M. \_\_\_\_\_ (Ärztlicher Direktor) vom 4. Februar 2010 (IV-act. 57/1 ff.) der (...) -Klinik befand sich der Beschwerdeführer vom 21. Januar 2010 bis 29. Januar 2010 wegen weiterhin bestehender Schmerzen im Bereich des rechten Kniegelenkes sowie zunehmender Schmerzen im Bereich des linken Knies und Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule mit Schmerzausstrahlung in beide Leisten, vor allem bei längerem Sitzen mit Taubheitsgefühl im Bereich der ventralen Oberschenkel bis zum Knie, in stationärer Behandlung.

**6.2.3** Im Ambulanten Bericht des Kantonsspitals N. \_\_\_\_\_ vom 17. Mai 2010 stellte Dr. O. \_\_\_\_\_ (Oberarzt) anlässlich eines Sonografiebefundes vom 12. Mai 2010 die Hauptdiagnose eines submuskulär gelegenen Weichteiltumors (Verdacht auf Lymphom) infrascapulär bds. (rechts > links) und empfahl die zunächst rechtsseitige operative Entfernung (IV-act. 64/13). Gemäss Austrittsbericht von Dr. P. \_\_\_\_\_ (Leitender Arzt), Dr. O. \_\_\_\_\_ und Dr. Q. \_\_\_\_\_ (Assistenzarzt) des Kantonsspitals N. \_\_\_\_\_ war der Beschwerdeführer am 22. Juni 2010 zur Entfernung eines Weichteiltumors infrascapulär rechts hospitalisiert. Anlässlich der präoperativen Diagnostik mittels Kernspintomographie wurde jedoch eine Scapula alta DD Dyskinesie beider Schulterblätter festgestellt, weshalb die

Vornahme weiterer Abklärungen empfohlen und der Beschwerdeführer entlassen wurde (IV-act. 64/8 f.).

**6.2.4** Am 28. Juli 2010 reichte der Beschwerdeführer einen undatierten ärztlichen Bericht von Dr. R.\_\_\_\_\_ (Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie) (IV-act. 62/1) und einen Bericht von Dr. S.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Chirurgie/Orthopädie und Unfallchirurgie/Ambulantes Operieren) vom 13. Juli 2010 (IV-act. 62/2) ein. Dr. R.\_\_\_\_\_ stellte die Diagnosen chronische Opiatabhängigkeit (ICD-10 F11.25) bei chronischem Schmerzsyndrom mit weitgehender Immobilisierung nach Knieendprothese rechts.

**6.2.5** Dr. T.\_\_\_\_\_ beurteilte am 1. Juli 2010 anlässlich eines MRT des linken Knies vom 30. Juni 2010 eine beginnende mediale Gonarthrose mit subchondraler Sklerosierung und subchondralen kleinen knöchernen Defekten am medialen Femurkondylus sowie Ausdünnung der Knorpelfläche am medialen Kniegelenkspalt (IV-act. 62/4).

**6.2.6** Im Arztbericht vom 30. August 2010 von PD Dr. U.\_\_\_\_\_ (stellvertretender Teamleiter) und Dr. V.\_\_\_\_\_ (Assistenzarzt) der Abteilung Orthopädie der Universitätsklinik I.\_\_\_\_\_ wurde festgestellt, es bestehe ein anhaltend komplexer sowie protrahierender Schmerzverlauf nach diversen Eingriffen (IV-act. 63). Trotz intensiver Physiotherapie bestehe ein persistierendes Bewegungsdefizit am Knie rechts und, überlastungsbedingt eine Beschwerdezunahme an der linken Hüfte und am linken Kniegelenk. Objektiv zeige sich nach der Knieprothesen-Implantation rechts eine radiologisch zufriedenstellende Situation. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der subjektiven Schmerzangabe erschwert und müsse mittels Gutachten durch eine dritte Partei evaluiert werden.

**6.2.7** Dr. S.\_\_\_\_\_ stellte in seinem Arztbericht vom 25. September 2010 fest, die Beweglichkeit des rechten Knies sei deutlich eingeschränkt (IV-act. 64/1 ff.). Insbesondere bei Belastung trete eine Zunahme der Schwellung auf, beim Sitzen bestehe hauptsächlich ein Einschlafgefühl des ganzen Beines, beim Anlaufen nach dem Sitzen bestehe noch eine Verzögerung der Extensionsmöglichkeit und in der Nacht habe der Versicherte Ruheschmerzen. Der derzeitige Befund sei nicht zufriedenstellend. In seiner angestammten Tätigkeit sei der Versicherte seit dem 1. November 2007 bis auf Weiteres 100% arbeitsunfähig. Der anhaltend limitierte Bewegungs- und Belastungsschmerz rechts, die sehr starken Schmerzen am linken

Knie und die Schmerzen an Wirbelsäule und Schulterblätter, die Opiatabhängigkeit und die starken Depressionen würden derzeit keine Beschäftigung erlauben.

**6.2.8** Aus der medizinischen Dokumentation der Universitätsklinik I. \_\_\_\_\_ vom 22. November 2010 (IV-act. 66/7 f.), 24. Februar 2011 (IV-act. 71), 30. März 2011 (IV-act. 75/3), 30. Mai 2011 (IV-act. 76), 26. Oktober 2011 (IV-act. 83/10f.), 22. November 2011 (IV-act. 87), 11. Januar 2012 (IV-act. 90), 16. Juli 2012 (IV-act. 90 S. 6-7), 10. August 2012 (IV-act. 92), 13. November 2012 (IV-act. 93), 20. Dezember 2012 (IV-act. 94), 19. Juni 2013 (IV-act. 98), 12. Juli 2013 (IV-act. 102/3 f.), 1. Oktober 2013 (IV-act. 103), 21. Januar 2014 (IV-act. 105), 24. April 2014 (IV-act. 108 S. 5f.) sowie 23. September 2014 (IV-act. 136) geht hervor, dass der Beschwerdeführer unter Schulterschmerzen rechts mehr als links bei einer tendinitis calcarea rechts und AC-Arthropathie sowie schmerzhafter Raumforderung margo inferior Scapula rechts, DD: Elastofibrom litt. Am 22. Februar 2011 (rechte Schulter) und am 20. Oktober 2011 (linke Schulter) wurde das Elastofibrom entfernt (vgl. IV-act. 71, 74, 83/3). Schliesslich erfolgte eine arthroskopische Kalkentfernung an der rechten Schulter. Aufgrund anhaltender Beschwerden wurde am 21. Januar 2014 eine Schulterarthroskopie, Biceps-tenetomie, Débridement SLAP, subacromiales Débridement, vordere Acromioplastie, AC-Gelenkresektion, Kalkdébridement und Rotatorenmanschettenrekonstruktion (side-to-side-repair) vorgenommen.

**6.2.9** Dr. W. \_\_\_\_\_ des Ärztezentrums X. \_\_\_\_\_ diagnostizierte am 26. November 2010 einen Nikotinabusus sowie ein obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom und hielt fest, der Beschwerdeführer benötige eine nCPAP-Therapie (IV-act. 69/1, vgl. bereits IV-act. 64/67 ff.). Zu diesem Zweck wurde er an die Klinik Y. \_\_\_\_\_ (Lungenfachklinik) überwiesen. Diese führte vom 27. Januar 2011 bis 29. Januar 2011 kardiorespiratorische Polysomnografien durch. In der Folge diagnostizierte Dr. Z. \_\_\_\_\_ am 3. Februar 2011 ein mittelgradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (ED 01/2009), nCPAP-Therapie-Einleitung 01/2009, aktuell Re-Etablierung der nCPAP-Therapie bei zwischenzeitlicher Beendigung durch den Patienten, eine Austrocknung der Nasen- und Rachenschleimhäute, Adipositas Grad II nach WHO (BMI 35,9 kg/m<sup>2</sup>) sowie eine mittelgradige respiratorische Insuffizienz (IV-act. 70).

**6.2.10** Im Entlassbericht des Spitals Aa. \_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2013 (IV-act. 95) wurden ein Bandscheibenvorfall C6/C7 links mit Foramenaffectio-

eine Bandscheibenprotrusion C5/C6 sowie eine chronische Analfistel (Operation für 4. Februar 2013 vorbereitet) diagnostiziert.

**6.2.11** Anlässlich einer am 4. März 2014 durchgeführten Kernspintomografie der Lendenwirbelsäule stellte Dr. Bb. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Radiologie) gleichentags fest, es bestehe eine breitbasige kräftige Protrusion LWK 5/S1 sowie eine Osteochondritis intervertebralis und bilaterale Facettenarthrosen sowie leichte Einengung des rechten mehr als des linken Neuroforamens (IV-act. 108/1).

**6.2.12** Dr. S. \_\_\_\_\_ diagnostizierte am 8. Mai 2014 einen Zustand nach (nachfolgend: Z. n.) mehreren Kniegelenksoperationen rechts, zuletzt Knie-Totalendprothese am 1. Juli 2009, einen Bandscheibenvorfall C6/7 ohne nervale Ausfälle, einen Z. n. Tendinosis calcarea der Rotatorenmanschette rechts mit Rotatorenmanschettenläsion (Operation am 21. Januar 2014) (IV-act. 109).

**6.2.13** Da die medizinische Dokumentation nach Ansicht der Vorinstanz eine umfassende Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht ermöglichte, wurde er am 16. Mai 2014 von der RAD-Ärztin med. pract. F. \_\_\_\_\_ (Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH) orthopädisch untersucht.

Diese stellte mit Bericht vom 21. Mai 2014 (IV-act. 115) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung des rechten Beines bei St. n. Knieprothese, Cervikocephalgie bei MRI-nachgewiesener Diskushernie ohne radikuläre Symptome, Bewegungseinschränkung der rechten Schulter bei St. n. arthroskopischer Operation und beginnende Gonarthrose links fest. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein St. n. Opiatentzug genannt. In ihrer versicherungsmedizinischen Beurteilung gelangte die RAD-Ärztin zum Schluss, dass ein somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen sei. In der bisherigen Tätigkeit als Teamleiter Logistik bestehe eine Arbeitsfähigkeit im Umfang von 50% seit Januar 2011. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründe sich durch den hohen Anteil an gehenden Tätigkeiten. In angepasster Tätigkeit mit körperlich leichter wechselbelastender Tätigkeit, ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastung über 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige halswirbelsäulenbelastende, schulter- und kniegelenksbelastende Zwangshaltungen und Tätigkeiten (Bücken, Hocken, Knien,

Überkopfarbeit, Arbeiten in Armvorhalte), ohne häufiges Gehen auf unebenem Gelände, ohne andauernde Vibrationsbelastungen und Nässe-/Kälteexposition bestehe seit Januar 2011 eine Arbeitsfähigkeit von 80%. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (von 20%) begründe sich durch vermehrten Pausenbedarf bei Arthrose.

**6.2.14** Im vorläufigen Entlassungsbrief von Dr. Cc. \_\_\_\_\_ (Oberarzt) und Dr. Dd. \_\_\_\_\_ (Assistenzarzt) des (...) -Klinikums, Klinik für Neurochirurgie vom 12. September 2014, wird über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 2. September 2014 bis 12. September 2014 berichtet (IV-act. 128/2 ff.). Dabei wurde wegen eines Bandscheibenvorfalles HWK 5/6 und HWK 6/7 am 3. September 2014 eine ventrale cervikale Diskektomie und Cage-Implantation in Höhe HWK 5/6 und 6/7 in mikrochirurgischer Technik vorgenommen.

**6.2.15** Im nach Erlass des Vorbescheids durch den Beschwerdeführer eingereichten Privatgutachten von Prof. Dr. D. \_\_\_\_\_ (Chefarzt der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kreiskrankenhauses E. \_\_\_\_\_) vom 12. November 2014 (IV-act. 150) wurden nach Erhebung der Anamnese, Würdigung von Vorakten sowie persönlicher Untersuchung am 5. November 2014 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

- schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung mit deutlicher Instabilität in a.p.-Richtung als auch ML-Richtung des rechten Kniegelenkes bei Status nach mehrfachen Voroperationen und zuletzt durchgeführter Implantation einer Vollprothese
- dringender Verdacht auf Lockerung der einliegenden tibialen Komponente bei Status nach Knie-TEP-Implantation rechts
- Cervicocephalgie, Cervicobrachialgie bei Zustand nach ventraler Spondylodese C 5 / C 6 / C 7 mit Cageimplantaten und aktuell konventionell radiologischem Nachweis eines Einbruch des Cages C 5 / C 6 in den Grund- und Deckplatten der jeweiligen Wirbelkörper mit segmentaler Kyphose und konsekutiv dringender Verdacht auf eingetretene Neuroforamenstenose beidseits
- tief lumbaler Rückenschmerz im Sinne einer Instabilität mit dringendem Verdacht auf Vorliegen einer Neuroforamenstenose L 5 / S 1 mit Kompression der Nervenwurzel L 5 im Neuroforamen bei kernspintomographisch nachgewiesener Osteochondrose und Neuroforamenstenose L 5 / S 1. Des weiteren Vorliegen des Verdachts auf Rotationsinstabilität L 4 / L 5 und L 5 / S 1 in den konventionell radiologischen Aufnahmen

- schmerzhaftes Subacromialsyndrom bei dringendem Verdacht auf ACG-Impingement und Rotatorenmanschettendefekt bei Zustand nach Voroperation (arthroskopisch)
- Kniegelenkbeschwerden (unspezifisch) am ehesten im Sinne einer initial medial betonten Gonarthrose

Gestützt auf seine Feststellungen gelangte Prof. Dr. D.\_\_\_\_\_ zum Schluss, dass seit 2007 keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben sei. Aktuell sei eine Revisionsoperation des rechten Kniegelenks nötig. Auch hinsichtlich der rechten Schulter und der HWS seien höchstwahrscheinlich Revisionsoperationen notwendig. Möglicherweise werde nach einer Rekonvaleszenzphase von 2 bis 3 Jahren bei optimalem Genesungsverlauf eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 50% erreicht werden können (vgl. IV-act. 150/21 f.).

**6.2.16** Mit Stellungnahme vom 6. Januar 2014 (recte: 2015) liess sich die RAD-Ärztin F.\_\_\_\_\_ zum Privatgutachten vernehmen (IV-act. 167/3). Dabei stellte sie fest, dass der klinische Untersuchungsbefund für die Wirbelsäule und die unteren Extremitäten im Wesentlichen den Befund dokumentiere, der auch im Rahmen der RAD-Untersuchung festgestellt worden sei. Für die Schultergelenke werde eine deutlich geringere Beweglichkeit als bei der RAD-Untersuchung dargelegt. Neu werde ein tieflumbaler Rückenschmerz bei Verdacht auf Neuroforamenstenose diagnostiziert. Der Funktionszustand der Wirbelsäule werde jedoch im klinischen Befund gegenüber der RAD-Untersuchung unverändert beschrieben. Die abweichende Beurteilung werde vor allem mit radiologischen Befunden begründet, meist sei bei der Bildgebung aber keine Aussage zur Funktion der abgebildeten Strukturen möglich. In Bezug auf die Funktion der Schultergelenke sei festzustellen, dass am 1. Oktober 2014 im Rahmen der Untersuchung durch die (...)klinik (recte: Universitätsklinik I.\_\_\_\_\_) ein Bewegungsausmass dokumentiert worden sei, dass im Wesentlichen dem Befund der RAD-Untersuchung entspreche (IV-act. 137). Gemäss dem Bericht der Universitätsklinik I.\_\_\_\_\_ (vom 23. September 2014, IV-act. 136) sei kein Streckdefizit des Kniegelenks gefunden worden, die Beugung entspreche dem Untersuchungsbefund des RAD, über eine Lockerung der Prothese werde nicht berichtet und der Röntgenbefund sei als unverändert beschrieben worden. Insgesamt könne daher an den Stellungnahmen des RAD vom 27. Mai 2014 und 10. Oktober 2014 festgehalten werden.

**6.3** Nach Erlass der angefochtenen Verfügung wurden im Wesentlichen die folgenden medizinischen Berichte zu den Akten gereicht, die Rückschlüsse

auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vor Erlass der Verfügung erlauben (vgl. vorne E. 4.3):

**6.3.1** Aus dem Bericht von Prof. Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 24. März 2015 (BVGer-act. 7) geht hervor, dass aufgrund einer schmerzhaften Dysfunktion des rechten Kniegelenks am 13. März 2015 ein Revisionseingriff erfolgte. Dabei bestätigte sich die präoperative Verdachtsdiagnose einer Instabilität sowie einer Lockerung der tibialen Komponente (vgl. ebenso den Bericht von Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 29. November 2015, BVGER-act. 11). Letztere war vor allem einer fehlenden Verbindung der Zement-Implantat-Verbindung geschuldet. Daher erfolgte eine Wechseloperation auf eine gekoppelte Knie totalendprothese, welche zementfrei durchgeführt wurde. Am 4. August 2015 (BVGer-act. 7) berichtete Dr. D. \_\_\_\_\_ unter Anderem über Restbeschwerden nach der komplexen Knie-TEP-Wechseloperation.

**6.3.2** Mit Bericht vom 29. Januar 2016 (BVGer-act. 15) bescheinigte Dr. D. \_\_\_\_\_, dass aufgrund der Lockerung und Dysfunktion des im März 2015 implantierten Kniegelenks eine erneute Re-Operation notwendig geworden sei, da sich die femorale Komponente nicht knöchern integriert habe. Daneben bestehe eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik bei einer nachgewiesenen Instabilität der LWS, wobei in diesem Fall auch noch eine Stabilisierungsoperation anstehe.

**6.3.3** Aus dem PRT-Abschlussbericht der Radiologischen Praxis Ee. \_\_\_\_\_ vom 18. April/2. Mai 2017 (BVGer-act. 17) geht hervor, dass der Beschwerdeführer nach vier Infiltrationen im Segment L5/S1 beidseits extraforaminal periradikulär mit Volon A und Carbostesin nicht ausreichend auf die Therapie anspreche. Einmalig habe es während einer Woche eine 100% Besserung gegeben, danach jedoch eine erhebliche Beschwerdverschlechterung, womit eine Fortsetzung der Therapie keinen Sinn mache.

**6.4** Die nach Erlass der angefochtenen Verfügung zu den Akten gereichten medizinischen Unterlagen wurden – soweit ersichtlich – dem RAD nicht zur Beurteilung vorgelegt. Die IV-Stelle vertritt die Auffassung, dass eine Beurteilung dieser medizinischen Dokumentation nicht im vorliegenden Verfahren zu beurteilen sei, weshalb sie sich dazu nicht äussert. Dem ist auch die Vorinstanz gefolgt.

## 7.

**7.1** Die Vorinstanz schliesst gestützt auf die vorliegenden Arztberichte auf eine massgebliche Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit Januar 2011. Den Einwänden des Beschwerdeführers gegen den Vorbescheid hält sie im Wesentlichen entgegen, den neu eingereichten Arztberichten seien keine neuen medizinischen Sachverhalte zu entnehmen. Aufgrund der Bandscheibenoperation durch das (...) -Klinikum im September 2014 (vgl. IV-act. 128/2 ff. und vorne E. 6.2.14) sei eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, nicht jedoch eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustands. Die Funktionsverminderung der HWS habe bereits zum Zeitpunkt der Untersuchung des RAD bestanden und sei bei der Beurteilung berücksichtigt worden. Gegen die Untersuchung und Einschätzung durch Dr. D. \_\_\_\_\_ führt die Vorinstanz die Untersuchungen der Uniklinik I. \_\_\_\_\_ vom 23. September 2014 (IV-act. 136) und 1. Oktober 2014 (IV-act. 137) an, die im Wesentlichen dem Befund der RAD-Untersuchung entsprechen würden. Keiner dieser Berichte erwähne die Notwendigkeit weiterer Operationen.

**7.2** Der Beschwerdeführer macht im Wesentlichen geltend, dass sich sein gesundheitlicher Zustand nicht verbessert habe beziehungsweise, dass er nunmehr an verschiedenen körperlichen Gesundheitsschäden leide und diese sowie die damit verbundenen Operationen und Rekonvaleszenzen wechselseitig wirkten und als Ganzes zu betrachten seien. Der Untersuchungsbericht von Frau F. \_\_\_\_\_ und die daraus abgeleitete Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seien aufgrund seines nach wie vor sehr angeschlagenen Gesundheitszustands nicht nachvollziehbar. Er leide an Beschwerden am rechten Knie, der rechten Schulter und im Rückenbereich. Im Gegensatz zum eingereichten Privatgutachten gehe der Bericht von Frau F. \_\_\_\_\_ nur oberflächlich auf die diesbezüglichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen ein.

**7.3** Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhaltes – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre (vgl. dazu BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a), mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat (Urteil des

BGer 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.2; ANDREAS TRAUB, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision, SZS 2012 S. 184).

**7.4** Vorab fällt auf, dass in den Verfahren vor der IV-Stelle sämtliche Stellungnahmen des RAD nicht unterzeichnet und bis auf den RAD-Untersuchungsbericht von F. \_\_\_\_\_ lediglich eingebettet in die Feststellungsblätter der IV-Stelle und nicht als eigenständige Akten vorliegen (vgl. IV-act. 28, 115, 124, 139, 167), wodurch die tatsächliche Urheberschaft nicht geklärt ist. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist ein computerschriftlicher Passus mit Name des Arztes und Datum der Stellungnahme – wie er in den genannten Dokumenten vorkommt – respektive das Fehlen einer Unterschrift beziehungsweise eines handschriftlichen Visums nicht rechtskonform. Arztberichte sind handschriftlich zu unterzeichnen oder zu visieren, damit darauf abgestellt werden kann (BGE 133 V 450 E. 11.2.2). Die Frage, ob und unter welchen Umständen die vorliegenden RAD-Berichte ausnahmsweise dennoch verwertbar sind, kann angesichts des Verfahrensausgangs offen gelassen werden. Für die nachfolgende Würdigung ist jedoch insbesondere der Bericht über die orthopädische Untersuchung vom 16. Mai 2014 (IV-act. 115) zumindest hilfsweise zu berücksichtigen.

**7.5** Eine Gegenüberstellung des RAD-Berichts vom 21. Mai 2014 (IV-act. 115) und der weiteren medizinischen Akten, insbesondere des eingereichten Privatgutachtens vom 12. November 2014 (IV-act. 150), ergibt eine widersprüchliche Einschätzung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers. Dieser Umstand weckt erhebliche Zweifel an der Schlüssigkeit der versicherungsinternen Beurteilung.

**7.5.1** Die RAD-Ärztin Frau F. \_\_\_\_\_ dokumentierte in ihrer Beurteilung vom 21. Mai 2014 Bewegungs- und Belastungseinschränkungen des rechten Knies. Anders als Dr. D. \_\_\_\_\_ sah sie jedoch keine Instabilität und keinen Verdacht auf Lockerung. Eine mögliche Instabilität sowie eine allfällige Revision wurden auch in der späteren Stellungnahme vom 6. Januar 2015 – in Anlehnung an einen Bericht einer Kontrolluntersuchung des rechten Kniegelenks der Uniklinik I. \_\_\_\_\_ vom 23. September 2014 (IV-act. 136), wonach von keiner Lockerung berichtet und der Röntgenbefund als unverändert beschrieben werde – verneint (IV-act. 167). Indes ergibt sich aus den auf Beschwerdeebene eingereichten Unterlagen, dass der Beschwerdeführer zur Behebung der Instabilität und Lockerung am 13. März 2015 mittels Wechsellagerung eine gekoppelte Knieendprothese einsetzen lassen musste (vgl. vorne E. 6.3.1). Durch diesen (erst nach Erlass

der angefochtenen Verfügung durchgeführten) Eingriff sowie die entsprechenden medizinischen Unterlagen wird die vor Verfügungserlass von Dr. D. \_\_\_\_\_ gestellte Verdachtsdiagnose der Instabilität und Lockerung des Kniegelenks bestätigt.

**7.5.2** Keine Beurteilung durch die RAD-Ärztin findet sich hinsichtlich des beim Beschwerdeführer diagnostizierten obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms und der diesbezüglichen nCPAP Behandlung (vgl. E. 6.2.9). Zum tatsächlichen Verlauf der Krankheit, der Therapiewirkungen des CPAP-Geräts und der allfälligen Auswirkungen der Schlafapnoe auf die Arbeitsfähigkeit sind auch keine fachärztlichen Berichte aktenkundig.

**7.5.3** In Bezug auf die Rückenbeschwerden hielt der RAD sodann einzig fest, dass bei der angepassten Tätigkeit auch halswirbelsäulenbelastende Zwangshaltungen und Tätigkeiten zu berücksichtigen seien (IV-act. 115/12). Eine Beurteilung, inwiefern sich die Rückenbeschwerden konkret auf das körperliche Leistungsvermögen auswirken, wurde demgegenüber nicht vorgenommen. Auf den Einwand, der Beschwerdeführer habe sich am 3. September 2014 einer Rückenoperation unterziehen müssen, ging die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 6. Januar 2015 nicht ein, womit deren Folgen für die Erwerbsfähigkeit ungeklärt blieben.

**7.5.4** Schliesslich ging die RAD-Ärztin von einer Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 50% seit Januar 2011 aus, bezog sich dabei jedoch lediglich auf den Gesundheitszustand hinsichtlich der Funktion des rechten Kniegelenks (IV-act. 115/11 f.). Obwohl bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auch weitere Beschwerden, wie Schulter und Rückenbeschwerden berücksichtigt wurden, bleibt dennoch unklar, inwiefern diese Beschwerden keine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit begründen. Fest steht, dass die Behandlung der Schultern im Januar 2011 noch nicht abgeschlossen war und die Beschwerden an der Wirbelsäule noch nicht vollständig erfasst waren. Auch ein Bezug zur Schlafapnoe besteht nicht. Es ist damit weder klar, auf welcher Grundlage der massgebende Zeitpunkt für die Besserung des Gesundheitszustandes bestimmt wurde, noch erfolgte diesbezüglich eine klare Differenzierung zwischen den einzelnen Beschwerden.

**7.5.5** Insgesamt nahm der RAD eine pauschale Einschätzung anhand des von ihm erhobenen Befunds vor. Hingegen ergibt sich weder aus der versicherungsinternen Untersuchung noch aus den übrigen medizinischen Ak-

ten ein lückenloser Befund, der eine vollständige Feststellung des medizinischen Sachverhalts ermöglichen würde. Auf die versicherungsinterne Beurteilung kann daher nicht abgestellt werden.

**7.5.6** Das Privatgutachten von Dr. D. \_\_\_\_\_ (IV-act. 150) allein erlaubt ebenfalls keine abschliessende Beurteilung des medizinischen Sachverhalts, zumal es sich auf eine orthopädisch-unfallchirurgische Beurteilung beschränkt. Auch ein Parteigutachten enthält Äusserungen eines Sachverständigen, die zur Feststellung eines medizinischen Sachverhalts beweismässig beitragen können. Daraus folgt nicht, dass ein solches Gutachten den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder von der Invalidenversicherung eingeholtes Gutachten besitzt. Indes ist das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, verpflichtet zu prüfen, ob das Parteigutachten in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder von der Invalidenversicherung förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (vgl. das Urteil des BGer 8C\_1024/2010 vom 3. März 2011, E. 3.3 mit Verweis auf BGE 125 V 351 E. 3c S. 354). Dies ist aufgrund der überzeugenden Einschätzung der gesundheitlichen Einschränkung des Knies durch Dr. D. \_\_\_\_\_ vorliegend der Fall (vgl. E. 7.5.1 vorne).

**7.6** Der vorinstanzlichen Beurteilung fehlt es überdies an einer Darstellung der Entwicklung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit August 2009. Da sich der vorliegend massgebliche Prüfungszeitraum vom Zeitpunkt der Erstverfügung bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung erstreckt, bedarf eine vollständige und richtige Sachverhaltsfeststellung einer Auseinandersetzung mit der Entwicklung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit über die gesamte Zeitspanne, unter Berücksichtigung sämtlicher dafür wesentlichen gesundheitlichen Einschränkungen. Der angefochtenen Verfügung fehlt es mithin an einer gesamtheitlichen Betrachtung der verschiedenen medizinischen Einschränkungen und der sich daraus ergebenden Beeinträchtigungen der Arbeitsunfähigkeit.

**7.7** Nach dem Gesagten erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt als nicht genügend abgeklärt. Aus den vorliegenden medizinischen Berichten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer neben den Kniebeschwerden – die letztlich zur Rentenzusprache im August 2009 führten – an weiteren Beschwerden somatischer Natur leidet, deren Ausmass und Auswirkung auf seine Arbeitsfähigkeit in seiner angestammten Tätigkeit wie auch in einer

adaptierten Tätigkeit im Rahmen des Verfahrens um Rentenrevision nicht genügend abgeklärt worden sind. Aus den auf Beschwerdeebene eingereichten Berichten ergeben sich sodann Hinweise darauf, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aktuell nicht stabil ist. Nach dem Gesagten ist nicht rechtsgenügend erstellt und kann nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b) beurteilt werden, ob seit der Rentenzusprache vom 21. August 2009 eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist und dem Beschwerdeführer im Verfügungszeitpunkt die Aufnahme einer der Behinderung angepassten Tätigkeit im Umfang von 80% zuzumuten war.

**7.8** Angesichts der verschiedenartigen gesundheitlichen Einschränkungen hat – wie vom Beschwerdeführer eventualiter respektive subeventualiter beantragt – eine umfassende, interdisziplinäre Abklärung und Neubeurteilung zu erfolgen. Gemäss Art. 61 Abs. 1 VwVG entscheidet die Beschwerdeinstanz in der Sache selbst oder weist diese ausnahmsweise mit verbindlichen Weisungen an die Vorinstanz zurück.

**7.8.1** Gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zu weiteren medizinischen Abklärungen an die Verwaltung zurückweisen. So drängt es sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen medizinischen Sachverhalt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist.

**7.8.2** Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist, oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1 ff.). Die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung litte empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit in jedem verfügbaren abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterliege (BGE 137 V 210 E. 4.2).

**7.8.3** Vorliegend liegt lediglich ein unvollständiges und nicht beweiskräftiges versicherungsinternes Gutachten im Recht (vgl. E. 7.5). Da jedoch kein

umfassendes, von der Vorinstanz eingeholtes Administrativgutachten vorliegt, das den medizinischen Sachverhalt in orthopädischer, neurologischer und pneumologischer Hinsicht vollständig feststellt und die Entwicklung des Gesundheitszustands sowie die Wechselwirkung der verschiedenen Erkrankungen darlegt, ist die Angelegenheit zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung respektive -würdigung 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. Mit der Auslassung des Administrativgutachtens im Verwaltungsverfahren würden dem Versicherten zudem die Möglichkeit genommen, dieses später durch ein gerichtliches Obergutachten prüfen zu lassen.

**7.8.4** Nach dem Gesagten ist die Sache zur ergänzenden Abklärung und Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese ist anzuweisen, in der Schweiz ein polydisziplinäres Gutachten im Sinne von Art. 72<sup>bis</sup> IVV einzuholen. Dabei sind für die Beurteilung der Beschwerden in den Knien, den Schultern und der Wirbelsäule ein Facharzt für Orthopädie – dessen Fachkompetenz sich auch auf rheumatologische Leiden erstreckt – sowie für die Beschwerden an der Wirbelsäule ein Facharzt für Neurologie und für die Schlafapnoestörung ein Facharzt für Pneumologie beizuziehen. Ob allenfalls weitere Spezialisten zu involvieren sind, wird in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz bzw. der Gutachter gestellt. Im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung werden sich die Gutachter insbesondere auch mit der Frage der erheblichen Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Rentenzusprache vom August 2009 auseinandersetzen und im Hinblick auf das Zusammenwirken der verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Gesamtbeurteilung vorzunehmen haben. Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.2 f.).

**7.8.5** Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder der Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen. Der diesbezügliche Beschwerdeantrag ist abzuweisen.

**7.9** Zusammenfassend ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur Durchführung weiterer Abklärungen und anschliessendem Erlass eines neuen Entscheids an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

**8.**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

**8.1** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> i.V.m. Abs. 2 IVG). Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 137 V 210 E. 7.1), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

**8.2** Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz (Art. 64 Abs. 1 VwVG, Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen) angemessen (Art. 9 Abs. 1, Art. 10 Abs. 2 VGKE).

(Dispositiv: nächste Seite)

## **Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

### **1.**

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 20. Januar 2015 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur weiteren Abklärung und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

### **2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.- wird ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

### **3.**

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- zugesprochen.

### **4.**

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde; Beilage: Formular Zahlungsadresse)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Daniel Stufetti

Simona Risi

**Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss den Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG erfüllt sind. Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).