



Abteilung III  
C-5827/2013

## Urteil vom 21. März 2016

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),  
Richter Daniel Stufetti, Richter Christoph Rohrer,  
Gerichtsschreiber Urs Walker.

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, PT-X. \_\_\_\_\_,  
vertreten durch lic. iur. Dominique Chopard, Rechtsanwalt,  
Werdstrasse 36, 8004 Zürich,

Beschwerdeführer,

gegen

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

Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenrevision;  
Verfügung der IVSTA vom 04. September 2013.

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

A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter oder Beschwerdeführer), geboren am 04. Dezember 1960, portugiesischer Staatsangehöriger mit derzeitigem Wohnsitz in Portugal, reiste am 11. März 1985 in die Schweiz ein (IV-act. 3), nachdem er hier bereits ab 1979 als Saisonnier tätig gewesen war. Ab April 1989 bis Mai 2002, bei Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ab 06. August 2001 (vgl. Bst. B.a), arbeitete er als ungelernter Schweisser in der RX-Fertigung der B.\_\_\_\_\_ AG in Y.\_\_\_\_\_ (IV-act. 6 p. 2, 4 p. 2). Ehefrau und Tochter waren ab September 2003 (IV-act. 25 p. 14), er selbst spätestens per März 2004 in Portugal domiziliert (IV-act. 23).

**B.**

**B.a** Am Ostersonntag 1987 wurde der Versicherte Opfer eines PKW-Verkehrsunfalls (IV-act. 17). Am 21. Dezember 2000 erlitt er erneut einen Verkehrsunfall, diesmal als Motorradfahrer, mit Verletzung von Schulter und Oberarm rechts, welcher aber nicht unmittelbar gemeldet wurde (IV-act. 14). Ab 06. August 2001 bestand danach eine Arbeitsunfähigkeit von 50% und ab 22. Oktober 2001 von 100% (IV-act. 6 p. 2; SUVA-act. 7).

**B.b** Der Versicherte liess sich am 19. August 2002 bei der Invalidenversicherung anmelden (IV-act. 3 p. 7). Dr. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für physikalische Medizin, diagnostizierte am 29. August 2002 für die IV-Stelle des Kantons Aargau (nachfolgend IV-Stelle AG) ein chronisches zervikospodylogenes Syndrom nach Schleudertrauma, eine chronische Bursitis subacromialis rechts und eine chronische Epicondylopathia humeri radialis rechts (IV-act. 7).

**B.c** Mit Vorbescheid vom 07. Januar 2003 (IV-act. 15) stellte die IV-Stelle AG dem Versicherten eine halbe Rente ab August 2002 in Aussicht. Dagegen liess der Versicherte am 15. Januar 2003 (IV-act. 16) den Einwand erheben, er sehe sich nicht imstande, halbtags einer Arbeit nachzugehen. Die gesundheitliche Situation habe sich nicht stabilisiert, sondern noch verschlechtert.

**B.d** Unter Berücksichtigung eines am 19. September 2003 (IV-act. 18 p. 5) ausgestellten Berichts von Dr. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, in welchem sie eine rezidivierende depressive Störung mit

gegenwärtig mittelgradiger Episode und somatischem Syndrom diagnostizierte, sprach die IV-Stelle am 22. Dezember 2003 eine ganze Rente ab August 2002 bei 100% Invalidität zu (IV-act. 22).

### **C.**

**C.a** Am 16. Februar 2005 (IV-act. 29) leitete die inzwischen zuständige IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA, nachfolgend Vorinstanz) eine amtliche Rentenrevision ein.

**C.b** In den beigezogenen Akten aus Spanien findet sich ein handschriftlich verfasstes Attest von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 27. Mai 2005 (IV-act. 33 p. 21, Übersetzung in act. 15) mit u.a. den zusammengefassten Diagnosen: Zervikalgie, Spondylarthrose, Fusschmerzen, Schulterschmerzen rechts (Bursitis subacromialis), Epicondylitis rechts, vermindertes Hörvermögen, gemischte Dyslipidämie und Übergewicht. Ein Zervikobrachialsyndrom mit eingeschränkter Beweglichkeit der Schulter wurde auch am 30. Mai 2005 (IV-act. 33 p. 20) von Dr. F. \_\_\_\_\_ bestätigt. Am 31. Mai 2005 (IV-act. 33 p. 19) bestätigte der Hausarzt, Dr. G. \_\_\_\_\_, sinngemäss ein seit 2004 unverändertes Krankheitsbild, während Dr. H. \_\_\_\_\_, behandelnder Orthopäde, am 01. Juni 2005 (IV-act. 33 p. 18) eine Behandlung eines beidseitigen Fersensporns beschrieb. In einem Laborbericht vom 04. Juni 2005 (IV-act. 32) wurden nach Messung der Serumproteine leicht erhöhte Anteile von  $\alpha$ - und  $\beta$ -Globulin bei vermindertem Anteil  $\gamma$ -Globulin festgestellt. Eine Computertomographie der Wirbelsäule vom 08. Juni 2005 (IV-act. 33 p. 17) zeigte leichte Verdickungen der Hakenfortsätze C3-C6 und eine leichte Vorwölbung der Bandscheibe L4-L5. In ihrem Bericht vom 03. August 2005 (IV-act. 33 p. 15) gibt Dr. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für innere Medizin, den Versicherten mit einer Intensivierung der Schmerzen in der Halswirbelsäule (HWS), in den Füßen und Sprunggelenken sowie verbreitete Myalgien wieder. Sie schliesst auf Spondylarthrose mit neuralgischer Zervikobrachialgie, Arthrose der Lenden und Knie sowie auf ein ängstlich-depressives Syndrom. Ein psychiatrisches Attest von Dr. J. \_\_\_\_\_ vom 06. September 2005 (IV-act. 33 p. 13) hält fest, dass der Versicherte in der Beschreibung der Schmerzen etwas übertreibe. Es liege eine depressive Störung 'mässigen' Schweregrads mit somatischem Syndrom vor. Ein Bericht E213 von Dr. K. \_\_\_\_\_ vom 29. September 2005 (IV-act. 33 p. 1) beschreibt eine Zervikalgie, einen beidseitigen Fersensporn und ein depressives Syndrom (p. 10), wobei der Versicherte sowohl seiner letzten Arbeit als Schweisser wie auch einer angepassten Tätigkeit vollzeitig nach-

gehen könne (p. 6). Gleichzeitig wird die Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf nach Gesetzgebung des Wohnsitzlandes als "teilweise und unter 50%" (p. 6) beschrieben.

**C.c** Nach der einen unveränderten Zustand attestierenden Stellungnahme von Dr. L. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes vom 05. Dezember 2005 (IV-act. 39) zu den eingeholten Berichten wurde die Revision am 09. Dezember 2005 ohne Anpassungen abgeschlossen (IV-act. 40).

**D.**

Am 03. April 2006 (IV-act. 43) ersuchte der Versicherte unter Beilage eines Attests von Dr. M. \_\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2005 (IV-act. 41) um Zuschüsse zu Hörgeräten. Weiter ist den Akten zu diesem Gesuch nichts zu entnehmen.

**E.**

**E.a** Am 12. November 2009 (IV-act. 47) leitete die Vorinstanz eine weitere amtliche Revision ein. Der Versicherte brachte dazu einen kurzen Arztbericht von Dr. H. \_\_\_\_\_ vom 10. März 2010 (IV-act. 56, Übersetzung act. 15) sowie Rezeptkopien vom 12. März 2010 (IV-act. 57) aus Portugal bei, wonach er chronisch krank und ohne Aussicht auf Heilung oder übliche Arbeitsfähigkeit sei. Wohl sei unter Behandlung eine symptomatische Linderung, nicht aber eine Remission erreicht worden.

**E.b** Dr. E. \_\_\_\_\_ diagnostizierte am 05. April 2010 (IV-act. 58, Übersetzung act. 15) chronische Kopfschmerzen, eine Dyslipidämie unter therapeutischer Kontrolle, eine Dyspepsie/Gastritis, ein vermindertes Hörvermögen vorwiegend links, beidseitiger Hoden-Wasserbruch, Übergewicht und ein chronisches depressives Syndrom. Aufgrund chronischer und intensiver Schmerzen sei der Versicherte nicht in der Lage, irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Radiologisch wurden am 15. bzw. 16. April 2010 (IV-act. 66, 67; Übersetzung act. 15) die leichte Konvexität der Rückenwirbelkörper L4-L5 und kleine Fersensporne beidseitig bestätigt. Der Bericht E213 von Dr. N. \_\_\_\_\_ vom 28. April 2010 zuhanden des portugiesischen Versicherungsträgers (IV-act. 68) bestätigt einen stationären Befund und schliesst auf vollständige Arbeitsunfähigkeit seit 2001.

**E.c** Nachdem die vorliegenden Unterlagen vom medizinischen Dienst als ungenügend eingestuft wurden (IV-act. 71), liess die Vorinstanz sie ergänzen. Es wurden der Bericht eines Brust-Ultraschalls vom 15. Oktober 2010

(IV-act. 82, Übersetzung act. 15) sowie ein Laborbericht vom 26. November 2010 (IV-act. 83 f.) mit Beschreibung einer Gynäkomastie und ein weiterer Laborbericht betreffend erhöhtes Prolaktin vom 17. Dezember 2010 (IV-act. 86) zu den Akten genommen. Dr. O.\_\_\_\_\_, Psychiater, stellt in seinem halbseitigen Bericht vom 06. Dezember 2010 (IV-act. 85) die Diagnosen einer reaktiven depressiven Störung sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und attestiert dem Versicherten "signifikante" Einschränkungen im Sozialen und vor allem im Arbeitsbereich.

**E.d** Da die aus Portugal eingeholten medizinischen Unterlagen nach Einschätzung von Dr. P.\_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes weiterhin kein befriedigend klares Bild vermittelten (IV-act. 88), informierte die Vorinstanz den Versicherten am 10. März 2011 (IV-act. 102) darüber, dass eine Begutachtung in der Schweiz anberaumt werde.

**E.e** In diesem Zusammenhang findet sich in den Akten eine weitere Bestätigung von Dr. E.\_\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2010, die als Erkrankungen eine multiple Knochen- und Gelenkserkrankung, ein chronisches depressives Syndrom (reaktiv auf die Knochen- und Gelenkserkrankung), eine Gynäkomastie links mit Indikation für subkutane Mastektomie, chronische Kopfschmerzen, eine gemischte Dyslipidämie unter Kontrolle, Dyspepsie/Gastritis, ein vermindertes Hörvermögen vorwiegend links, einen bilateralen Hoden-Wasserbruch sowie Übergewicht nennt (IV-act. 99, Übersetzung act. 15). Ein erneuerter Bericht E213 von Dr. Q.\_\_\_\_\_ vom 27. Februar 2011 (IV-act. 100) stellt die Diagnosen einer depressiven Störung, einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, chronische Schulterschmerzen, Fersensporn und einschränkende Zervikolumbalgien auf, weshalb der Versicherte im angestammten Beruf als Schweisser zu 60%, in angepassten Tätigkeiten zu 10% arbeitsfähig sei (*recte* 40%/90%); nach nationaler Gesetzgebung betrage die Arbeitsunfähigkeit mehr als 60%.

**E.f** Das amtliche polydisziplinäre Gutachten der R.\_\_\_\_\_ des Universitätsspitals in Z.\_\_\_\_\_ wurde am 15. Dezember 2011 in den Fachbereichen Innere Medizin (Dr. RA.\_\_\_\_\_), Psychiatrie (Dr. RB.\_\_\_\_\_), Rheumatologie (Dr. RC.\_\_\_\_\_ ) und Neurologie (Dres. RD.\_\_\_\_\_, RE.\_\_\_\_\_) erstellt (IV-act. 114). Die Gutachter erkannten ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende, gegenwärtig remittierte, depressive Störung, ein chronisches zervikovertebrales und lumbovertebrales Schmerzsyndrom (mit diskreten degenerativen Veränderungen, ohne Anhalt für ein radikuläres Reiz- oder sensomotorisches Ausfallsyndrom),

linksbetonte Senk- und Spreizfüsse sowie anamnestisch eine chronische *epicondylopathia humeri radialis* im Jahre 2002 (p. 28). Aus gesamtmedizinischer Sicht lasse sich keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit feststellen und die subjektiven Angaben des Versicherten könnten nicht objektiviert werden (p. 32). Sie attestierten volle Arbeitsfähigkeit in der bisher ausgeübten oder auch in einer angepassten, leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit (p. 33).

**E.g** Dr. P. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes setzte sich in seiner Stellungnahme vom 05. Januar 2012 (IV-act. 118) detailliert mit den Ergebnissen des Gutachtens auseinander. Er schloss sich der medizinischen Würdigung der Gutachter, die erheblich bzw. diametral von den mangelhaften Berichten aus Portugal abweiche, vollumfänglich an und hielt fest, eine volle Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, wie sie auch die zuvor ausgeübte Arbeit als Schweisser darstelle, sei ab 30. September 2011 (Datum der letzten Untersuchung in der Begutachtungsstelle), spätestens aber ab 06. Oktober 2011 (Datum der interdisziplinären Konsensbesprechung) gegeben.

**E.h** Mit Vorbescheid vom 10. Februar 2012 (IV-act. 122) eröffnete die Vorinstanz dem Versicherten ihre Absicht, die Rente einzustellen. Dagegen liess dieser am 15. März 2012 (IV-act. 124) Einwand erheben, wies auf die lange Dauer der Rentenabhängigkeit hin, und erbat zusätzliche Zeit, um ein eigenes psychiatrisches Gutachten einzuholen.

**E.i** Das Privatgutachten erfolgte per 02. August 2012 (IV-act. 142, 148). Dr. S. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Als somatische Faktoren nannte sie eine chronische Brachialgie, ein chronisches zervikocephales und lumbovertebrales Syndrom, einen Status nach zweimaligem Schädelhirntrauma links, chronische Spannungskopfschmerzen, Migräne, Tinnitus, Achillodynie unklarer Ätiologie und belastungsabhängige Schmerzen in den Füßen. Als psychische Faktoren erwähnte sie eine chronifizierte mittelgradig bis schwere ängstlich-agitierte Depression in Kombination mit einer schweren Angststörung mit Panikattacken und Restsymptome einer posttraumatischen Belastungsstörung. Zudem diagnostizierte sie eine Schwerhörigkeit beidseits, eine Gynäkomastie, ein metabolisches Syndrom und den Verdacht auf Schlafapnoe (p. 11). Jede Arbeitsfähigkeit wurde in Abrede gestellt; durch optimale Therapie könne es dem Versicherten dereinst vielleicht einmal möglich sein, ein bis zwei Stunden pro Tag zu arbeiten (p. 14).

**E.j** Dem Privatgutachten lag ein Attest von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 29. Februar 2012 (IV-act. 139, Übersetzung act. 15) bei, welches eine "Verschlimmerung" der schmerzhaften Beschwerden mit Auftreten neuer muskulärer und osteoartikulärer Probleme sowie der depressiven Störung attestiert. Der Versicherte sei chronisch und ohne Aussicht auf Heilung erkrankt sowie für jede Tätigkeit arbeitsunfähig.

Am 01. März 2012 (IV-act. 140 p. 2, Übersetzung act. 15) diagnostizierte Dr. T. \_\_\_\_\_ in einem kurzen Attest chronische Zervikalgie, Osteochondrose L5-L7, chronische Sehnenentzündung mit Periarthritis der Schulter rechts und chronische Epikondylitis sowie Fersensporen beidseitig. Weiter finden sich zwei kurze Berichte von Dr. U. \_\_\_\_\_, Psychiater, vom 01. März und 28. Juni 2012 (IV-act. 140, 141; Übersetzung act. 15), wonach sich der Versicherte aufgrund der im Raume stehenden Aufhebung seiner Rente in psychiatrische Behandlung begeben habe; er zeige Symptome einer Angststörung und Depression, Schlafstörungen und Impotenz. Die Prognose für eine Rückkehr in eine anhaltend produktive Tätigkeit sei aufgrund seiner 10-jährigen Absenz vom Arbeitsmarkt und "somatischer Fixierung/Selbstgefälligkeit" ungünstig.

**E.k** In seiner Stellungnahme vom 01. Oktober 2012 nimmt Dr. P. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes eingehend zu den Einschätzungen der Privatgutachterin Stellung und widerspricht ihrer Beurteilung (IV-act. 152)

**E.l** Die Vorinstanz legte das Parteigutachten den R. \_\_\_\_\_-Gutachtern zur Stellungnahme und Beantwortung der Fragen vor (IV-act. 158). Der psychiatrische Teilgutachter, Dr. RB. \_\_\_\_\_, nahm am 18. Februar 2013 (IV-act. 159) Stellung und hielt an seinen bisherigen Einschätzungen fest. Der bei der Begutachtung fallführende Oberarzt, Dr. RA. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine und Arbeitsmedizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 20. Juni 2013 (IV-act. 164) ebenfalls an der Beurteilung des amtlichen Gutachtens fest.

**E.m** Mit Verfügung vom 04. September 2013 hob die Vorinstanz die Rente des Versicherten aufgrund der festgestellten Verbesserung der Erwerbsfähigkeit per Ende Oktober 2013 auf und entzog einer allfälligen gegen diese Verfügung gerichteten Beschwerde die aufschiebende Wirkung (IV-act. 170). Die Verfügung wurde dem Versicherten am 17. September 2013 eröffnet (IV-act. 172).

**F.**

**F.a** Am 11. Oktober 2013 (Postaufgabe 14. Oktober 2013, act. 1) liess A. \_\_\_\_\_ Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erheben. Er beantragt, die rentenaufhebende Verfügung vom 04. September 2013 sei aufzuheben und die bisherige Invalidenrente weiterhin auszurichten. Er rügt, dass dieselben Diagnosen, die ursprünglich zur Rentenzusprache geführt hätten, nun als auswirkungslos auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt würden. Es liege deshalb lediglich eine Neubeurteilung des im Wesentlichen gleichen Sachverhalts vor. Ohne erhebliche, tatsächliche Sachverhaltsänderung dürfe eine Rente nicht revidiert werden. Weiter hätte aufgrund von Widersprüchen zwischen dem amtlichen und dem Parteigutachten zwingend ein Obergutachten eingeholt werden müssen. Ohne ein solches sei eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit nicht beweiskräftig erstellt.

**F.b** In ihrer Vernehmlassung vom 20. Dezember 2013 (act. 6) beantragt die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und führt aus, identisch gebliebene Diagnosen würden nicht grundsätzlich eine revisionsrechtlich erhebliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit ausschliessen. Dies gelte namentlich dann, wenn sich der Schweregrad des Leidens verringert oder eine bessere Anpassung an die Leiden stattgefunden habe. Genau dies belege aber das eingeholte amtliche Gutachten. Dessen Schlüssigkeit habe zudem durch das Privatgutachten nicht in Zweifel gezogen werden können, da letzteres in keiner Weise zu überzeugen vermöge und die Gutachter in ihrer ergänzenden Stellungnahme zu keiner Änderung ihrer Beurteilung veranlasst habe.

**F.c** In seiner Replik vom 06. März 2014 (act. 10) hält der Beschwerdeführer an seinem Antrag fest. Die Stellungnahme des medizinischen Dienstes zum Privatgutachten sei unsachlich. Seine Ausführungen könnten das amtliche Gutachten deshalb nicht stützen. Er sei befangen und werde deshalb abgelehnt. Nach dem Begutachtungszeitpunkt (29. September 2011) habe sich der Beschwerdeführer ausserdem wieder in psychiatrische Behandlung begeben, weshalb auch die von der Privatgutachterin im April bzw. Juli/August 2012 festgestellte Verschlechterung gestützt werde. Diese Verschlechterung, vor Erlass der rentenaufhebenden Verfügung vom 04. September 2013, sei zu berücksichtigen. Schliesslich hätten den amtlichen Gutachtern die SUVA-Akten des Verkehrsunfalls aus dem Jahr 2000 nicht vorgelegen, weshalb deren Anamnese nach den bundesgerichtlichen Anforderungen unvollständig und das Gutachten somit nicht beweiskräftig sei.

**F.d** Die Vorinstanz hält in ihrer Duplik vom 26. März 2014 (act. 12) an ihrem Antrag fest. Sie widerspricht dem Beschwerdeführer bezüglich der SUVA-Akten des Verkehrsunfalls aus dem Jahr 2000; diese würden von den Gutachtern explizit aufgeführt und seien deshalb auch berücksichtigt worden. Wahrscheinlich sei es unterlassen worden, diese Akten dem Gericht zuzustellen, was hiermit nachgeholt werde.

**F.e** Der Instruktionsrichter schloss den Schriftenwechsel am 02. April 2014 (act. 13).

**G.**

Mit Verfügung vom 22. Oktober 2013 (act. 2) wurde ein Kostenvorschuss in Höhe von CHF 400.- erhoben, dessen Eingang am 6. November 2013 (act. 4) verbucht werden konnte.

**H.**

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

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

**1.**

**1.1** Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach den Vorschriften des Bundesgesetzes über das Bundesverwaltungsgericht vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32), des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 (VwVG, SR 172.021, vgl. auch Art. 37 VGG) sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG, SR 830.1, vgl. auch Art. 3 lit. d<sup>bis</sup> VwVG).

**1.2** Das Bundesverwaltungsgericht beurteilt Beschwerden gegen Verfügungen im Sinne von Art. 5 VwVG von gesetzlich definierten Vorinstanzen, sofern kein Ausnahmesachverhalt gegeben ist (Art. 31-33 VGG).

**1.3** Zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht ist legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (Art. 59 ATSG, Art. 48 Abs. 1 VwVG).

**1.4** Eine Beschwerde muss schriftlich, unterschrieben sowie unter Angabe von Begehren und Begründung (Art. 52 Abs.1 VwVG) innert einer Frist von 30 Tagen eingereicht werden (Art. 60 Abs. 1 ATSG; Fristenstillstand gemäss Art. 38 Abs. 3 ATSG). Bei kostenpflichtigen Verfahren ist zudem ein Vorschuss in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten (Art. 63 Abs. 4 VwVG).

## **2.**

**2.1** Bei Versicherten mit ausländischem Wohnsitz ist die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA) für die Verfügung von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) zuständig (Art. 40 Abs. 1 lit. b der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV, SR 831.201]). Der Beschwerdeführer ist in Portugal domiziliert. Die angefochtene Verfügung vom 04. September 2013 wurde also zu Recht von der IVSTA erlassen.

**2.2** Die Vorinstanz gehört zum gesetzlichen Kreis derjenigen, deren Entscheide an das Bundesverwaltungsgericht weitergezogen werden können (Art. 33 lit. d VGG, explizit auch Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Es liegt auch kein Sachverhalt vor, der einer gesetzlichen Ausnahme unterliegt. Das Bundesverwaltungsgericht ist deshalb zur Beurteilung der Beschwerde zuständig.

**2.3** Als Adressat ist der Beschwerdeführer durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse; er hat auch am vorinstanzlichen Verfahren als Partei teilgenommen. Die Beschwerde wurde zudem form- und fristgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss rechtzeitig einbezahlt, weshalb auf sie eingetreten werden kann.

## **3.**

**3.1** Am 1. Juni 2002 ist das 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) in Kraft getreten.

**3.1.1** Die Vertragsparteien wenden in der bis 31. März 2012 gültigen Fassung des FZA die Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (nachfolgend Verordnung

1408/71, ABl. L 149/2 vom 05. Juli 1971) und Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. L 74/1 vom 27. März 1972) mit den Anpassungen vom 15. Juli 2003 (ABl. L 187/55 vom 26. Juli 2003) und 06. Juli 2006 (ABl. L 270/67 vom 29. September 2006) an.

**3.1.2** Nach Beschluss 1/2012 des gemischten Ausschusses vom 31. März 2012 (ABl. L 103/51 vom 13. April 2012) wurden die anwendbaren Verordnungen ab 01. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (nachfolgend: Verordnung 883/2004, ABl. L166/1 vom 30. April 2004) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 284/1 vom 30. Oktober 2009) ersetzt (Art. 8, 15, Anhang II Art. 1 Abs. 1 FZA i.V.m. Anhang II Abschnitt A FZA in der aktuellen Fassung).

**3.2** Personen, für die diese Verordnungen gelten, haben die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats, wie die Staatsangehörigen dieses Staates (Art. 3 Abs. 1 Verordnung 1408, Art. 4 Verordnung 883/2004). Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als Mitgliedstaat im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Anhang II Art. 1 Abs. 2 FZA).

**3.3** Die Verordnungen erklären jeweils nur das nationale Recht eines einzigen Mitgliedstaates als anwendbar (Art. 13 Abs. 1 Verordnung 1408/71, Art. 11 Abs. 1 Verordnung 883/2004). Für Erwerbstätige und Selbständige ist dies das Recht des Arbeitsorts (Art. 13 Abs. 2 lit. a Verordnung 1408/71, Art. 11 Abs. 3 lit. a Verordnung 883/2004), wenn nicht eine zwischenstaatliche Vereinbarung ausnahmsweise eine andere Regelung im Interesse bestimmter Personengruppen trifft (Art. 17 Verordnung 1408/71, Art. 16 Abs. 1 Verordnung 883/2004).

**3.4** Soweit das FZA bzw. die auf dieser Grundlage anwendbaren Rechtsakte keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, ist mangels einer einschlägigen gemeinschaftsrechtlichen bzw. abkommensrechtlichen Rege-

lung die Ausgestaltung des Verfahrens sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen in der Sozialversicherung grundsätzlich Sache dieser innerstaatlichen Rechtsordnung.

### **3.5**

**3.5.1** Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger Portugals, eines Mitgliedsstaats gemäss FZA (Präambel FZA; Art. 2 Verordnung 1408/71, Art. 2 Verordnung 883/2004). Er begehrt Leistungen aus der Invalidenversicherung, welche unter den konventionsrechtlichen Begriffen Leistungen bei Invalidität oder allenfalls Leistungen bei Krankheit fallen (Art. 4 Abs. 1 lit. a und b Verordnung 1408/71, Art. 3 Abs. 1 lit. a und c Verordnung 883/2004). Die Sache fällt infolgedessen in den persönlichen und sachlichen Geltungsbereich des Koordinationsrechts.

**3.5.2** Die angefochtene Verfügung vom 04. September 2013 wurde nach Inkrafttreten der Verordnung 883/2004 für die Schweiz am 01. April 2012 erlassen. Die zugrundeliegende Revision wurde dagegen am 12. November 2009 (Sachv. E.a), noch während der Anwendbarkeit der Vorgängerverordnung 1408/71, eingeleitet. Die Sache fällt damit zweifelsohne in den zeitlichen Geltungsbereich des europäischen Koordinationsrechts; welche der beiden Verordnungen konkret anwendbar ist, kann, da sie sich in den hier relevanten Fragen nicht widersprechen, offen bleiben.

**3.5.3** Der Beschwerdeführer hat seine Ansprüche gegenüber der Invalidenversicherung durch seine Erwerbstätigkeit in der Schweiz erworben, weshalb koordinationsrechtlich Schweizer Recht anwendbar ist. Das Konventionsrecht enthält keine materiellen Bestimmungen dazu, ob Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung besteht. Dieser Anspruch beurteilt sich deshalb, unter Berücksichtigung konventionsrechtlicher Schranken, allein aufgrund schweizerischer Rechtsvorschriften.

### **4.**

**4.1** In materiell-rechtlicher Hinsicht ist auf jene Bestimmungen des IVG und des ATSG abzustellen, die für die Beurteilung jeweils relevant waren und in Kraft standen.

Vorliegend ist eine Rentenaufhebung per 04. September 2013 aufgrund einer Revision ab 12. November 2009 strittig, weshalb insbesondere das IVG in der Fassung vom 6. Oktober 2006 (5. IV-Revision; AS 2007 5129) sowie vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; AS 2011

5659) und die IVV in den entsprechenden Fassungen massgebend sind. Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar.

**4.2** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**4.3** Aufgrund der Untersuchungsmaxime prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss (u.v. URS MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, §21, m.w.H.).

#### **4.4**

**4.4.1** Ändert sich der Invaliditätsgrad 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). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Eine Revision kann auch ohne konkreten Anlass eingeleitet werden, wenn sie im Hinblick auf eine mögliche erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades bei der Festsetzung in Aussicht genommen worden ist (Art. 87 Abs. 1 lit. a IVV).

**4.4.2** Eine Invalidenrente ist nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die

erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5; BGE 117 V 198 E. 3b; vgl. BGE 133 V 545). Dagegen stellt nach ständiger Rechtsprechung die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit keinen Revisionsgrund im Sinne des Gesetzes dar (Art. 17 Abs. 1 ATSG, Urteile des Bundesgerichts 9C\_928/2010 vom 7. Februar 2011 E. 3.2 und 9C\_552/2007 vom 17. Januar 2008 E. 3.1.2; SVR 2004 IV Nr. 5 S. 13 E. 2 [I 574/02]). Ist eine erhebliche Veränderung gegeben, wird die Rente dann allerdings nicht nur in Bezug auf diese, sondern in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig geprüft (Urteil des Bundesgerichts 9C\_226/2013 vom 4. September 2013 E. 2.2).

**4.4.3** Ob eine unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten erhebliche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes mit demjenigen im Zeitpunkt der letzten eröffneten materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtsgenügender Sachverhaltsabklärung, Beweismäßigkeit und Einkommensvergleich (BGE 133 V 108 E. 5.4; auch ohne formelle Verfügung: Urteil des Bundesgerichts 9C\_46/2009 vom 14. August 2009 E. 3.1).

**4.4.4** Eine Anpassung der Rente erfolgt im Falle folgt im Falle einer Erhöhung auf den Monat des Revisionsbegehrens bzw. der amtlichen Revision (Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 1 IVV), im Falle einer Herabsetzung oder Aufhebung frühestens auf den zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monat (Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV).

## **5.**

**5.1** Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens können die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids gerügt werden (Art. 49 VwVG).

**5.2** Auch das Beschwerdeverfahren ist von der Untersuchungsmaxime beherrscht, weshalb das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2; BGE 122 V 158 E. 1a, je m.w.H.) und der Rügemaxime, wonach der angefochtene Akt nicht auf sämtliche denkbaren Mängel hin zu untersuchen ist, sondern das

Gericht sich nur mit jenen Einwänden auseinandersetzen muss, die in der Beschwerde thematisiert wurden (vgl. AUER, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], Zürich 2008, Rz. 12 zu Art. 12).

**5.3** Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung, hier den 04. September 2013, eingetretenen Sachverhalt ab. Nachfolgende Änderungen werden in einem neuen Verwaltungsverfahren beurteilt (BGE 121 V 362 E. 1.b m.w.H.).

**5.4** Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je m.w.H.).

**5.5** Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie einzelne Beweismittel zu würdigen sind: für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach hat die Behörde Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen oder wie sie bezeichnet wurden, sind objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 125 V 351 E. 3a).

**5.6** Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3.a).

**5.7** Die fachliche Qualifikation des Experten spielt für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle, denn bezüglich der medizini-

schen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf seine Fachkenntnisse verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des Bundesgerichts 9C\_410/2008 vom 31. März 2009 E. 3.3.1, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und des EVG I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]).

Das Bundesgericht hat zudem Richtlinien zur Würdigung bestimmter Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufgestellt (vgl. BGE 125 V 352 E. 3b; AHJ 2001 S. 114 E. 3b). Im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist demnach volle Beweiskraft zuzuerkennen – solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3.b.bb, m.w.H.).

Berichte behandelnder Haus- und Spezialärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten hingegen mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3.b.cc; Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.w.H.). Sie sind aber auch nicht von vornherein unbeachtlich (Urteil des Bundesgerichts 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

**5.8** Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten zusätzliche Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3; BGE 124 V 90 E. 4.b).

## **6.**

**6.1** Um eine gesprochene Rente im Rahmen einer Revision anpassen zu können, ist der Nachweis einer tatsächlichen und erheblichen Änderung

des zugrundeliegenden Sachverhalts verlangt; eine lediglich differierende Einschätzung eines ansonsten unveränderten Sachverhalts genügt nicht (E. 4.4.2). Vergleichszeitpunkt, also der Zeitpunkt der letzten rechtsgenügli-chen materiellen Abklärung des Gesundheitszustands und Invaliditätsgrads (E. 4.4.3) ist hier die ursprüngliche Rentenverfügung vom 22. Dezember 2003 (IV-act. 22).

**6.2** Der Rentengewährung mit Verfügung vom 22. Dezember 2003 lagen ein chronisches posttraumatisches Zervikovertebralsyndrom bei Status nach Schleudertrauma (12/2000) und degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule, eine Osteochondrose C4/5, ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei medialer Diskushernie L4/5, chronische Schmerzen im Bereiche des rechten Ellenbogens bei Status nach Kontusion (Arztbericht von Dr. C. \_\_\_\_\_ vom 20. Oktober 2003 i.V.m. mit Bericht vom 29. August 2002 [IV-act. 7 und 18 p. 1 f.]) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, zugrunde (Bericht von Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 19. September 2003 [IV-act. 18 p 5], Stellungnahme von Dr. V. \_\_\_\_\_ des ärztlichen Dienstes vom 31. Oktober 2003 [IV-act. 19]). Im Mittelpunkt stünden Schmerzen im rechten Arm samt Schulter und Ellenbogen, bis ins Handgelenk. Zudem müsse von einer Depression ausgegangen werden. Die – bereits aus rheumatologischer Sicht auf 50% reduzierte – Arbeitsfähigkeit liege damit sowohl in bisheriger Tätigkeit als auch in angepassten Verweistätigkeiten bei unter 30% (IV-act. 18 p. 5, 19). Die IV-Stelle schloss auf einen Invaliditätsgrad von 100% ab 1. August 2002 (vgl. Rentenbeschluss vom 28. November 2003 [IV-act. 21]).

**6.3** Im ersten Revisionsverfahren hielt Dr. L. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes in seiner Stellungnahme vom 5. Dezember 2005 – gestützt auf die aktenkundigen Arztberichte von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 27. Mai 2005 (IV-act. 33 p. 21), von Dr. F. \_\_\_\_\_, vom 30. Mai 2005 (IV-act. 33 p. 20), Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 31. Mai 2005 (IV-act. 33 p. 19), von Dr. H. \_\_\_\_\_ vom 1. Juni 2005 (IV-act. 33 p. 18), die Labor- und Röntgenberichte vom 8. Juni 2005 (IV-act. 32 p. 1, 32 p. 2, 33 p. 17), die Arztberichte von Dr. I. \_\_\_\_\_ vom 3. August 2005 (IV-act. 33 p. 15), von Dr. J. \_\_\_\_\_ vom 6. September 2005 (IV-act. 33 p. 13), von Dr. K. \_\_\_\_\_ vom 29. September 2005 (E 213; IV-act. 33 p. 1) und Röntgenbildern vom 31. Oktober 2005 (IV-act. 38) – als Hauptdiagnosen ein zerviko-lumbales Syndrom mit zervicobrachialen Neuralgien, einen (Status nach) Verkehrsunfall mit zervikalen Schmerzen und Schmerzen am rechten Arm, eine chronische subakromiale Bursitis rechts mit Periarthropathia humeroscapularis (Entzündung

Schultergelenk rechts), eine chronische humero-radiale Epicondylopathia (Tennis-Ellbogen) rechts sowie einen chronischen, mittleren depressiven Zustand, mit somatischem Schmerzsyndrom, fest. Er schloss, der Versicherte weise ein identisches osteo-artikuläres Beschwerdebild auf wie bei der Rentenzusprache, es liege bei der aktuellen Untersuchung keine Verbesserung vor. Auch in psychiatrischer Hinsicht liege keine Veränderung vor. In Abwesenheit einer deutlichen Verbesserung sei weiterhin auf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zu schliessen (IV-act. 39 p. 1). Die IVSTA schloss sich dieser Beurteilung an und teilte dem Versicherten am 9. Dezember 2005 mit, er habe weiterhin Anspruch auf die bisherigen Rentenzahlungen (IV-act. 40).

**6.4** Zur Feststellung des aktuellen Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit lagen der Vorinstanz (vor Erstellen des Gutachtens) die folgenden Akten vor:

- Fragebogen für die Rentenrevision vom 27. November 2009 (IV-act. 49)
- Kurzbericht von Dr. H.\_\_\_\_\_, Orthopädie, vom 10. März 2010 (IV-act. 56; 63; 79; 92; Übersetzung in B-act. 15)
- Arztbericht von Dr. E.\_\_\_\_\_, vom 05. April 2010 (IV-act. 58; 64; 80; Übersetzung in B-act. 15)
- Röntgenberichte von Dr. Q.\_\_\_\_\_, betreffend die Zervikalwirbelsäule und die Lumbalwirbelsäule vom 15. April 2010 (IV-act. 66.2; Übersetzung in B-act. 15)
- Röntgenbericht von Dr. Q.\_\_\_\_\_, betreffend die Füße vom 16. April 2010 (IV-act. 67.2; 81; Übersetzung in B-act. 15)
- Arztbericht E 213 von Dr. N.\_\_\_\_\_, vom 28. April 2010 (IV-act. 68)
- Stellungnahme von Dr. P.\_\_\_\_\_, medizinischer Dienst, vom 18. Juli 2010 (IV-act. 71)
- Mammografie vom 15. Oktober 2010 (IV-act. 82; 93; Übersetzung in B-act. 15); Röntgenbilder dazu (IV-act. 93)
- Kurzbericht von Dr. W.\_\_\_\_\_, vom 26. November 2010 (IV-act. 83; 95; Übersetzung in B-act. 15); Untersuchung wegen Gynäkomastie
- Laborbericht vom 02. Dezember 2010 (IV-act. 84; 96)
- Arztbericht von Dr. O.\_\_\_\_\_, Psychiater, vom 06. Dezember 2010 (IV-act. 85; 97; Übersetzung in B-act. 15)
- Laborbericht, Endokrinologie, vom 18. Dezember 2010 (IV-act. 86; 98)
- Arztbericht von Dr. E.\_\_\_\_\_, vom 18. Dezember 2010 (IV-act. 99; Übersetzung in B-act. 15)

- Stellungnahme von Dr. P.\_\_\_\_\_, medizinischer Dienst, vom 29. Januar 2011 (IV-act. 88)
- Arztbericht E 213 von Dr. Q.\_\_\_\_\_ vom 27. Februar 2011 (IV-act. 100)

Diesem ist als Diagnosen wiederum ein Zervikobrachialsyndrom, Schulterschmerzen rechts/Bursitis subacromialis, eine Epicondylitis am Ellenbogen rechts, ein beidseitiger Fersensporn (vgl. dazu bereits IV-act. 33 p. 18), ein vermindertes Hörvermögen (vgl. bereits IV-act. 33 p. 21), eine Dyslipidämie (Fett-Stoffwechselstörung; vgl. bereits IV-act. 33 p. 21), ein/e chronische/s depressive/s Syndrom/depressive Störung sowie Übergewicht (vgl. bereits IV-act. 33 p. 21) zu entnehmen. Zusätzlich wurden eine Arthrose der Lenden und Knie, chronische Kopfschmerzen, eine Gynäkomastie (Vergrößerung der männlichen Brustdrüse), eine Dyspepsie/Gastritis sowie ein beidseitiger Hoden-Wasserbruch diagnostiziert.

**6.5** Dr. P.\_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes der IV-Stelle würdigte diese Akten – in eingehender Stellungnahme vom 29. Januar 2011 – als ungenügend für eine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Der psychiatrische Bericht vom 6. Dezember 2010 erfülle die Qualitätsansprüche in keiner Weise. Da eine persistierende somatoforme Schmerzstörung angesprochen werde, müssten genauere psychiatrische Beurteilungen erfolgen (IV-act. 88).

**6.6** In der Folge holte die Vorinstanz bei der R.\_\_\_\_\_ in Z.\_\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten ein (Sachv. E.f). Der Beschwerdeführer stellt den Beweiswert dieses amtlichen Gutachtens in Frage. Es ist daher einleitend zu prüfen, ob es den Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten genügt. Danach ist die gesundheitliche Situation im Vergleichszeitpunkt derjenigen im Revisionszeitpunkt gegenüber zu stellen.

**6.6.1** Das Gutachten enthält einen Hauptteil von 34 Seiten, den Laborbericht sowie die psychiatrischen, rheumatologischen und neurologischen Teilgutachten (IV-act. 114 p. 35, 45, 54, 67). Es basiert auf den Vorakten sowie persönlichen Untersuchungen im Zeitraum vom 28.-30. September 2011.

**6.6.2** Der Hauptteil enthält eine umfassende Auflistung der medizinischen Vorakten, von einem ersten rheumatologischen Arztbericht, 19 Tage nach dem Unfallgeschehen im Dezember 2000 (Sachv. B.a), bis hin zum Gutachtensauftrag vom 03. März 2011. Auch die vom Beschwerdeführer mo-

nierten Vorakten der SUVA sind enthalten. Zusätzlich seien ein psychiatrischer Arztbrief vom 06. Dezember 2010 sowie radiologische bzw. Ultraschall-Ergebnisse vom 30. Juni 2011 bzw. 15. September 2011 aus Portugal angefordert worden.

**6.6.3** An aktuellen Leiden gibt der Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern an: Bandscheibe zervikal und lumbal, Kniearthrose beidseits, Hüftschmerzen sowie Handgelenk und Schulter rechts, Kopfschmerzen und stete Müdigkeit, nächtliches Erwachen wegen Kopf- und Nackenschmerzen (IV-act. 114 p. 16). Die Beschwerden seien gegenüber 2002 progredient. In die Beurteilung mit eingeflossen sind explizit folgende Vordiagnosen: chronisches zervikovertebrales und lumbospondylogenes Syndrom, Status nach Schleudertrauma 12/2000, leichtes Carpal tunnel syndrome rechts 01/2001, chronische Bursitis subacromialis rechts, chronische Epicondylitis humeri radialis rechts, akuten-anamnestisch eine Osteoarthrose (2005, ohne Lokalisation), Rückfuss- und Fersenschmerz bei Knick-/Spreizfüßen beidseits, rezidivierende depressive Störung (09/2003, mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom), leichte Hochtonminderung links, Trommelfellperforation beidseits, und Presbyopie (IV-act. 114 p. 18). Es wird vom Beschwerdeführer nicht geltend gemacht, es seien Leiden unberücksichtigt geblieben.

**6.6.4** In der internistischen Untersuchung vom 28. September 2011 stellte der Teilgutachter eine gewisse Mühe beim Aufrichten aus der Horizontalen und eine auffällige Hautpigmentierung am Unterarm links fest; die akuten-anamnestisch beschriebene Hörminderung sei altersentsprechend. Er konstatiert, dass der Beschwerdeführer unter Tränen nach einem Rat zum schmerzfreien Erwachen gefragt habe. Die Zusatzuntersuchungen seien unauffällig und mehrere Analgetika zwar nachweisbar gewesen, jedoch einzig Ibuprofen in therapeutischem Mass.

**6.6.5** Der psychiatrische Teilgutachter diagnostizierte nach seiner Untersuchung vom 29. September 2011 eine rezidivierende, derzeit aber remittierte (d.h. seit mehreren Monaten symptomfreie) depressive Störung, ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Eine (sehr leichtgradige) Affektlabilität bei Thematisierung der Erkrankung der Ehefrau sei als normativ und nicht-pathologisch zu verstehen. Seit mehreren Monaten sei keine Medikation oder Therapie erfolgt und aktuell präsentiere sich der Beschwerdeführer vollkommen frei von objektivierbaren affektiven Symptomen. Die aktenkundigen Vordiagnosen einer reaktiven Depression und einer anhaltenden so-

matiformen Schmerzstörung könnten mangels psychopathologischen Befunds und Diagnose-Herleitung nicht nachvollzogen werden. Wahrscheinlich sei nach dem Niederlegen der Arbeit eine passagere Anpassungsstörung, allenfalls auch eine depressive Episode aufgetreten.

**6.6.6** Der Rheumatologe diagnostiziert nach seinem Untersuchen vom 28. September 2011 keine Erkrankung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nennt er: (1) linksbetonte Senk- und Spreizfüsse (M21.4; M20.1), (2) ein zervikal und lumbal betontes panvertebrales Schmerzsyndrom (M54.5), bei radiomorphologisch leichtgradiger, altersentsprechender degenerativer Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, klinisch keine Hinweise auf segmentale Störung der Wirbelsäule, lediglich muskuläre Dysbalance mit Verspannung der paravertebralen Muskulatur im zervikalen und lumbalen Bereich, (3) anamnestisch eine Perioarthropathia humeroscapularis 2002 rechtsseitig, aktuell keine Einschränkung der aktiven und passiven Beweglichkeit beider Schultergelenke, keine Hinweise auf relevante Läsionen der Rotatorenmanschetten beidseits, keine Hinweise auf residuelle Bursitis subacromialis rechts, (4) anamnestisch eine chronische Epicondylopathia humeri radialis mit Tendovaginitiden der Strecksehnen Dig. I-III rechts 2002, aktuell normale Beweglichkeit beider Ellbogengelenke, keine relevante Druckdolenz am Ansatz der Extensorenmuskulatur im Bereich beider Ellbogengelenke sowohl medial als auch lateral im Sinne einer fehlenden residuellen Symptomatik, diffuse Schmerzangaben anamnestisch ohne klinisches Substrat im Sinne einer nicht-segmental bedingten Symptomausweitung ohne eindeutiges rheumatologisches Korrelat, keine muskulären Atrophien der Eminentia thenar und hypothenar rechtsseitig (IV-act. 114 p. 62).

Er führt aus, dass eine diffuse Schmerzsymptomatik des rechten Armes ohne organisches Korrelat im Bewegungsapparat im Zentrum stehe. Es imponiere ein muskulös-athletischer Habitus der Oberkörpermuskulatur; die Beweglichkeit der Schultergelenke, der Ellenbogen und der Hände sei ungehindert und schmerzfrei, Hinweise auf ein Impingement-Syndrom, eine Periarthropathia humeroscapularis, eine Bursitis oder eine anhaltende echte Epicondylopathia humeri radialis seien nicht festzustellen. Sämtliche Untersuchungen der Wirbelsäule zeigten keine relevanten Veränderungen oder Beweglichkeitseinschränkungen. Weder im zervikalen noch im lumbalen Bereich seien Hinweise auf eine radikuläre oder pseudoradikuläre Reizsymptomatik feststellbar. Ein "winziger Calcaneus-Sporn" links sei auf

Röntgenbildern des Jahres 2010 ersichtlich. Die konservativen therapeutischen Möglichkeiten linksbetonter Senk- und Spreizfüsse seien jedoch noch nicht erschöpft. Nach Erachten des Gutachters seien die Diagnosen im Verlaufe der Jahre ungeprüft weitergegeben und lediglich der subjektive Leidensdruck berücksichtigt worden (IV-act. 114 p. 63 ff.).

**6.6.7** Der neurologische Gutachter bestätigt in seinem Teilgutachten vom 30. September 2011 die chronischen zerviko- und lumbovertebralen Schmerzsyndrome ohne Anhaltspunkte für radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsyndrome und hält folgende Diagnosen fest: (1) chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom (M53.0) mit diskreten degenerativen Veränderungen der HWS, aktuell ohne Anhalt für ein radikuläres Reiz- oder sensomotorisches Ausfallsyndrom, 2. chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (M54.5), mit diskreten degenerativen Veränderungen im MRI der Lendenwirbelsäule vom 15.4.2010, aktuell ohne Anhalt für ein radikuläres Reiz- oder sensomotorisches Ausfallsyndrom (IV-act. 114 p. 71).

**6.6.8** Als aktuelle Diagnosen, sämtliche ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, nennt das Gesamtgutachten vom 15. Dezember 2011 eine rezidivierende, derzeit remittierte, depressive Störung, chronische zerviko- und lumbovertebrale Schmerzsyndrome, linksbetonte Senk- und Spreizfüsse sowie anamnestisch eine chronische *epicondylopathia humeri radialis* im Jahr 2002 (IV-act. 114 p. 28).

**6.7** Die genannten Leiden des Beschwerdeführers wurden sämtlich in den jeweiligen Teilgutachten der Inneren Medizin, der Neurologie, der Rheumatologie und der Psychiatrie berücksichtigt. Die klinischen Untersuchungen und Beobachtungen in den einzelnen Teilen erscheinen umfassend und schlüssig. Die Zusammenhänge und medizinischen Schlussfolgerungen der Teilgutachten wie auch der Gesamtdiskussion erscheinen ausführlich und begründet. Es sind insbesondere keine medizinischen Widersprüche oder unbegründete Abweichungen von Vordiagnosen bzw. Auslassungen erkennbar. Dass der fallführende Gutachter auf S. 33 statt von einer vollen von einer halben Rente ausgegangen ist (IV-act. 114 p. 1, 33) vermag diesen Eindruck nicht zu mindern. Die Gutachter setzten sich zudem mit den zu den Ergebnissen in der Begutachtung in Widerspruch stehenden medizinischen Unterlagen aus Portugal (vgl. E. 6.3) auseinander und erläuterten ihre Differenzen nachvollziehbar: Die Berichte E 213 variieren in der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit stark, von voller Arbeitsfähigkeit bis zu

voller Arbeitsunfähigkeit, während gleichzeitig ein seit 2001 stationärer Zustand bzw. seit 2001 andauernde Arbeitsunfähigkeit attestiert wird (IV-act. 33 p. 1; IV-act. 68; IV-act. 100). Sie wurden auch nur lückenhaft erstattet, bis hin zur Auslassung des Abschnitts über Diagnosen (IV-act. 68); damit kann ihnen nur reduzierte Beweiskraft zugesprochen werden. Das amtlich erstellte Gutachten vom 15. Dezember 2011 erfüllt damit die Beweisanforderungen an ein Gutachten und wurde von Fachärzten erstellt; schliesslich sind auch keine Indizien für eine ausnahmsweise Unzuverlässigkeit ersichtlich (E. 5.6 f.). Es kommt ihm demzufolge volle Beweiskraft zu.

**6.8** Die Gutachter konnten damit zum Untersuchungszeitpunkt keine aktuelle depressive Störung mehr feststellen. Im Weiteren hätten weder das chronische zervikovertebrale Schmerzsyndrom noch das chronische lumbovertebrales Schmerzsyndrom Nervenreizungen und/oder Ausfälle zur Folge. Die im Jahre 2002 attestierte Schultergelenkentzündung lasse sich aktuell nicht mehr nachweisen, es bestehe eine freie aktive und passive Beweglichkeit beider Schultergelenke. Auch bezüglich der Epicondylopathia humeri radialis rechts fehle aktuell eine residuelle (zurückgebliebene Rest-) Symptomatik, die Schmerzangaben seien ohne klinisches Substrat. Trotz diagnostizierten Fersensporns liege kein Reizzustand der Achillessehne sowie der Fersen vor. Die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers hätten in den klinischen Untersuchungen und bildgebenden Verfahren nicht (mehr) bestätigt werden können. Zudem bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den Angaben des Beschwerdeführers, wonach er sowohl im Gehen als auch im Stehen deutlich eingeschränkt belastbar sei, und seiner Beschreibung des täglichen Lebens (regelmässiges Spazieren mit den eigenen vier Hunden, Versorgung des Gemüsegartens, Unterhalt des Hauses in Portugal). Da am Bewegungsapparat keine relevanten degenerativen Veränderungen hätten gefunden werden können und aus psychiatrischer Sicht ebenfalls keine Einschränkungen vorlägen, bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Betriebsarbeiter und Schweisser volle Arbeitsfähigkeit (IV-act. 114 p. 28, 32).

**6.9** Dr. P.\_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes der IV-Stelle setzte sich in seiner Stellungnahme vom 05. Januar 2012 (IV-act. 118) detailliert mit den Ergebnissen des Gutachtens auseinander und stellte auf dessen Grundlage fest, dass aktuell keine psychiatrischen Diagnosen gestellt werden könnten und auch keine Behandlung erfolge; die mit Arztberichten aus Portugal belegten, psychiatrischen Konsultationen stellten wohl die von der Vorinstanz angeforderten Untersuchungen dar. Der Zustand der Schulter

sei klinisch und radiologisch verbessert, die Bursitis subacromialis gar vollständig zurückgebildet. Eine Entzündung oder Rheumafaktoren seien nicht festgestellt worden. Im Gegensatz zum eingeholten Gutachten seien die medizinischen Unterlagen aus Portugal deutlich mangelhaft, v.a. ohne konkrete Befundung oder Nennung funktioneller Defizite und in den Konsequenzen für die Leistungsfähigkeit stark verzerrend übertrieben. Die zeitliche Einordnung und Herleitung der Diagnosen sowie die funktionellen Einschränkungen als Grundlage für eine – insoweit überhaupt thematisierte – Arbeitsunfähigkeit seien nicht nachvollziehbar. Volle Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, wie sie auch die zuvor ausgeübte Arbeit als Schweisser darstelle, sei ab 30. September 2011, spätestens aber ab 06. Oktober 2011 gegeben. In der formularmässigen Zusammenfassung attestierte der medizinische Dienst eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (recte: 0%; vgl. Ausführungen auf S. 2) ab 30. September 2011 für die bisherige Tätigkeit als Schweisser.

**6.10** Der Beschwerdeführer legte schliesslich ein Privatgutachten vom 02. August 2012 (IV-act. 142) ins Recht und macht beschwerdeweise geltend, das Privatgutachten widerspreche dem Gutachten, eine Verbesserung von Arbeitsfähigkeit und Beschwerden sei nicht erstellt, weshalb zwingend eine Oberexpertise hätte angeordnet werden müssen.

**6.10.1** In seiner Stellungnahme vom 1. Oktober 2012 (IV-act. 152) widerspricht Dr. P. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes den Einschätzungen im Privatgutachten. Die lange Erwerbstätigkeit nach dem ersten Unfall im Jahr 1987 belege faktisch und entgegen der insinuirenden Argumentation der Privatgutachterin, dass keine relevante Störung mehr vorgelegen habe. Das Gutachten spreche oft von rein subjektiven Angaben des Versicherten und von Diagnosen, die der Revision nach den Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision unterstehen würden. Die Kritik am amtlichen Gutachten zeuge von völlig überrissenen Anforderungen, die keineswegs dem Standard der Gutachtenspraxis entsprächen. Das Privatgutachten sei deshalb nicht beweiskräftig und könne für die Beurteilung nicht massgeblich sein.

Mit Stellungnahme vom 7. Dezember 2012 empfahl die beigezogene Ärztin des medizinischen Dienstes, Dr. AA. \_\_\_\_\_, das Privatgutachten den Gutachtern des R. \_\_\_\_\_ zur Stellungnahme zu unterbreiten (IV-act. 157).

**6.10.2** Der psychiatrische Teilgutachter der R. \_\_\_\_\_ kritisierte am 18. Februar 2013 (IV-act. 159) die von der Privatgutachterin vorgebrachten

Feststellungen als nicht IV-relevant, als rein subjektive Angaben, als ohne Diagnose-Grundlage oder nicht nachvollziehbar. Eine strukturierte Befunderhebung und umfassende Anamnese lasse sie vollständig vermissen. Der Vorwurf, das amtliche Gutachten werde der psychischen Erkrankung des Versicherten nicht gerecht, sei nicht nachvollziehbar. Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren könne – entgegen der Ansicht der Privatgutachterin – nicht gestellt und die Subsumption der diversen somatischen Probleme darunter nicht nachvollzogen werden.

Dr. RA.\_\_\_\_\_, fallführender Oberarzt für die Begutachtung in der R.\_\_\_\_\_, nahm in seiner Stellungnahme vom 20. Juni 2013 (IV-act. 164) zu den einzelnen Rügen im Privatgutachten Stellung und führte aus, der Versicherte habe sich, nach elf Jahren ohne Arbeit, in sehr gut bemuskeltem Zustand präsentiert und angegeben, mit seinem Gemüsegarten und den Hunden sehr viel zu tun zu haben. Aus der Untersuchung des Bewegungsapparates hätten sich keine Hinweise dafür ergeben, dass die Arbeitsfähigkeit aufgrund objektivierbarer Einschränkungen vermindert sein sollte. Im Zeitpunkt der Untersuchung habe sich keine relevante funktionelle Einschränkung der Funktion und der Beweglichkeit sämtlicher Segmente des Bewegungsapparats, inkl. Wirbelsäule und peripherer Gelenke, gezeigt. Einzelne degenerative Veränderungen gehörten zum normalen Alterungsprozess. Aus rheumatologischer Sicht sei der Versicherte daher für leichte bis mittelschwere Belastungen voll arbeitsfähig zu betrachten. Das R.\_\_\_\_\_ halte deshalb an seiner Beurteilung fest.

**6.10.3** Das Privatgutachten umfasst 15 Seiten und wurde von einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie erstellt. Es fehlt jedoch eine eigene Anamnese. Am Ende werden Beilagen genannt, die anscheinend selbst beigezogen wurden; darunter ein Überweisungsschreiben vom 03. September 1991, drei portugiesische Arztberichte vom 29. Februar, 01. März und 28. Juni 2012 und der Bericht eines Psychiaters vom 01. März 2012 (IV-act. 142 p. 14). Die Privatgutachterin rügt, die SUVA-Vorakten seien von den amtlichen Gutachtern nicht im Detail studiert worden, auch weil ein Schreiben vom 21. März 2002 in deren Aufzählung fehle. Dieses Schreiben ist dort jedoch enthalten (s. IV-act. 114 p. 6).

Auf die eigene Untersuchung geht die Privatgutachterin nur insoweit explizit ein, dass diese zweimal zwei Stunden persönlich sowie dreimal eine Stunde per Skype gedauert habe. Der Beschwerdeführer selbst führe

seine Beschwerden auf die Unfallereignisse der Jahre 1987 und 2000 zurück (IV-act. 142 p. 8). In vielen Aussagen der Gutachterin bleibt unklar, ob diese rein subjektive Angaben des Beschwerdeführers darstellen oder ob diese auf objektiven Erkenntnissen der Privatgutachterin fussen. In ihrer indirekten Rede erscheint beides vermengt (bspw. insoweit der "schlecht gebildete", einer "differenzierten Sprache" nicht mächtige Beschwerdeführer aussage, er habe "Schlafapnoephasen" [p. 8f.]). Weiter werden mehrfach Fragen aufgeworfen, ohne den Zusammenhang zu einer leidensbedingten Arbeitsunfähigkeit – so sei der Beschwerdeführer beispielsweise "ideenflüchtig" (p. 9); vgl. auch ihre Ausführungen zu erfahrenem "Unrecht" in den vorangegangenen SUVA-Verfahren 2002 (p. 4); Frage, ob Schwerhörigkeit nicht durch Lärmexposition im Job verursacht sein könne (p. 7) – oder einer medizinischen Grundlage herzustellen (so beispielsweise wieso radiologische Aufnahmen genügten und nicht zusätzlich CT/MRI-Aufnahmen veranlasst worden seien [p. 8]).

Die Diagnosestellung der Privatgutachterin bleibt in wesentlichen Punkten nicht nachvollziehbar: So leitet sie ihre Hauptdiagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nicht schlüssig her. Gleiches gilt für die genannten psychischen Faktoren wie chronifizierte, mittelgradig bis schwere, ängstlich-agitierte Depression und schwere Angststörung. Die durchaus rentenrelevanten Schweregrade bleiben unfundiert (IV-act. 142 p. 11). Mehrfach betont die Privatgutachterin das Vorliegen von Schädel-Hirn-Traumata (ersten Grades) bei beiden Unfällen, ohne auf die Diagnosekriterien einzugehen (p. 13, 11, 2). Dabei erwähnt sie Restsymptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (p. 2, 11), ohne diese weiter herzuleiten. Bei zuvor konstatiertem Schlafapnoe (p. 3) bleibt später nur noch ein Verdacht (p. 11).

**6.10.4** Das Privatgutachten ist somit zum einen in sich widersprüchlich und zum anderen in den Schlussfolgerungen nicht begründet und nicht nachvollziehbar. In Übereinstimmung mit der Einschätzung des medizinischen Dienstes der Vorinstanz kann ihm deshalb kein wesentlicher Beweiswert im Verfahren zugestanden werden.

**6.11** Zu prüfen bleibt, ob die von der Privatgutachterin geäußerte Kritik am Administrativgutachten geeignet ist, dessen Beweiskraft zu schmälern.

**6.11.1** Dr. S. \_\_\_\_\_ bemängelt, dass Zeitangaben zu den einzelnen Untersuchungen wie auch zur Synthesekonferenz fehlen. Mit diesem Anspruch geht sie jedoch weit über die bundesgerichtlichen Anforderungen

an verwertbare Gutachten hinaus (vgl. bspw. Urteil des Bundesgerichts I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1). Weder rügt der Beschwerdeführer eine zu oberflächliche Untersuchung, noch lässt das Gutachten Hinweise auf eine solche erkennen; der Vorwurf greift deshalb ins Leere.

**6.11.2** Die Privatgutachterin rügt weiter, dass dem Beschwerdeführer eine oberärztliche Aufsicht in der neurologischen Untersuchung nicht aufgefallen sei und zudem lediglich der Assistenzarzt an der Synthesekonferenz teilgenommen habe. Sie gehe deshalb davon aus, dass die Fachärztin für Neurologie den Beschwerdeführer nie gesehen habe, was befremde. Nach Praxis des Bundesgerichts ist dem Nachweis der fachlichen Eignung genüge getan, wenn der visierende Arzt über einen entsprechenden Facharztstitel verfügt (E. 5.7), was vorliegend der Fall ist.

**6.11.3** Bezüglich Innerer Medizin, Neurologie und Rheumatologie beschränkt sich die Privatgutachterin mangels eigener Spezialisierung primär darauf, verschiedenste Fragen aufzuwerfen. Diese wurden von der Vorinstanz nochmals den amtlichen Gutachtern zur Beantwortung überlassen. Keiner der amtlichen Gutachter sah sich veranlasst, die eigene Einschätzung angesichts der aufgeworfenen Fragen zu revidieren. Ein Indiz für die Unzuverlässigkeit des amtlichen Gutachtens ist in diesen Fragen nicht zu erkennen.

**6.12** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass dem Privatgutachten im vorliegenden Beschwerdeverfahren weder bedeutender Beweiswert zukommt, noch es die Zuverlässigkeit des amtlichen Gutachtens in Zweifel zu ziehen vermag. Insoweit der Beschwerdeführer von einem vergleichbaren Beweiswert der beiden Gutachten ausgeht und deshalb ein Obergutachten verlangt, ist diesem Antrag in antizipierter Beweiswürdigung nicht zu folgen (E. 5.8).

## **7.**

**7.1** Im Gutachtenszeitpunkt des 15. Dezember 2011 stellten die Gutachter einen Fortbestand des zervikospondylogenen bzw. -vertebralen Syndroms fest, erachteten es aber nicht mehr als die Arbeitsfähigkeit beeinflussend. Die Bursitis und Epicondylopathia radialis liessen sich nicht mehr nachweisen, Schulter, Ellenbogen und Handgelenke seien gar schmerzfrei beweglich. Akute affektive Symptome seien nicht feststellbar, was zu der zumindest mehrmonatigen Abstinenz von entsprechender Medikation und Therapie passe. Die depressive Störung sei deswegen remittiert. Erweitert wird

der ursprüngliche Diagnosekatalog durch ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom und linksbetonte Senk- und Spreizfüsse, die aber beide ebenfalls als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit angesehen werden (vgl. auch E. 6.8).

**7.2** Durch den Wegfall der (unfallbedingten) chronischen Entzündungen des rechten Schultergelenks und des rechten Ellenbogens, die durch die R.\_\_\_\_\_ -Gutachter festgestellten fehlenden funktionellen Einschränkungen im Zervikal- und Lumbalbereich und den entzündungsfreien Fersensporn ist erstellt, dass es zwischen dem Vergleichszeitpunkt des 21. August 2002 und dem Gutachtenszeitpunkt vom 15. Dezember 2011 zu einer objektiv fassbaren, tatsächlichen Änderung der gesundheitlichen Einschränkungen in *somatischer* Hinsicht gekommen ist. Die darüber hinaus festgehaltenen Diagnosen wie vermindertes Hörvermögen, Dyslipidämie, Arthrose der Lenden und Knie, chronische Kopfschmerzen, Gynäkomastie, Dyspepsie/Gastritis, beidseitiger Hoden-Wasserbruch sowie Übergewicht (vgl. E. 6.4) erkannten die Gutachter als nicht die Arbeitsfähigkeit (in der bisherigen Tätigkeit) als Schweisser in rentenrelevanter Weise einschränkende Diagnosen. Die bei der Rentengewährung noch festgehaltenen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, konnte von den Gutachtern nicht mehr bestätigt werden; sie verneinten auch das Vorliegen der von den Dres. O.\_\_\_\_\_ und Q.\_\_\_\_\_ im vorliegenden Revisionsverfahren diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4; IV-act. 85, 100). Damit ist auch in psychiatrischer Hinsicht eine für das Revisionsverfahren relevante Besserung des Gesundheitszustandes eingetreten. Eine lediglich abweichende Beurteilung eines unveränderten Sachverhalts liegt damit nicht vor.

**7.3** Dass sich der Beschwerdeführer nach Erhalt des Vorbescheids vom 10. Februar 2012 in psychiatrische Behandlung habe begeben müssen (Sachv. E.j), ändert diese Einschätzung nicht. Psychiatrisch wird eine 'zurzeit', aufgrund der Rentenaufhebung, exazerbierte Depression und Ängstlichkeit beschrieben. Eine lange andauernde, funktionelle Einschränkung lässt sich daraus jedoch nicht herleiten.

## **8.**

**8.1** Nachdem – wie oben aufgezeigt – eine wesentliche Änderung des relevanten Sachverhalts erstellt ist, der Beschwerdeführer gemäss Ergebnissen des beweiskräftigen, amtlichen Gutachtens sowohl im angestammten Beruf wie auch in einer leichten bis mittelschweren Verweistätigkeit voll arbeitsfähig ist, und damit seine Gesundheitssituation eine wesentliche Verbesserung erfahren hat, bleibt die Eingliederungsfähigkeit zu prüfen.

**8.2** Die Verwaltung muss sich vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung (der Eignung, Belastungsfähigkeit etc.) und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne vorausgesetzt ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_768/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1.2). Dabei sind die gesetzlich im Rahmen der 6. IV-Revision normierten Kriterien eines mind. 15-jährigen Rentenbezugs oder eines Lebensalters jenseits von 55 Jahren analog anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3 und 3.4).

**8.3** Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung vom 04. September 2013 52 Jahre alt und hatte bis dahin während gut elf Jahren eine Rente bezogen. Nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung sprechen dieses Alter und der bisherige Rentenbezug nicht gegen eine Wiedereingliederung (vgl. beispielsweise Urteil BGer 9C\_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3). Zudem haben Gutachter und medizinischer Dienst festgehalten, dass der Beschwerdeführer auch in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Schweisser, die als mittelschwere Tätigkeit beurteilt wurde, voll arbeitsfähig sei. Er ist deshalb, in Anwendung der genannten Rechtsprechung und in Berücksichtigung des Urteils des BGer 9C\_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2 (zumutbare Selbsteingliederung bei Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit) auf den Weg der Selbsteingliederung zu verweisen. Die Aufhebung der Rente konnte deshalb auf den zweiten der Eröffnung folgenden Monat (E. 4.4.4), hier also auf November 2013, erfolgen.

## **9.**

Damit hat die Vorinstanz die hier in Raum stehende Rentenrevision korrekt eingeleitet, ist ihrer Untersuchungspflicht nachgekommen und hat die bisher ausgerichtete Rente zu Recht per 31. Oktober 2013 eingestellt. Die

Rügen des Beschwerdeführers erweisen sich als unbegründet. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

#### **10.**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

**10.1** Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> i.V.m. Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf CHF 400.- festzusetzen.

#### **10.2**

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

### **Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

#### **1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

#### **2.**

Die Verfahrenskosten werden auf CHF 400.- festgelegt. Diese werden dem Kostenvorschuss entnommen.

#### **3.**

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)
- Swisscanto Flex Sammelstiftung der Kantonalbanken, Waisenhausstrasse 2, 8021 Zürich (Ref-Nr. [...]) [B-Gruppe]

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Beat Weber

Urs Walker

**Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [BGG, SR 173.110]). 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).

Versand: