



Urteil vom 27. April 2016

Besetzung

Richter Antonio Imoberdorf (Vorsitz),
Richterin Michela Bürki Moreni, Richter Blaise Vuille,
Gerichtsschreiberin Mirjam Angehrn.

Parteien

A. _____,
vertreten durch lic. iur. Gojko Reljic, Rechtsberatung für
Ausländer Go-Re-Ma, Kantonsstrasse 24, Postfach 238,
7302 Landquart,
Beschwerdeführer,

gegen

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

Gegenstand

Rentenrevision; Verfügung der IVSTA vom 25. Juli 2013.

Sachverhalt:**A.**

Der 1961 geborene, aus Bosnien und Herzegowina stammende, und in seiner Heimat wohnhafte A. _____ (*im Folgenden*: Beschwerdeführer oder Versicherter) beantragte am 30. Januar 2001 bei der damals zuständigen IV-Stelle Thurgau (*im Folgenden*: IV-Stelle) Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung (IV-act. 1 - 7). Nach Vorliegen der für die Beurteilung des Leistungsanspruchs massgebenden Abklärungen in beruflich-erwerblicher und medizinischer Hinsicht (vgl. act. 8 - 15, 37 f., 43 - 50, 55 - 59, 62 - 64, 68 - 75, 78 - 85, 89 - 105, 111, 118 - 122, 132 - 137, 149 - 152, 159, 166, 181 - 204), sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 4. August 2005, gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 51%, rückwirkend ab dem 1. Januar 2002 eine halbe Invalidenrente zu (IV-act. 207 - 211). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

B.

Auf ein neues Leistungsbegehren des Beschwerdeführers vom 28. Februar 2007 trat die IV-Stelle des Kantons Thurgau mit Verfügung vom 27. September 2007 nicht ein (IV-act. 281 f.).

C.

Mit Datum vom 20. November 2008 leitete die IV-Stelle von Amtes wegen eine Rentenrevision ein (IV-act. 291). In Kenntnis des diesbezüglich einverlangten Fragebogens (IV-act. 291 f.) und der medizinischen Berichte (act. 287 f., 295 - 298) teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 21. April 2009 mit, aufgrund unveränderter Verhältnisse bestehe weiterhin Anspruch auf die entsprechenden Geldleistungen (IV-act. 304 f.).

D.

Da der Beschwerdeführer seinen Wohnsitz Mitte Februar 2010 in seinen Heimatstaat Bosnien und Herzegowina verlegt hatte, wurde die Sache zuständigkeithalber an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA; im Folgenden auch: Vorinstanz) überwiesen (IV-act. 308 f., IVSTA-act. 1).

E.

Am 5. Juni 2012 liess der Beschwerdeführer durch seinen Rechtsvertreter ein Revisionsgesuch stellen (IVSTA-act. 8). Mit Vorbescheid vom 10. August 2012 teilte ihm die Vorinstanz mit, dass sie nicht in der Lage sei, das Revisionsgesuch zu beurteilen, da bis dato keine Unterlagen eingereicht worden seien, die eine Änderung des Anspruchs prüfen liessen (IVSTA-act. 12). Mit Schreiben vom 14. August 2012 liess der Beschwerdeführer

mitteilen, dass er die Unterlagen in den nächsten Tagen zustellen werde (IVSTA-act. 13). Daraufhin gewährte die Vorinstanz dem Beschwerdeführer eine letzte Fristerstreckung bis zum 16. September 2012.

F.

Der Beschwerdeführer liess am 30. August 2012 folgende medizinischen Unterlagen zu den Akten reichen: einen Befund bzw. eine Stellungnahme der fachärztlichen Praxis Privatröntgen "B._____" in C._____ vom 13. August 2012, einen fachärztlichen Befund von Dr. D._____, Facharzt für nervliche und psychische Erkrankungen der Einrichtung des Gesundheitswesens fachärztliche Ambulanz für Arbeitsmedizin "MEDICAL" in C._____, vom 13. August 2012 und einen elektroneuromyographischen Befund der Einrichtung des Gesundheitswesens, fachärztliche Ambulanz für physikalische Medizin und Rehabilitation von C._____ vom 27. Juli 2012 (IVSTA-act. 15 – 20).

G.

In Kenntnis des diesbezüglich einverlangten Fragebogens (IVST-act. 25), der medizinischen Dokumente (IVSTA-act. 18, 19 und 20) sowie der Stellungnahmen von Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst Rhone (*im Folgenden: RAD*) vom 28. Dezember 2012 und 3. Januar 2013 (IVSTA-act. 28) teilte die IVSTA dem Versicherten mit Vorbescheid vom 6. Februar 2013 mit, sein Gesundheitszustand habe sich in keiner für den Anspruch erheblichen Weise geändert (IVSTA-act. 30).

H.

Gegen den Vorbescheid liess der Beschwerdeführer am 19. Februar 2013 Einwand erheben (IVSTA-act. 35) und am 21. März 2013 einen weiteren Bericht von Dr. med. D._____ vom 21. Februar 2013 zu den Akten reichen (IVSTA-act. 36 – 38).

I.

Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom RAD nahmen am 16. bzw. 18. Juli 2013 erneut Stellung (IVSTA-act. 41). Gestützt darauf erliess die Vorinstanz am 25. Juli 2013 eine dem Vorbescheid im Ergebnis entsprechende Verfügung (IVSTA-act. 42).

J.

Hiergegen liess der Versicherte, durch seinen Parteivertreter, beim Bundesverwaltungsgericht mit Eingabe vom 9. August 2013 Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung vom 25. Juli 2013 sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze IV-Rente zuzusprechen oder die Sache sei erneut abzuklären (act. im Beschwerdeverfahren [*im Folgenden: B-act.*] 1). Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, er befinde sich seit März 2010 bzw. seiner endgültigen Ausreise aus der Schweiz bis heute bei Dr. med. D. _____ in regelmässiger Behandlung. Dieser Psychiater schätze, dass er aus rein psychiatrischer Sicht zu 70 % arbeitsunfähig sei. Die Feststellung von Dr. med. E. _____, dass Dr. med. D. _____ bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit auch die somatischen Beschwerden berücksichtigt habe, treffe nicht zu. Auch die Behauptung, dass die Berichte von Dr. med. D. _____ weitgehend dieselben seien, wie der Bericht von Dr. med. G. _____ aus dem Jahre 2005, könne nicht akzeptiert werden.

K.

Der Beschwerdeführer wurde mit Zwischenverfügung vom 14. August 2013 aufgefordert, einen Kostenvorschuss von Fr. 400.- in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten (B-act. 2); dieser Aufforderung wurde nachgekommen (B-act. 4).

L.

Mit Eingabe vom 30. September 2013 reichte der Rechtsvertreter einen weiteren Bericht von Dr. med. D. _____ vom 16. September 2013 zu den Akten und führte aus, dieser Bericht betreffe den Zeitraum vor der angefochtenen Verfügung der Vorinstanz.

M.

In ihrer Vernehmlassung vom 17. Januar 2014 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung machte sie zusammengefasst geltend, die vorliegenden medizinischen Akten seien mehrfach dem RAD unterbreitet worden, zuletzt am 18. Oktober 2013. Die beurteilenden RAD-Ärzte seien dabei wiederholt zur Schlussfolgerung gelangt, dass der Versicherte seit der Begutachtung durch die MEDAS Ostschweiz im Jahre 2005, welche zu einer Berentung geführt habe, keine wesentliche Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit aufweise (B-act. 14).

N.

In seiner Replik vom 27. Januar 2014 liess der Beschwerdeführer (sinngemäss) an seinen Rechtsbegehren festhalten und ergänzend ausführen,

dass es sich in casu um unterschiedliche Beurteilungen der Erwerbsfähigkeit von den Ärzten in Bosnien und den RAD-Ärzten handle. Deshalb schlage er vor, den Versicherten für Untersuchungen in der Schweiz anzubieten. Er verwies dabei auf die Empfehlung von Dr. med. F. _____ (BVGer-act. 16; IVST-act. 28, S. 6).

O.

Mit prozessleitender Verfügung vom 29. Januar 2014 schloss der Instruktionsrichter den Schriftenwechsel (B-act. 17).

P.

Mit Eingabe vom 20. Februar 2014 liess der Beschwerdeführer drei neue spezialärztliche Berichte datierend vom 29. und 30. Januar 2014 sowie 3. Februar 2014 zu den Akten reichen (B-act. 18).

Q.

Mit Verfügung vom 29. Januar 2016 bot das Bundesverwaltungsgericht dem Beschwerdeführer - unter Hinweis auf eine mögliche Verschlechterung seiner vorprozessualen Situation - die Gelegenheit, seine Beschwerde allenfalls zurückzuziehen.

R.

Der Rechtsvertreter teilte mit Schreiben vom 18. Februar 2016 mit, dass er an der Beschwerde festhalte.

S.

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften der Parteien ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Gemäss Art. 31 VGG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG. Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

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

1.3 Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung vom 25. Juli 2013 (IVST-act. 42) ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet worden ist, ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

1.4 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 25. Juli 2013, mit welcher die mit Verfügung vom 4. August 2005 mit Wirkung ab 1. Januar 2002 zugesprochene halbe Invalidenrente bestätigt worden war (IV-act. 207 - 211). Während der Beschwerdeführer in erster Linie eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend gemacht resp. eine ganze IV-Rente beantragt hat (B-act. 1), vertrat die Vorinstanz die Ansicht, dass die Überprüfung des IV-Grades anhand der vorliegenden medizinischen Akten keine anspruchsbeeinflussende Änderung ergeben habe (IV-act. 207 - 211). Streitig und zu prüfen ist demnach, ob sich der Gesundheitszustand bzw. die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in rentenrelevanter Weise verschlechtert hat und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Vorinstanz den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

1.5 Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

1.6 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 25. Juli 2013) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither veränd-ert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsver-fügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Die Entwicklung der tatsächlichen Ver-hältnisse nach Verfügungserlass ist jedoch mitzuberücksichtigen, sofern sie für die zurückliegende Zeit aussagekräftig ist (BGE 116 V 80 E. 6b; Urteil des BGer I 649/06 vom 13. März 2007 E. 3.4).

1.7 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze mass-geblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechts-folgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 25. Juli 2013 in Kraft standen (so auch die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision [IV-Revision 6a], AS 2011 5659); weiter aber auch Vorschriften, die zu je-nem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beur-teilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

2.

Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren im Wesentlichen anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

2.1 Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben zunächst die Bestimmungen des Abkommens vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepub-lik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 198 E. 2B, 122 V 381 E. 1 m.H.). Zwischenzeitlich hat die Schweiz mit Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Kroatien, Slowenien, Mazedonien), nicht aber mit Bosnien und Herzegowina neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Für den Beschwerdeführer als Staatsangehöriger von Bosnien und Herzegowina finden demnach weiter-hin das schweizerisch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 8. Juni 1962 sowie die entsprechende Verwaltungsvereinbarung vom 5. Juli 1963 betreffend die Durchführung des Abkommens (SR 0.831.109.818.12) Anwendung. Nach Art. 2 dieses Abkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander

gleich, soweit – wie vorliegend – nichts anderes bestimmt ist. Da in casu keine abweichenden Bestimmungen zur Anwendung gelangen, bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung gemäss vorstehenden Ausführungen auf Grund des IVG, der IVV des ATSG sowie der ATSV (vgl. Urteil des BVGer C-7289/2013 vom 7. Dezember 2015 E. 2.1 m.H.).

2.2 Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 25. Juli 2013 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche 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]).

2.3 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich 2015, Art. 8 Rz. 7). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

2.4 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) 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 (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme ist vorliegend nicht gegeben. Nach der Rechtsprechung des EVG stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2, 132 V 93 E. 4).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2, 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a).

3.

3.1 Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird eine Rente entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad des Rentenbezügers erheblich verändert hat. Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist die anspruchsbeflussende Änderung 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 (Art. 88a Abs. 1 Satz 1 IVV). Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 Satz 2 IVV).

3.2 Die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts ist kein Revisionsgrund; unterschiedliche Beurteilungen sind revisionsrechtlich nur dann beachtlich, wenn sie Ausdruck von Änderungen der tatsächlichen Verhältnisse sind (siehe nur BGE 115 V 313 E. 4a/bb mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a). Identisch gebliebene Diagnosen schliessen eine revisionsrechtlich erhebliche Steigerung des tatsächlichen Leistungsvermögens (Arbeitsfähigkeit) grundsätzlich nicht aus. Dies gilt namentlich dann, wenn der Schweregrad eines Leidens sich verringert hat oder es der versicherten Person gelungen ist, sich besser an das Leiden anzupassen. Ob eine derartige tatsächliche Änderung vorliegt oder aber eine revisionsrechtlich unbeachtliche abweichende ärztliche Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustands, bedarf auch mit Blick auf die mitunter einschneidenden Folgen für die versicherte Person einer sorgfältigen Prüfung. Dabei gilt der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosse Möglichkeit einer Verbesserung tatsächlicher Art genügt nicht (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C_88/2010 vom 4. Mai 2010 E. 2.2.2 mit Hinweis). Bei Herabsetzung oder Einstellung einer bisher ausgerichteten Leistung trägt der Versicherungsträger die Folgen der Beweislosigkeit (RKUV 1994 328, 1992 76 vgl. auch 121 V 228).

3.3 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 medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, 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. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 6.1.2).

Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 136 E. 6.1.3).

4.

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee). Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gut-

achtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubersichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsin-ternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 - 4.6).

5.

5.1 Zur Prüfung der Frage, ob die Vorinstanz mit Verfügung vom 25. Juli 2013 zu Recht festgestellt hat, es bestehe weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente, ist der medizinisch dokumentierte Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der ersten Rentenverfügungen vom 4. August 2005 (IV-act. 207 - 211) zu vergleichen mit dem Gesundheitszustand im Zeitpunkt der angefochtenen Revisionsverfügung vom 25. Juli 2013 (IVSTA-act. 42; vgl. BGE 133 V 108).

5.2 Nebenbei ist anzumerken, dass im Jahr 2008 ein erstes Revisionsverfahren durchgeführt wurde. Im Zuge dieses Verfahrens füllte der Beschwerdeführer am 15. Dezember 2008 einen Fragebogen aus (IV-act. 291) und die Vorinstanz holte je einen Verlaufsbericht bei den behandelnden Ärzten Dres. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und I. _____, Spezialarzt für Allgemeine Medizin, ein (IV-act. 287 f., 295 ff.). Der Beschwerdeführer gab an, sein Gesundheitszustand habe sich verschlimmert. Die behandelnden Ärzte dagegen diagnostizieren einen unveränderten Gesundheitszustand. Daraufhin bestätigte die Vorinstanz mit Mitteilung vom 21. April 2009 den Anspruch auf eine halbe Rente (IVSTA-act. 304 f.). Weiterführende medizinische und erwerbliche Abklärungen wurden damals nicht vorgenommen. Eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Ermittlung des Invaliditätsgrades fand im ersten Revisionsverfahren mithin nicht statt (vgl. BGE 133 V 108). Die Mitteilung vom 21. April 2009 ist deshalb nicht als Vergleichsbasis zu berücksichtigen.

5.3 Die erstmalige Rentenzusprache mit der Rentenverfügung vom 4. August 2005 (IV-act. 207 – 211) erfolgte auf der Grundlage des polydisziplinären Gutachtens der Medas Ostschweiz vom 25. Mai 2005 (IV-act. 181 –

204). Gestützt auf ein konsiliarisch eingeholtes psychiatrisches Gutachten von Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. April 2005 [IV-act. 181 - 184]) sowie auf eigene Untersuchungen diagnostizierten die MEDAS-Ärzte Dres. med. J._____, Chefarzt, und K._____, Facharzt für Innere Medizin/Rheumatologie mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine Dysthymia (ICD-10: F34.1), ein maladaptives Überzeugungs- und Bewältigungsmuster in Zusammenhang mit einem chronischen Schmerzsyndrom (ICD-10: F 54), ein chronisches Zerviko- und oberes Thorakovertebralsyndrom mit Brachialgie links (ICD-10: M54.2) bei/mit perineutraler Fibrose der Wurzel C6 links bei Status nach Foraminotomie und mikrochirurgischer Sequesterentfernung 09.03.2001 bei intraforaminaler Diskushernie C5/C6 links, ausgedehntem myofaszialem Schmerzsyndrom mit muskulärer Dysbalance und referred pain-Symptomatik, funktionellen Rippenstörungen 1-4 links, röntgenologisch Osteochondrose C5/C6 mit leicht pathologischem Alignment C4 und C5 und rudimentären Halsrippen beidseits. Des Weiteren wurden eine leichte Schleiersehnung sowie eine Leukozytose (kontrollbedürftig) als Nebenbefund erhoben.

Zusammenfassend seien die vom Beschwerdeführer geklagten persistierenden Beschwerden bezüglich Lokalisation, Art und Provokation durch die beschriebenen klinischen Befunde bei multikausaler Ursache nachvollziehbar und würden die Rücken- und Schultergürtelbelastbarkeit links deutlich einschränken. Anlässlich der Gutachtenuntersuchung in der Thurgauer Klinik St. Katharinental werde im Bericht vom 3. Mai 2002 erwähnt, dass dem Versicherten eine leichte bis mittelschwere Arbeit mit oberer Gewichtslimite von 15 kg ohne weitere Einschränkungen ganztags zugemutet werden könne. Dies treffe auch heute noch zu, wobei aufgrund des klinischen Verlaufs weniger die obere Gewichtslimite, als mehr die Schultergürtelbelastung links (rotatorischer oder elevatorischer Art) sowie die HWS-Rotation nach links qualitativ limitierend seien und möglichst vermieden werden sollten: letzteres zur Verhinderung einer rezidivierenden leichten neutralen Reizung, ersteres zur Verschlechterung der myofaszialen Situation mit dann daraus resultierender Verstärkung der Schmerzen.

Die Gutachter führen aus, dass aus psychiatrischer Sicht aufgrund des psychiatrischen Konsiliargutachtens durch Dr. G._____ die Diagnose einer Dysthymia sowie eines maladaptives Überzeugungs- und Bewältigungsmusters in Zusammenhang mit einem chronischen Schmerzsyndrom bestehe. Anlässlich der psychiatrischen Exploration hätten sich keine

Merkfähigkeits-, Auffassungs- und Gedächtnisstörungen sowie Anhaltspunkte für Wahnideen oder Sinnestäuschungen bei guter Konzentrationsfähigkeit gezeigt, hingegen eine deutliche psychomotorische Verlangsamung mit Vorherrschen einer gedrückten Stimmung und einem fast völligen Fehlen affektiver Regungen. Der Versicherte sei der festen Überzeugung er sei schwer krank und arbeitsunfähig und könne seine psychische Befindlichkeit auch in seiner Muttersprache nicht ausführlich beschreiben. Vorherrschend sei offensichtlich eine Lust- und Freudlosigkeit und eine ausgeprägte Antriebsstörung, ausgedrückt in einer psychomotorischen Verlangsamung. Es handle sich um den Zustand einer chronisch depressiven Verstimmung, welche dem Begriff einer Dysthymia zugeordnet werden könne.

Die MEDAS-Ärzte führten weiter aus, vom behandelnden Psychiater, Dr. H._____, werde im Bericht vom 4. August 2003 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit seit Januar 2002 bescheinigt, aufgrund des psychiatrischen Consiliargutachtens durch Dr. G._____ eine solche im Umfang von 35 %. Diese erhebliche Diskrepanz der Einschätzung könne dadurch erklärt werden, dass im erwähnten Bericht des behandelnden Psychiaters auch IV-rechtlich fremde Faktoren berücksichtigt worden seien. Unter Berücksichtigung der erwähnten qualitativen Einschränkungen rein aus organischen Gründen ergebe sich polydisziplinär betrachtete insgesamt eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit, vorzugsweise ganztags mit verminderter Belastung vor allem für den Schultergürtel links und vermehrten Pausen zur Verhinderung einer Verstärkung der myofascialen Reizung (tendomyotisch und das Nervensystem betreffend).

Angesichts der erhobenen Befunde gelangten die Gutachter Dres. med. J._____ und K._____ zum Schluss, dass eine abschliessende Beurteilung einer Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit schwierig sei, da der Beschwerdeführer seit 1996 keiner geregelten Tätigkeit mehr nachgegangen sei und sporadische Arbeitseinsätze geleistet habe. Für eine den beschriebenen persistierenden Veränderungen mit der daraus resultierenden Reizsymptomatik und den Beschwerden adaptierte Arbeit bestehe rein aus rheumaorthopädischer Sicht im Sinne einer Verminderung der Belastbarkeit eine leichte Leistungsminderung, falls folgende Tätigkeiten ausgeschlossen seien: häufige belastende Bewegungen im linken Schultergürtel rotatorischer Art oder Überkopfarbeiten links, Heben und Tragen sehr schwerer Gegenstände und/oder langandauernde Tätigkeiten in einer ungünstigen Flexionsstellung sowie vor allem Arbeiten, welche in einer deutlichen Linksrotationsstellung des Kopfes ausgeführt werden müssen. Zur

Verhinderung einer Verstärkung der myofascialen Reizsymptomatik im linken Schultergürtel sollten nebst diesen qualitativen Einschränkungen etwas geringere Belastungen mit gelegentlich eingeschalteten Pausen vorgenommen werden, sodass polydisziplinär beurteilt zusammen mit der Arbeitsunfähigkeit von 35 % aus psychiatrischer Sicht eine gesamte Arbeitsunfähigkeit von 50 % anzugeben sei. Dies vorzugsweise wegen der erwähnten Gründe knapp vollschichtig mit verminderter Leistung und vermehrt eingeschalteten Pausen.

6.

6.1 Nachfolgend gilt es zu prüfen, ob sich aus den Akten eine Gesundheitsverschlechterung seit dem 4. August 2005, wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht, ergibt.

Im Rahmen des im Juni 2012 eingeleiteten Revisionsverfahrens wurden folgende ärztliche Berichte und Dokumente zur Erwerbssituation zu den Akten gereicht:

- 27.07.2012 elektroneuromyographischer Befund (IVSTA-act. 20): Untersuchung der Muskeln
- 13.08.2012: fachärztlicher Befund von Dr. D._____ (IVSTA-act. 19): Diagnosen: anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4), Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F 41.2), zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie (ICD-10 M 50.1), bindegewebige Stenose des Spinalkanals (ICD-10 M 99.4), Stenose des Spinalkanals durch Bandscheiben (ICD-10 M 99.5), sonstige Spondylose mit Radikulopathie (ICD-10 M 47.2). Vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche berufliche Tätigkeit.
- 13.08.2012: Befund und Stellungnahme des Facharztes (IVSTA-act. 18), Röntgen der Halswirbelsäule in AP- und LL-R-Projektion
- 21.02.2013: fachärztlicher Befund und Beurteilung des Zustands von Dr. D._____ (IVSTA-act. 38): Diagnosen: anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4), Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F 41.2), zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie (ICD-10 M 50.1), bindegewebige Stenose des Spinalkanals (ICD-10 M 99.4), Stenose des Spinalkanals durch Bandscheiben (ICD-10 M 99.5), sonstige Spondylose mit Radikulopathie (ICD-10 M 47.2). Arbeitsunfähigkeit von mehr als 70 %.
- 16.09.2013: fachärztlicher Befund und Beurteilung des Zustands von Dr. D._____ (BVGer-act. 7 und 8): Diagnosen: anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4), Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F 41.2), zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie (ICD-10 M 50.1), bindegewebige Stenose des Spinalkanals (ICD-10 M 99.4), Stenose des Spinalkanals durch Bandscheiben (ICD-10 M 99.5), sonstige Spondylose mit Radikulopathie (ICD-10 M 47.2). Arbeitsunfähigkeit von mehr als 70 %

6.2 Der RAD hat die medizinischen Akten wie folgt gewürdigt:

6.2.1 Der vom RAD-Arzt Dr. med. F._____, Spezialarzt für Allgemeine Medizin, konsultierte RAD-Psychiater Dr. med. E._____ führte in einer ersten Stellungnahme vom 28. Dezember 2012 (IVSTA-act. 28) aus, Dr. med. G._____ habe eine psychogene Überlagerung diagnostiziert, wobei er richtigerweise die von Gutachtern seltener gewählte Möglichkeit einer ICD-10 Diagnose F 54 "maladaptives Überzeugungs- und Bewältigungsmuster in Zusammenhang mit einem (somatisch bedingten) chronischen Schmerz-syndrom" berücksichtigt habe. Andere Gutachter hätten - je nach "Gusto" - hier vielleicht von einer "anhaltenden somatoformen Schmerzstörung F 45.4" oder von einer "Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen F 68.0" gesprochen.

Des Weiteren bemerkte er, eine psychiatrische Arbeitsunfähigkeit von 35 % (langfristig kalkulierte Leistungsminderung) plus eine somatische Arbeitsunfähigkeit von 15 % ergebe zusammen nicht eine solche von 50 %, sondern von 35 %.

So habe Dr. med. D._____ die ICD-10-Diagnosen F 45.4 (anhaltende somatoforme Schmerzstörung) und F 41.2 (Angst und depressive Störung gemischt) gestellt, wobei letztere eine Diagnose darstelle, die sich weitgehend mit derjenigen einer Dysthymie F 34.1 decke. Sodann hielt er fest, die Beschreibung im Zeugnis von Dr. med. D._____ von 2012 decke sich weitgehend mit derjenigen von Dr. med. G._____. Man könne auf rein psychiatrischem Fachgebiet keine wesentliche Verschlechterung aus diesem Zeugnis herauslesen. Es würden nur Diagnosen vorliegen, für welche in der Rechtsprechung die Vermutung bestehe, dass sie in der Regel keine Invalidität begründen würden. Auf psychiatrischem Fachgebiet würden nur Diagnosen vorliegen, welche den Fall den "Schlussbestimmungen der IV-Revision 6a" unterordnen würden.

Der Versicherte sei für eine ordentliche Revision genügend dokumentiert, denn der in den neuen Unterlagen beschriebene Zustand decke sich in etwa mit demjenigen, der im Gutachten 2005 beschrieben worden sei. Es liege also ein gleichbleibender Zustand vor. Sofern der Fall den "Schlussbestimmungen 6a" untergeordnet werde (was seiner Meinung nach der Fall sein sollte), sei der Versicherte nicht genügend dokumentiert, denn der neue Bericht sei viel zu wenig ausführlich, um als Gutachten im Sinne der Schweizer Rechtsprechung bei Fällen "anhaltender somatoformer Schmerzstörung" und ähnlichen Krankheitsbildern zu gelten.

Dr. F. _____ diagnostizierte in seiner Stellungnahme vom 3. Januar 2013 als Hauptdiagnose ein Cervicalsyndrom bei Diskusläsionen, degenerative Veränderungen (ICD-10 M 54.2), als Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Dysthymie (ICD-10 F 34.1). Aufgrund der internen Stellungnahme von Dr. E. _____, welcher zu entnehmen sei, dass die Leiden des Versicherten unter die Bestimmung der Revision 6a fielen, empfahl Dr. F. _____ ein pluridisziplinäres Gutachten (Psychiatrie und Rheumatologie) einzuholen (IVSTA act. 28). Zusätzliche Fragen an den behandelnden Arzt oder Experten seien folgende: Krankheitsverlauf, gesundheitliche und berufliche Einschränkungen, Beurteilung gemäss den Bestimmungen der Revision 6a.

6.2.2 Keinen Anlass zur Änderung seiner Beurteilung sah Dr. med. E. _____ aufgrund des nachgereichten Berichts von Dr. med. D. _____ vom 21. Februar 2013 (IVSTA-act. 38). In seiner Stellungnahme vom 16. Juli 2013 führte er aus, der behandelnde Nervenarzt beziehe sich auf seine früheren Stellungnahmen, spreche über peripher-neurologische Aspekte (Diskushernie C5 – C6) und erwähne im Rahmen des psychiatrischen Status einen gleichbleibenden Zustand (IVSTA-act. 41). Er habe auch dieselben Diagnosen wie am 13. August 2012 gestellt. Auf psychiatrischem Fachgebiet enthalte dieses ausführliche Zeugnis keinerlei neue Elemente. Es sei auf psychiatrischem Fachgebiet deckungsgleich mit dem Bericht vom 13. August 2012. Wie schon früher ziehe er in seine Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit sowohl Somatisches wie auch Psychiatrisches mit ein (AUF 70 %). Dieser Bericht ändere nichts an seiner Stellungnahme vom 28. Dezember 2012. Der Fall sei genügend dokumentiert.

Dr. med. F. _____ diagnostizierte in seiner zweiten Stellungnahme vom 18. Juli 2013 ergänzend, der Versicherte sei in der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit zu 35 % arbeitsunfähig. Der Bericht von Dr. med. D. _____ ändere nichts an der Beurteilung (IVSTA-act. 41).

6.2.3 Ebenfalls keinen Anlass zur Änderung seiner Beurteilung sah Dr. med. E. _____ auch aufgrund des nachgereichten Berichts von Dr. med. D. _____ vom 16. September 2013. In seiner Stellungnahme vom 26. November 2013 führte er aus, dieses Zeugnis sei ähnlich ausführlich wie dasjenige vom 21. Februar 2013 und enthalte weitestgehend dieselben Informationen wie die beiden früheren Zeugnisse vom 13. August 2012 und 21. Februar 2013. Wie schon am 21. Februar 2013 werde auch diesmal, im Gegensatz zum 13. August 2012, die Diagnose einer "anhaltenden

somatoformen Schmerzstörung" und einer chronischen ängstlich-depressiven Störung gestellt (anstelle der Dysthymie), wobei der Kollege aber ausdrücklich argumentierte habe, dass es sich im Wesentlichen um denselben Zustand handle. Für den Nichtspezialisten und den Nichtmediziner sei gesagt, dass die genannten Diagnosen sich zu einem sehr erheblichen Grad überlappen und die unterschiedliche Diagnosestellung keinerlei Hinweis auf einen Schweregrad der Krankheit darstellen würden. Der neue Bericht sei weitestgehend identisch mit demjenigen vom 21. März 2013.

Im Schlussbericht des RAD Rhone vom 3. Dezember 2013 kommt Dr. med. F. _____ zum Schluss, dass das Zeugnis von Dr. med. D. _____ vom 16. September 2013 nichts an der bisherigen Beurteilung ändere (IVSTA-act. 47).

6.3.

6.3.1 Bei den Stellungnahmen von Dr. med. E. _____ und Dr. med. F. _____ handelt es sich um Berichte im Sinne von Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG (vgl. zum Sinn und Zweck dieser gesetzlichen Norm sowie zu Art. 49 IVV Urteil 9C_323/2009 des BGer vom 14. Juli 2009 E. 4.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Berichten nach Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidungsrelevante Aktenstücke (Urteil I 143/07 des BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 m.H.; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5).

6.3.2 Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 2.5 hiervor), kann auf Stellungnahmen des RAD nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen.

6.3.3 Die Stellungnahmen von Dr. med. E. _____ weisen Ungereimtheiten auf, was zur Folge hat, dass an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit seiner Feststellungen erhebliche Zweifel anzumelden sind.

6.3.4 Dr. D. _____ diagnostizierte in allen ärztlichen Berichten unter anderem neu (abweichend von Dr. G. _____) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4). Zu dieser Diagnose äusserte sich Dr. E. _____ in seiner ersten Stellungnahme nicht bzw. lediglich dahingehend, indem er ausführte, Dr. G. _____ habe eine psychogene Überlagerung diagnostiziert, wobei er richtigerweise die von Gutachtern seltener

gewählte Möglichkeit einer ICD-10 Diagnose F 54 "maladaptives Überzeugungs- und Bewältigungsmuster in Zusammenhang mit einem (somatisch bedingten) chronischen Schmerzsyndrom" berücksichtigt habe. Andere Gutachter hätten - je nach "Gusto" - hier vielleicht von einer "anhaltenden somatoformen Schmerzstörung F 45.4" oder von einer "Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen F 68.0" gesprochen. Diese Aussage liess er unbegründet. Zur Diagnose von Dr. D._____ führte er sodann weiter aus, die Beschreibung im Zeugnis würde sich weitgehend mit derjenigen von Dr. G._____ decken. Man könne auf rein psychiatrischem Fachgebiet keine wesentliche Verschlechterung aus diesem Zeugnis herauslesen. Auch diese Schlussfolgerung begründete er nicht (vgl. E. 4.2.1).

Indem er weiter unten in seiner Stellungnahme angab, seiner Meinung nach sollte der Fall den "Schlussbestimmungen 6a" untergeordnet werden, sagte er jedoch implizit aus, dass der Beschwerdeführer an einem pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebild leidet (vgl. E. 4.2.1; Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG). Eine somatoforme Schmerzstörung wird bspw. diesem Beschwerdebild zugerechnet (vgl. Urteil des BVGer C-1413/2013 vom 3. November 2015 E. 3.4.1). Die Ausführungen von Dr. Habicht zur Diagnose sind demzufolge nicht schlüssig.

Sodann führte Dr. E._____ aus, der Beschwerdeführer sei nicht genügend dokumentiert, denn der neue Bericht sei viel zu wenig ausführlich. Diese Ausführungen sprechen für die Einholung eines Gutachtens. Dr. F._____ empfahl aufgrund der Stellungnahme von Dr. E._____ denn auch, ein pluridisziplinäres Gutachten (Psychiatrie und Rheumatologie) einzuholen (vgl. E. 4.2.1 in fine).

6.3.5 In seiner zweiten Stellungnahme führte Dr. E._____ aus, dieser Bericht (Bericht von Dr. D._____ vom 21. Februar 2013) ändere nichts an seiner Stellungnahme vom 28. Dezember 2012. Der Fall sei genügend dokumentiert. Entgegen dieser Aussage führte er in seiner ersten Stellungnahme vom 28. Dezember 2012 aus, der Versicherte sei nur für eine ordentliche Revision genügend dokumentiert. Sofern der Fall den Schlussbestimmungen 6a untergeordnet werde (was nach seiner Meinung der Fall sein sollte), sei der Versicherte nicht genügend dokumentiert, denn der neue Bericht sei viel zu wenig ausführlich, um als Gutachten im Sinne der Schweizer Rechtsprechung bei Fällen "anhaltender somatoformer Schmerzstörung" und ähnlichen Krankheitsbildern zu gelten (vgl. E. 4.2.1). Diese Ausführungen zur Dokumentation des Beschwerdeführers sind

ebenfalls nicht schlüssig. Hingegen empfahl Dr. med. F. _____ in seiner ersten Stellungnahme, ein pluridisziplinäres Gutachten (Psychiatrie und Rheumatologie) einzuholen (IVSTA act. 28). Davon ist er auch in seiner zweiten und dritten Stellungnahme nicht abgewichen (vgl. IVSTA-act. 41 und 47).

6.3.6 In seiner dritten Stellungnahme führte Dr. E. _____ sodann aus, wie schon am 21. Februar 2013 werde auch diesmal, im Gegensatz zum 13. August 2012, die Diagnose einer "anhaltenden somatoformen Schmerzstörung" und einer chronischen ängstlich-depressiven Störung gestellt (anstatt der Dysthymie), wobei der Kollege aber ausdrücklich argumentierte habe, dass es sich im Wesentlichen um denselben Zustand handle (vgl. E. 4.2.3). Dazu muss korrekturweise festgehalten werden, dass Dr. D. _____ in jedem seiner drei Zeugnisse - auch im Zeugnis vom 13. August 2012 - die anhaltende somatoforme Schmerzstörung aufführte (vgl. E. 4.1).

6.3.7 Gemäss den Stellungnahmen von Dr. E. _____ ist die Diagnose somit nicht klar. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass beim Beschwerdeführer, wie von Dr. med. D. _____ diagnostiziert und von Dr. med. E. _____ angetönt, eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4) vorliegen könnte. So diagnostizierte bereits Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in seinem Arztbericht vom 4. August 2003 den Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung bestehend seit März 2001 (vgl. IV-act. 152). Die Dres. med. L. _____ und M. _____, Fachärzte für Neurochirurgie, führten in ihrem Bericht vom 22. Juni 2001 sodann aus, auch heute hätten sie den Eindruck, dass durch die lange Krankengeschichte der Versicherte sicher überlagert sei (IV-act. 71). Am 19. Juni 2007 berichten sie, dass man von einer nicht unerheblich psychischen Überlagerung ausgehen müsse (IV-act. 260). Auch Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin, diagnostizierte am 24. Februar 2001 somatoforme Tendenzzeichen (IV-act. 43). Am 23. September 2001 berichtete er, aus seiner Sicht bestehe eine subjektive Schmerzmagnifikation (IV-act. 83). Im Verlaufsbericht vom 3. April 2003 führte er aus, der Versicherte leide an einem chronischen Schmerzsyndrom mit deutlicher Somatisierungstendenz (IV-act. 134). Am 10. Januar 2009 berichte er von einer Überlagerung (IV-act. 298).

6.3.8 Dr. F. _____ diagnostizierte in seiner Stellungnahme vom 3. Januar 2013 als Hauptdiagnose ein Cervicalsyndrom bei Diskusläsionen, degenerative Veränderungen (ICD-10 M 54.2), als Nebendiagnose mit Auswirkung

auf die Arbeitsfähigkeit eine Dysthymie (ICD-10 F 34.1). Er äusserte sich nicht zu folgenden von Dr. D._____ gestellten Diagnosen: zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie (ICD-10 M 50.1), bindegewebige Stenose des Spinalkanals (ICD-10 M 99.4), Stenose des Spinalkanals durch Bandscheiben (ICD-10 M 99.5), sonstige Spondylose mit Radikulopathie (ICD-10 M 47.2). Dr. F._____ hat somit einerseits weder die geklagten Beschwerden berücksichtigt, noch seine Hauptdiagnose begründet.

6.3.9 Des Weiteren ist der Umfang der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers nicht klar. Im Gutachten der Medas vom 25. Mai 2005 (IVSTA-act. 187 f.) wurde ausgeführt, dass polydisziplinär beurteilt zusammen mit der Arbeitsunfähigkeit von 35 % aus psychiatrischer Sicht eine gesamte Arbeitsunfähigkeit von 50 % anzugeben sei. Dr. med. E._____ hielt dagegen, eine psychiatrische Arbeitsunfähigkeit von 35 % (langfristig kalkulierte Leistungsminderung) plus eine somatische Arbeitsunfähigkeit von 15 % ergebe zusammen nicht eine solche von 50 %, sondern von 35 % (IVSTA-act. 28, S. 3). So wurde dem Beschwerdeführer im Schlussbericht des RAD denn auch eine Arbeitsunfähigkeit von 35 % attestiert (IVSTA-act. 41, S. 4). Die Vorinstanz äusserte sich nicht zu diesem Widerspruch und hielt an der halben Rente fest. In der Regel verhalten sich die einzelnen fachbereichsbezogenen Arbeitsunfähigkeiten nicht additiv, sondern sie decken sich teilweise oder sogar ganz (vgl. Urteil des BGer 9C_425/2013 vom 16. September 2013 E. 4.3.1). Beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen, deren erwerbliche Auswirkungen sich in der Regel überschneiden, ist der Grad der Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer sämtliche Behinderungen umfassenden ärztlichen Gesamtbeurteilung zu bestimmen und eine blosser Addition der mit Bezug auf einzelne Funktionsstörungen und Beschwerdebilder geschätzten Arbeitsunfähigkeitsgrade ist unzulässig (vgl. Urteil des BGer 9C_295/2013 vom 20. Juni 2013 E. 4.4.). Aus dem Medas Gutachten geht jedoch – entgegen der Ansicht der RAD-Ärzte – nicht klar hervor, ob die einzelnen fachbereichsbezogenen Arbeitsunfähigkeiten lediglich addiert worden sind, denn es wurde nicht ausgeführt, es bestehe beim Beschwerdeführer eine 15 %-ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der somatischen Beschwerden, sondern dass polydisziplinär beurteilt zusammen mit der Arbeitsunfähigkeit von 35 % aus psychiatrischer Sicht eine gesamte Arbeitsunfähigkeit von 50 % anzugeben sei.

7.

Da sich die angefochtene Verfügung vollumfänglich auf die erwähnten Stellungnahmen des RAD stützt, kann das Bundesverwaltungsgericht angesichts der genannten Unstimmigkeiten und Widersprüche (Diagnose sowie Grad der Arbeitsunfähigkeit) nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beurteilen, ob die bisher gewährte halbe Rente zu Recht weiter Bestand hat (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung hat das Gericht, das den Sachverhalt als ungenügend abgeklärt erachtet, die Sache zur weiteren Beweiserhebung an die Verwaltung zurückzuweisen oder selber die nötigen Instruktionen vorzunehmen (ZAK 1987 S. 264 E. 2a). Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die der Rückweisung der Sache an die Vorinstanz entgegenstehen würden, da vorliegend eine medizinische interdisziplinäre Klärung des Tatbestandes vollständig unterlassen wurde (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

8.

Die Beschwerde ist folglich insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Die Vorinstanz ist anzuweisen, unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte sowie unter Beizug weiterer verfügbarer medizinischer Unterlagen eine interdisziplinäre psychiatrisch-rheumatologische Begutachtung zu veranlassen. Anschliessend hat die Vorinstanz neu zu verfügen (vgl. Art. 61 Abs. 1 VwVG). Wenn die Voraussetzungen einer Rentenrevision nicht erfüllt sind, hat die IVSTA zu prüfen, ob eventuell die Voraussetzung von Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG gegeben sind (vgl. E. 6.3.7 mehrmals diagnostizierte Schmerzstörungen sowie Urteil des BVGer C-2302/2013 vom 13. November 2015 E. 2.5 und 3.2).

9.

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

9.1 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 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Diesem ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

9.2 Der obsiegende und vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. 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 ist eine Parteientschädigung von Fr. 1'200.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu auch Urteil des BVGer C-6173/2009 vom 29. August 2011 m.H.]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE [Stundenansatz für Anwälte/Anwältinnen mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.- und für nichtanwaltliche Vertreter und Vertreterinnen mindestens Fr. 100.- und höchstens Fr. 300.-]) gerechtfertigt.

(Dispositiv nächste Seite)

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde vom 9. August 2013 wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 25. Juli 2013 aufgehoben wird und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zur Vornahme ergänzender Abklärungen und zum Erlass einer neuen Verfügung zurückgewiesen werden.

2.

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

3.

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 1'200.- zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

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

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Antonio Imoberdorf

Mirjam Angehrn

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 Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. Die Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und 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).

Versand: