



Urteil vom 9. Mai 2018

Besetzung

Richterin Viktoria Helfenstein (Vorsitz),
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz, Richter Michael Peterli,
Gerichtsschreiber Thomas Bischof.

Parteien

A. _____, (Serbien),
vertreten durch lic. iur. Melanie Schneider-Koch,
Rechtsanwältin, Koch & Schneider Advokatur & Notariat,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenrevision;
Verfügung der IVSTA vom 12. Dezember 2016.

Sachverhalt:**A.**

A.a Der am (...) 1970 geborene, serbische Staatsangehörige A. _____ (fortan: Versicherter oder Beschwerdeführer) meldete sich am 9. Januar 2009 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons B. _____ (fortan: IV-Stelle) an. Als gesundheitliche Beschwerde nannte er einen Herzinfarkt am 11. Juni 2008 (IVSTA-act. 2). Er war zu jenem Zeitpunkt in der Stadt (...) wohnhaft und bezog Leistungen der Arbeitslosenversicherung. Er gab an, in Serbien von 1987 bis 1992 eine Lehre als Sanitärmonteur absolviert und abgeschlossen zu haben. Seine letzten beruflichen Tätigkeiten erfolgten im Rahmen eines Beschäftigungsprogramms der Regionalen Arbeitsvermittlung (RAV) beim Verein ARBIZ (Arbeits- und Bildungszentrum), (...), von Februar bis Juni 2008 und in einem befristeten Arbeitsverhältnis als Mitarbeiter Velostation bei der C. _____ von Februar 2006 bis Januar 2007 (vgl. IVSTA-act. 5 und 12).

A.b Nach Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht und dem Beizug der SUVA-Akten (der Versicherte hatte bei der Arbeit in der Velostation einen Stolperunfall erlitten, IVSTA-act. 30) beauftragte die IV-Stelle die ABI Aerztliches Begutachtungsinstitut GmbH (fortan: „das ABI“) mit einer medizinischen Begutachtung (IVSTA-act. 37 f.). Die Expertise mit je einer internistisch/allgemeinmedizinischen, psychiatrischen, neurologischen und kardiologischen Untersuchung wurde am 3. November 2011 erstattet (IVSTA-act. 43, fortan „ABI-Gutachten“). Die IV-Stelle holte dazu Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) ein (D. _____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. November 2011 [IVSTA-act. 134/15 f.] und Dr. E. _____, Facharzt allgemeine Medizin FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, Sportmedizin (D), Manuelle Medizin/Chirotherapie (D) vom 21. November 2011, 17. Februar und 2. März 2012 [IVSTA-act. 134/16 f., 18 f. und 20 f.]).

A.c Die IV-Stelle stellte mit Vorbescheid vom 12. März 2012 dem Versicherten die Zusprache einer Viertelsrente (gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 40%) ab dem 1. Juli 2009 in Aussicht (IVSTA-act. 49).

A.d Mit Einwand vom 24. April 2012 beantragte der Versicherte, nun anwaltlich vertreten, die Zusprache einer halben Rente. Er machte geltend, bei der Festsetzung des dem Einkommensvergleich zugrundeliegenden Invalideneinkommens seien die Tabellenlöhne zu reduzieren und ein leidensbedingter Abzug von mindestens 20 % vorzunehmen (IVSTA-act. 56).

A.e Mit Verfügung vom 11. Juli 2012 sprach die IV-Stelle dem Versicherten eine Viertelsrente (sowie die korrespondierenden Kinderrenten für die beiden 1993 und 1998 geborenen Töchter) zu. Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % ergab der Einkommensvergleich einen Invaliditätsgrad von 46 %. Die Verfügung blieb unangefochten.

B.

B.a Am 21. August 2012 stellte der Versicherte der IV-Stelle B. _____ neue Arztberichte zu, aus denen hervorgehe, dass sich sein Gesundheitszustand verschlechtert habe und ersuchte um Überprüfung seines Rentenanspruchs (IVSTA-act. 65). Es handelte sich um diverse medizinische Unterlagen des B. _____ Kantonsspitals im Zusammenhang mit einer am 19. Juli 2012 erfolgten ICD-Implantation (implantierbarer Cardioverter-Defibrillator).

B.b Mit Vorbescheid vom 8. November 2012 stellte die IV-Stelle in Aussicht, auf das Revisionsgesuch nicht einzutreten, da eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Rentenverfügung nicht glaubhaft gemacht sei (IVSTA-act. 69).

B.c In seinem eigenhändigen Einwand vom 5. Dezember 2012 verwies der Versicherte auf seinen schlechten Gesundheitszustand und darauf, neu bei F. _____ (Spitalfacharzt, B. _____ Psychiatrie, Ambulante Dienste) in Behandlung zu sein (IVSTA-act. 73).

B.d Mit Verfügung vom 23. April 2013 trat die IV-Stelle auf das Revisionsgesuch nicht ein (IVSTA-act. 75).

B.e Ein Bericht der B. _____ Psychiatrie, F. _____, vom 2. April 2013 ging am 29. April 2013 bei der IV-Stelle ein (IVSTA-act. 74); er wurde dem RAD zur Stellungnahme vorgelegt. Die RAD-Ärzte kamen zum Schluss, eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes sei nicht ausgewiesen. Es könne weiterhin auf das Ergebnis der psychiatrischen Begutachtung im Rahmen der ABI-Begutachtung im Jahr 2011 abgestellt werden (Dr. med. G. _____, Facharzt für Innere Medizin, vom 28. Juni und 9. August 2013 und D. _____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. August 2013; IVSTA-act. 134/23 ff.).

B.f Am 2. Mai 2013 ging der IV-Stelle ein Schreiben vom 27. April 2013 von Dr. H. _____ (Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, I. _____ AG) zu (IV-

STA-act. 76). Dr. H._____ verweist – auf Patientenwunsch und im (vermeintlich) hängigen Verfahren – auf die ICD-Implantation, vermehrte Klagen über Tachykardien, subjektiv empfundene Leistungsfähigkeitsminderung, vermehrte grippale Infekte und Durchfallerkrankungen.

C.

C.a In der Folge eines Antrags auf Anpassung von Ergänzungsleistungen forderte die Ausgleichskasse B._____ den Versicherten am 29. November 2013 auf, vorab eine IV-Revision zu beantragen (IVSTA-act. 82/1). Mutmasslich der Versicherte liess der IV-Stelle sodann neuere medizinische Unterlagen zukommen (IVSTA-act. 82/2 ff.).

C.b Die IV-Stelle nahm am 9. Mai 2014 ein Revisionsverfahren an die Hand (IVSTA-act. 84; vgl. IVSTA-act. 134 /26 Mitte). Sie zog Berichte der behandelnden Ärzte bei respektive erhielt solche: Dr. med. H._____ (vom 5. Juni 2014, unter Beilage der ihm vorliegenden Arztberichte seit der Begutachtung durch das ABI; IVSTA-act. 87 siehe auch IVSTA-act. 82/2 [6. Mai 2014] und 82/8 [13. Januar 2014]), Dr. med. J._____ (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 5. Juni 2014, IVSTA-act. 88, siehe auch IVSTA-act. 82/3 ff. [6. Mai 2014]), B._____ Psychiatrie (Dr. med. K._____, Assistenzärztin, und Dr. med. L._____, Oberärztin, vom 20. Juni 2014, IVSTA-act. 94, und 10. Juli 2014, IVSTA-act. 100; sowie M._____, Assistenzarzt, und Dr. med. L._____, Leitender Arzt, vom 29. Oktober 2010, IVSTA-act. 98; siehe auch F._____ vom 8. Oktober 2013, IVSTA-act. 82/6 f.).

C.c Der Versicherte verliess die Schweiz am 25. Juni 2014, nachdem seine Aufenthaltsbewilligung nicht verlängert worden war. Er übersiedelte vorerst nach Schweden (IVSTA-act. 95, 101, 118; vgl. IVSTA-act. 100, S. 3, „Procedere“; IVSTA-act. 88, S. 3, „Bemerkungen“).

C.d Gemäss Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. O._____ vom 18. Juli 2014 (IVSTA-act. 134/26-28) sei eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes auf somatischem wie auch psychiatrischem Fachgebiet zu verneinen.

C.e Mit Mitteilung vom 23. Juli 2014 bestätigte die IV-Stelle den bisherigen Rentenanspruch (IVSTA-act. 103).

C.f Der Versicherte erklärte am 5. August 2014 unter Verweis auf ein – davor nicht aktenkundiges – Revisionsgesuch vom 13. Mai 2014, mit der Mitteilung vom 23. Juli 2014 (Sachv. C.d) nicht einverstanden zu sein und verlangte die Zustellung einer anfechtbaren Verfügung (IVSTA-act. 104).

C.g Mit Vorbescheid vom 24. September 2014 stellte die IV-Stelle in Aussicht, das Erhöhungsgesuch abzuweisen, da weder auf psychiatrischem noch somatischem Gebiet eine anhaltende Gesundheitsverschlechterung nachgewiesen sei (IVSTA-act. 106).

C.h Der Versicherte liess am 14. Oktober 2014 Einwand führen; er beantragte die Zuspreehung einer – zumindest – halben Rente der Invalidenversicherung. Er machte geltend, den vorliegenden und einzuholenden Arztberichten lasse sich sehr wohl eine andauernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes entnehmen (IVSTA-act. 107). Im Einwandverfahren liess er Berichte des Allgemeinen Krankenhauses (Zdravstveni Centar) (...) vom 27. Oktober 2014 (IVSTA-act. 108, Übersetzung: IVSTA-act. 116) und 26. November 2014 (IVSTA-act. 117, inkl. Übersetzung) zu den Akten reichen und ausführen, aufgrund einer erheblichen psychischen Dekompensation sei ihm die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe in seiner Sprache angeraten worden. Folglich sei er nach Serbien übersiedelt (IVSTA-act. 109; vgl. auch IVSTA-act. 121).

C.i Gemäss Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. G._____ vom 21. Januar 2015 (IVSTA-act. 134/29 f.) sei eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes auf somatischem wie auch psychiatrischem Fachgebiet wiederum zu verneinen.

C.j Mit Verfügung vom 3. Februar 2015 wies die IV-Stelle ein „Erhöhungsgesuch“ ab (IVSTA-act. 122).

C.k Der Versicherte erhob am 9. März 2015 Beschwerde beim Kantonsgericht B._____, 3. Abteilung, wiederum mit dem Begehren auf Zuspreehung mindestens einer halben Rente der Invalidenversicherung (IVSTA-act. 123). Die Vorinstanz liess sich in der Sache mit dem Antrag auf Abweisung der Beschwerde und – aufforderungsgemäss – zur Frage ihrer eigenen Zuständigkeit vernehmen (IVSTA-act. 126, 128).

C.l In seinem Urteil vom 10. Juli 2015 stellte das Kantonsgericht B._____ fest, dass zum Erlass der angefochtenen Verfügung nicht die IV-Stelle B._____, sondern die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA, Vorinstanz) zuständig gewesen wäre. Einen Verzicht auf Aufhebung

der angefochtenen Verfügung aus Gründen der Prozessökonomie lehnte es ab – zwar habe der Versicherte seinerseits die fehlende Zuständigkeit nicht gerügt, jedoch sei bei der gegebenen Aktenlage die Angelegenheit nicht spruchreif, denn es „fehlen aktuelle, dem Abklärungsstandard entsprechende Berichte, die sich über die Art und den Umfang des Leidens sowie über die sich daraus ergebenden Einschränkungen aussprechen und eine Arbeitsfähigkeitsbeurteilung beinhalten“. Insbesondere vermöge die Beurteilung der psychiatrischen Seite durch den Allgemeinmediziner nicht zu überzeugen; ohne Facharzttitel der Psychiatrie und ohne den Versicherten untersucht zu haben, sei nicht zu entscheiden, ob es sich beim depressiven Zustandsbild um eine reaktive oder eine verselbständigte Störung handle. Folglich seien weitere Abklärungen in somatischer und psychischer Hinsicht für eine abschliessende Beurteilung des Anspruchs des Versicherten erforderlich. Die Beschwerde wurde in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung aufgehoben und die Angelegenheit an die IV-Stelle B._____ zurückgewiesen wurde, verbunden mit der Anweisung, die Akten an die IVSTA zu übergeben (IVSTA-act. 129).

C.m Die IV-Stelle B._____ schloss ihre Akten per 28. Oktober 2015 und übergab sie an die IVSTA (IVSTA-act. 132-137).

D.

D.a Gestützt auf die Beurteilung des medizinischen Dienstes (Dr. P._____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, 28. November 2015, IVSTA-act. 144) ordnete die IVSTA am 7. Dezember 2015 über den serbischen Versicherungsträger eine Begutachtung in den Disziplinen Psychiatrie, Kardiologie und Innere Medizin in Serbien an (IVSTA-act. 145).

D.b Im Sinne eines Gutachtens übergab der Sachbearbeiter am 3. Juni 2016 folgende Berichte an den medizinischen Dienst (IVSTA-act. 174), die vom serbischen Versicherungsträger übermittelt worden waren. Es handelt sich um fachärztliche Berichte unter dem Briefkopf des Allgemeinspitals (...), die Autorinnen firmieren gemäss Übersetzung als „Behandelnde Ärztin“:

- Dr. Q._____, Fachärztin Psychiatrie, vom 17. März 2016 (IVSTA-act. 173);
- Dr. R._____, Fachärztin Innere Medizin, vom 4. März 2017 (IVSTA-act. 172);

- Dr. S._____, Fachärztin für Pneumo-Physiologie, vom 4. November 2015 (IVSTA-act. 168);
- Autorschaft nicht zuordenbar, mutmasslich psychiatrischer Hintergrund, vom 30. Juni resp. 1. Juli 2015 (IVSTA-act. 167);
- Dr. S._____, (s.o.), vom 27. April 2015 (IVSTA-act. 166);
- Dr. S._____, (s.o.), vom 17. März 2015 (IVSTA-act. 165);
- Dr. S._____, (s.o.), vom 16. März 2015 (IVSTA-act. 164).

Ferner folgende medizinische Unterlagen, welche die Rechtsvertreterin des Versicherten zur Verfügung gestellt hatte (IVSTA-act. 161):

- Fachärztlicher Bericht Dr. T._____, Allgemeinspital (...), vom 4. März 2015 (IVSTA-act. 160);
- Entlassungsschein KBC Ee._____, Klinik der Inneren Medizin, Kardiologie und Herzschrittmacher, (...), Mr.sci.med. U._____, Behandlung vom 26. Januar bis 3. März 2015 (IVSTA-act. 159);
- Fachärztlicher Bericht, KBC Ee._____, Psychiatrische Ambulanz, Dr. V._____, vom 5. Februar 2015 (IVSTA-act. 158);
- Entlassungsschein Allgemeines Krankenhaus (...), Dr. W._____, Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie, vom 25. Januar 2015 (IVSTA-act. 157);
- Entlassungsschein Allgemeines Krankenhaus (...), X._____, Fachärztin Innere Medizin, vom 8. Januar 2015 (IVSTA-act. 156);
- B._____ Kantonsspital, Innere Medizin, Dr. med. Y._____, vom 20. Juli 2012 (IVSTA-act. 155);
- Kantonsspital B._____ Katheterlabor, Prof. Dr. med. Z._____, vom 19. Juli 2012 (IVSTA-act. 154);
- I._____ AG, med.pract. Aa._____, vom 11. Juni 2008 (IVSTA-act. 153).

D.c Gemäss Stellungnahmen des medizinischen Dienstes (Dr. P._____, vom 9. Juni 2016 [IVSTA-act. 175] und Dr. Bb._____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 28. Juni 2016 [IVSTA-act. 177]) sei aus kardiologischer wie auch aus psychiatrischer Sicht eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verneinen.

D.d Mit Vorbescheid vom 14. Juli 2016 stellte die IVSTA in Aussicht, das Revisionsgesuch abzuweisen. Die bestehende Symptomatik sei bereits in den ursprünglichen Rentenentscheid eingeflossen, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei weder aus somatischer noch psychiatrischer Warte auszumachen (IVSTA-act. 178).

D.e Mit Einwand vom 22. August 2016 liess der Versicherte die Zusprache einer zumindest halben Invalidenrente beantragen. Neuere Berichte sprächen durchaus für eine Verschlechterung. Mit den eingeholten Berichten sei die Vorinstanz ihrer Pflicht zur umfassenden Sachverhaltsabklärung nicht nachgekommen (IVSTA-act. 185).

D.f Die IVSTA legte die neueren Facharztberichte des Allgemeinen Krankenhauses (...), nämlich

- Dr. Q._____, Fachärztin für Psychiatrie, vom 8. August 2016 (IVSTA-act. 187); und
- Dr. Cc._____, Fachärztin für Innere Medizin, vom 16. August 2016 (IVSTA-act. 188);

den beurteilenden Ärzten des medizinischen Dienstes vor (IVSTA-act. 189, 191). Diese hielten an ihrer Beurteilung fest (Dr. P._____ vom 9. September 2016 [IVSTA-act. 190], und Dr. Bb._____ vom 29. September 2016 [IVSTA-act. 192]).

D.g Mit Verfügung vom 12. Dezember 2016 (IVSTA-act. 193, „angefochtener Entscheid“) wies die Vorinstanz das Revisionsbegehren ab. Im Revisionsverfahren hätten sich – insbesondere auch aufgrund der im Einwandverfahren ins Recht gelegten Berichte – nur die bekannten Gesundheitsbeeinträchtigungen gezeigt. Diese seien hinlänglich dokumentiert, namentlich sei „im März 2016 [...] in (...) ein ausführlicher ärztlicher Bericht erstellt [worden], der als Entscheidungsgrundlage dient“. Es bestehe bis zum Wegzug ins Ausland und weiterhin ein Invaliditätsgrad von 40%; die dem entsprechende Viertelsrente werde aufgrund der gegebenen Situation (Nationalität, Wohnsitz) nicht ausbezahlt.

E.

E.a Mit Eingabe vom 30. Januar 2017 (act. 1) erhob der Versicherte Beschwerde gegen diese Verfügung. Er stellte die Anträge:

1. Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei eine IV-Rente von mindestens 50% zuzusprechen.
2. Es sei ein umfassendes polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben. Eventualiter sei dieses Gutachten in der Schweiz in Auftrag zu geben.
3. Eventualiter sei ein unabhängiges Gutachten betreffend die Frage der persönlichen Ressourcen und der Restarbeitsfähigkeit in Auftrag zu geben. Eventualiter sei auch dieses Gutachten in der Schweiz in Auftrag zu geben.
4. Subeventualiter sei die Angelegenheit an die Vorinstanz oder an die Beschwerdegegnerin zwecks Vervollständigung des Sachverhalts und zur neuen Entscheidung zurückzuweisen.
5. Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Prozessführung zu erteilen und die unterzeichnende Anwältin sei als unentgeltliche Prozessbeiständin zu bestellen.
6. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten des Staates.

Der Beschwerdeführer macht geltend, der psychische Gesundheitszustand habe sich ausweislich mehrerer neuerer Arztberichte verschlechtert. Zu der im ABI-Gutachten diagnostizierten Panikstörung ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien neue Diagnosen hinzugetreten, insbesondere hospitalisationswürdige rezidivierende depressive Störungen, gegenwärtig in je schwerer Episode, mit und ohne psychotische Symptome, teils diagnostiziert mit Suizidalität; in der B._____ Psychiatrie sei eine Verdachtsdiagnose auf eine Persönlichkeitsänderung nach Nahtoderfahrung gestellt worden.

Aus kardiologischer Sicht sei der Beschwerdeführer weder für körperliche Anstrengungen noch für Arbeiten in schlechten mikroklimatischen Bedingungen arbeitsfähig, weitere Untersuchungen seien aufgrund der Berichtslage notwendig.

Es lägen somit klare Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor. Die Vorinstanz wäre gehalten gewesen, den Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären und die erforderlichen Auskünfte einzuholen.

Die eingeholten fachärztlichen Berichte genügten dieser Pflicht nicht; weder ergäben sich daraus genügende Auskünfte über Art und Umfang der Beschwerden oder der Einschränkungen des Beschwerdeführers noch seiner Arbeitsfähigkeit. Die Anforderungen an ein Gutachten seien nicht erfüllt, die Berichtslage beantworte die gestellten Fragen weder schlüssig noch nachvollziehbar noch seien die Schlüsse der Berichte nachvollziehbar begründet. Die Vorinstanz handle willkürlich, indem sie auf einen RAD-Bericht abstelle, der, ohne dass der Patient untersucht worden sei, fachärztliche Diagnosen einfach über den Haufen werfe und sich trotz der Feststellung des RAD-Psychiaters, der Psychostatus sei nicht hinlänglich abgeklärt, nicht gehalten sehe, weitere Abklärungen zu treffen.

Der Beschwerdeführer reichte mit der Beschwerde und mit der Ergänzung zum Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege neue Arztberichte ein:

- Mr.sci.med. Dd._____, Fachärztin Innere Medizin und Kardiologie, KBC Ee._____, (...), vom 18. Januar 2017 (bf-act. 6);
- Entlassungsbericht Dr. Ff._____, Facharzt Innere Medizin, Allgemeines Krankenhaus (...), vom 20. März 2017 (bf-act. 11);
- Facharztbericht, Dr. Q._____, Fachärztin Psychiatrie, Allgemeines Krankenhaus (...), vom 11. April 2017 (bf-act. 12).

E.b Das (am 4. Mai 2017 ergänzte [act. 8]) Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wurde mit Verfügung vom 12. Mai 2017 gutgeheissen und es wurde antragsgemäss Rechtsanwältin Melanie Schneider-Koch als amtliche Rechtsbeiständin beigeordnet (act. 9).

E.c In ihrer Vernehmlassung vom 3. Juli 2017 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde (act. 12).

Einleitend führt die Vorinstanz aus, die Invalidität definiere sich nicht nach gesundheitlichen, sondern wirtschaftlichen Kriterien – nämlich als die durch einen Gesundheitsschaden verursachte dauernde und langandauernde Beeinträchtigung der Erwerbsmöglichkeiten auf dem für die versicherte Person in Betracht fallenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Gegenstand der Versicherung sei mithin nicht der Gesundheitsschaden; rechtliche Bedeutung habe dieser nur, soweit er eine Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit habe. Im Zuge der Rentenrevision seien Veränderungen in den tatsächlichen Verhältnissen relevant, welche den Invaliditätsgrad zu

beeinflussen vermöchten. Dabei sei der Sachverhalt im Zeitpunkt der Rentenrevision mit demjenigen der ursprünglichen Rentenverfügung respektive der letzten Rentenrevision zu vergleichen.

Vorliegend seien die zahlreichen Berichte gründlich in somatischer wie auch psychiatrischer Hinsicht gewürdigt worden, die eigenen Experten hätten sich ein deutliches und nachvollziehbares Bild der vorliegenden Leiden bilden können und seien mehrfach – auch in Würdigung der neu eingereichten Belege (Stellungnahme RAD vom 27. Juni 2017; Vernehmlassungsbeilage resp. IVSTA-act. 195) – zum Schluss gekommen, es liege keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegenüber der Rentenzusprache im Jahr 2012 vor.

Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, würden nur an Versicherte mit Wohnsitz in der Schweiz (oder aber Bürger der Europäischen Union) ausbezahlt, weshalb die Einbehaltung der Viertelsrente zu Recht erfolge.

E.d Der Beschwerdeführer replizierte am 30. Juli 2017 (act. 14).

Er verweist auf das Urteil des Kantonsgerichts B._____ vom 10. Juli 2015, gemäss welchem er im Rahmen eines internistischen, kardiologischen und psychiatrischen Gutachtens zu untersuchen sei, wobei die prozentuale Arbeitsfähigkeit anzugeben sei. Die eingeholten Berichte würden diesem Anspruch nicht genügen. Bemängelt wird, dass die Stellungnahme des RAD vom 25. Juni 2017, die auch die psychiatrische Diagnose beurteile, einzig aus der Feder eines Allgemeinmediziners stamme. Dieser stelle immerhin auch fest, dass sich die aufgelegten Arztberichte nicht zur Arbeitsfähigkeit äusserten.

E.e Mit ihrer Duplik vom 23. August 2017 (act. 16) teilte die Vorinstanz mit, sie habe den psychiatrischen Arztbericht aufgrund der Replik dem bisher involvierten Psychiater des RAD zur Stellungnahme zugestellt; dieser bestätige seine bisherige Stellungnahme (RAD-Stellungnahme vom 17. August 2017 [ohne Nummer]).

E.f Am 14. Dezember 2017 reichte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers einen aktuellen Arztbericht und ein persönliches Schreiben desselben zu den Akten (act. 18). Die Vorinstanz liess sich dazu nicht vernehmen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Das Bundesverwaltungsgericht beurteilt gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) Beschwerden gegen Verfügungen im Sinne von Art. 5 VwVG (SR 172.021), sofern eine Vorinstanz gemäss Art. 33 VGG entschieden hat und keine Ausnahme nach Art. 32 VGG gegeben ist.

1.2 Im Streit liegt die Verfügung der IVSTA vom 18. Juli 2016; die IVSTA ist Vorinstanz im Sinne von Art. 33 Bst. d VGG (vgl. Art. 69 Abs. 1 lit. b IVG [SR 831.20]), eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Betreffend die Zuständigkeit der IVSTA ist auf das Urteil des Kantonsgerichts B. _____ vom 10. Juli 2015 (IVSTA-act. 129, E. 3) zu verweisen. Das Bundesverwaltungsgericht ist für die Beurteilung der Beschwerde zuständig.

1.3 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Ebenfalls keine Anwendung findet das VwVG, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist (Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG). Dies ist für die Invalidenversicherung (Art. 1a–26^{bis} und 28–70 IVG) der Fall, soweit das IVG nicht ausdrücklich vom ATSG abweicht (Art. 1 Abs. 1 IVG).

1.4 Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen, sein Leistungsbegehren abweisenden, Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung; er ist im Sinne von Art. 59 ATSG zur Beschwerde legitimiert.

1.5 Die Beschwerde erfolgte frist- und formgerecht (Art. 60 i.V.m. Art. 38 Abs. 3 und Abs. 4 Bst. c ATSG und Art. 52 i.V.m. Art. 22a Abs. 1 Bst. c und Art. 20 Abs. 3 VwVG). Von der Leistung des Gerichtskostenvorschusses (Art. 69 Abs. 1^{bis} und Abs. 2 IVG) wurde der Beschwerdeführer befreit (Art. 65 Abs. 1 VwVG). Auf die Beschwerde ist einzutreten.

2.

In Frage steht, ob die Vorinstanz im Revisionsverfahren die Erhöhung der Viertelsrente auf eine halbe Rente zu Recht abgelehnt hat.

2.1 Das Bundesverwaltungsgericht prüft im vorliegenden Verfahren die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des

Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

2.2 Der Beschwerdeführer bringt mit der Beschwerde unter anderem vor, das erhobene Gutachten genüge qualitativ den rechtlichen Anforderungen nicht; mit dem Abstellen auf den Bericht des medizinischen Dienstes erscheine die Sachverhaltsfeststellung als geradezu willkürlich. Es wird mithin die unrichtige respektive unvollständige Feststellung des Sachverhaltes – bezüglich der Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in für die Bemessung der Invalidität erheblicher Art verändert habe – gerügt.

3.

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger der Republik Serbien und hat dort seinen Wohnsitz, weshalb das im Verhältnis zur Republik Serbien bis heute gültige Abkommen vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) zur Anwendung kommt (vgl. BGE 139 V 263 E. 3). Nach Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Sozialversicherungsabkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Somit, und da der Beschwerdeführer vor dem Verlassen der Schweiz eine ordentliche Invalidenrente bezogen hat (Art. 8 Bst. b Sozialversicherungsabkommen), beantwortet sich die Frage, ob und in welchem Umfang der Beschwerdeführer Anspruch auf eine schweizerische Invalidenrente hat, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

4.

4.1 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 körper-

lichen, 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).

4.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b), und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

4.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (so auch Art. 8 Bst. e des Sozialversicherungsabkommens). Vorbehaltlich einer – hier nicht vorliegenden – abweichenden staatsvertraglichen Regelung entsteht bei Versicherten im Ausland der Rentenanspruch folglich nur dann, wenn sie während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 50% arbeitsunfähig gewesen sind und der Invaliditätsgrad nach Ablauf der Wartezeit mindestens 50% beträgt (vgl. BGE 121 V 264 E. 5 und 6; 130 V 253).

4.4 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 86^{ter}-88^{bis} der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den – den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden – Tatsachen. Eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche 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 [Urteil 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013] E. 6.1.3 m.H.). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11).

Als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht, und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (vgl. BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.).

4.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

4.6 Im Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 40 des Bundesgesetzes vom 4. Dezember 1947 über den Bundeszivilprozess [BZP, SR 273] i.V.m. Art. 19 VwVG). Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Be-

weismittel objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

4.6.1 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (137 V 210 E. 6.2.2, BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

4.6.2 Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So weicht der Richter bei Gutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Verwaltung und der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Eine abweichende Beurteilung kann etwa gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 f. m.w.H.). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet und in sich widerspruchsfrei sind, und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 353 f.).

4.6.3 Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4). Solche Indizien können sich aus dem Gutachten selber ergeben (z.B. innere Wider-

sprüche, mangelnde Nachvollziehbarkeit) oder auch aus Unvereinbarkeiten mit anderen ärztlichen Stellungnahmen (Urteil des BGer 9C_49/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 4.1).

4.6.4 Soweit es sich bei der zu beobachtenden gesundheitlichen Störung um eine psychische Erkrankung handelt, ist nach der neueren Rechtsprechung im Regelfall das ursprünglich für anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte, durch Indikatoren geleitete strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 anzuwenden (Urteil des BGer 8C_130/2017 vom 30. November 2017 [zur Publikation vorgesehen] E. 5 bis 7).

Im Bereich der psychischen Gesundheitsschäden hat das medizinische Gutachten, um beweiskräftig zu sein, somit nicht nur die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen zu erfüllen, sondern auch anhand der systematisierten Indikatoren Rückschlüsse auf die funktionellen Auswirkungen schlüssig und widerspruchsfrei festzustellen (eingehend Urteil des BGer 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4).

5.

5.1 Umstritten und zu klären ist vorliegend, ob sich der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers seit dem letzten rechtskräftigen Revisionsentscheid vom 23. April 2013 in für den Rentenanspruch erheblicher Art verändert hat. In jenem Entscheid war die IV-Stelle auf ein Revisionsgesuch um Erhöhung der bestehenden Viertels- auf ein halbe Rente nicht eingetreten, da eine wesentliche Verschlechterung der tatsächlichen Umstände in für den Rentenanspruch erheblichem Masse nicht glaubhaft gemacht sei.

Aus den Akten bzw. deren Chronologie geht nicht klar hervor, ob die IVSTA die neuerliche Revision auf Grund eines Gesuches oder letztlich selbst im Rahmen einer Revision von Amtes wegen an die Hand genommen hat. So erwähnen sowohl die IV-Stelle B. _____ in ihrer Verfügung vom 3. Februar 2015 (IVSTA-act. 122) wie auch die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung ein Gesuch des Beschwerdeführers (im Falle der IVSTA mit Datum vom 22. August 2012 – jenes war jedoch Auslöser des mit Verfügung vom 23. April 2013 abgeschlossenen Verfahrens); ein Gesuch vom 13. Mai 2014 (IVSTA-act. 104/2) wäre aber nach Einleitung des Verfahrens gestellt worden (vgl. IVSTA-act. 84, datiert am 9. Mai 2014). Letztlich ist dies für die Prüfung des Rentenanspruchs jedoch ohne Belang. Massgebend ist,

dass die Revision materiell geprüft und mit einer *Abweisung* des Erhöhungsbegehrens abgeschlossen wurde, so dass die Eintretensfrage auf das Gesuch nicht mehr geprüft werden muss und das Verfahren dem Untersuchungsgrundsatz gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG untersteht. Den Beschwerdeführer trifft somit wohl eine Mitwirkungsobliegenheit (Art. 28 ATSG), nicht aber die Beweisführungslast wie für die Frage des Eintretens auf ein Revisionsgesuch (Art. 87 Abs. 2 IVV). Zeigen die ärztlichen Sachverständigen konkrete Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit auf, die zu einer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (vgl. E. 4.4).

5.2 Die IV-Stelle B. _____ war auf das Erhöhungsgesuch vom 21. August 2012 nicht eingetreten, weil gegenüber dem tatsächlichen Zustand, der der Verfügung vom 11. Juli 2012 zugrunde gelegen war, keine erhebliche Veränderung glaubhaft gemacht wurde. Jene Verfügung stützte sich im Wesentlichen auf das ABI-Gutachten vom 3. November 2011 und die darauf fussende Beurteilung durch die Fachspezialisten des RAD.

5.2.1 Das ABI-Gutachten weist die den Gutachtern vorliegenden medizinischen Akten aus. Der Beschwerdeführer wurde am 6. und 13. September 2011 im ABI durch die Dres. Gg. _____ (Fallführung, FMH Innere Medizin), Hh. _____ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie), li. _____ (FMH Neurologie) und Jj. _____ (FMH Kardiologie) untersucht. Das Gutachten weist einen Teil „Exploration/Anamnese“ erstellt durch den fallführenden Gutachter auf (Abschn. 3), sodann die Teilgutachten der Disziplinen Psychiatrie (Abschn. 4.1), Neurologie (Abschn. 4.2) und Kardiologie (Abschn. 4.3). Die Teilgutachten weisen je eine disziplinspezifische Befunderhebung, Diagnosestellung, Beurteilung, Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit, Stellungnahmen zur Selbsteinschätzung und zu früheren ärztlichen Einschätzungen und teils Massnahmen aus. Es folgen eine Zusammenfassung der Diagnosen (Abschn. 5) und eine im multidisziplinären Konsensus gefundene Gesamtbeurteilung (Abschn. 6).

Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Abschn. 5.1) wies das Gutachten aus:

1. Koronare Herzkrankheit (1-Asterkrankung) (ICD-10 I25.1)
 - St. n. akutem Vorderwandinfarkt mit Reanimation 11.06.2008

- St. n. Akut-PTCA und BMS-Stentimplantation 11.06.2008
 - St. n. PTCS/ Stent wegen Instent-Restenose und distaler Stenose mit DE Ballon 27.10.2008
 - Koronarangiographie 19.03.2010 leichte Instent-Restenose distaler RIVA und mässige Abgangsstenose R. diagonalis, konservatives Prozedere, LVEF 38 %
 - aktuell echokardiographisch LVEF 30-35 % (13.09.2011)
 - Dauerantikoagulation mit Maroumar bei Status nach 1/3-Thrombus 2008
 - Kardiovaskuläre Risikofaktoren
 - Status nach massivem Nikotinkonsum bis 06/08
 - Metabolisches Syndrom (vgl. Diagnose 5.2.1)
2. Panikstörung (ICD-10 F41.0)
 3. Sensibles Hemisyndrom links unklarer Ursache; DD im Rahmen eines zerebrovaskulären Insults, pathogenetisch bei kardialer Embolie in Zusammenhang mit einem Myokardinfarkt 6/08 (ICD-10 I63.8)
 - Risikofaktoren: vgl. Diagnose 5.1.1

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Abschn. 5.2):

1. Metabolisches Syndrom
 - morbide Adipositas (BMI 47 kg/m²) (ICD-10 E66.0)
 - arterielle Hypertonie, medikamentös (ungenügend) behandelt (ICD-10 I10)
 - Dyslipidämie, medikamentös behandelt (ICD-10 E78.2)
2. Phobie (ICD-10 F40.2)
3. Leichtgradige sensomotorische Ulnarisparese links whs. Druckbedingt (ICD-10 G56.2)

Das Gutachten weist eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einerseits in den Teilgutachten (Abschn. 4.1.5, 4.2.5, 4.3.5), andererseits in einer Gesamtbeurteilung (Abschn. 6.2 f.) auf. In den Vordergrund rückten die Gutachter die kardiologische Komponente. Diese schränkte die Arbeitsfähigkeit auf nurmehr leichte Arbeiten mit mindestens hälftigem sitzenden Anteil ein. Die

Arbeit könne an sechs Stunden täglich, bei reduziertem Rendement wahrgenommen werden; insgesamt bestehe eine 70 %ige Leistungsfähigkeit. Einschränkungen aus neurologischer Hinsicht wirkten sich faktisch nur auf Tätigkeiten aus, die der Beschwerdeführer nie wahrgenommen habe. Die Panikstörung, namentlich das punktuelle Auftreten von Panikattacken, schränke die Arbeitsfähigkeit um 10% ein. Die festgestellten Einschränkungen wirkten sich additiv aus, da sich die intervallmässig auftretenden Panikattacken nicht in die aus somatischen Gründen vorgegebenen Erholungspausen integrieren liessen. Der Beginn der Reduktion der Leistungsfähigkeit auf 60 % lasse sich gemittelt auf den Myokardinfarkt im Juni 2008 festlegen. Höhergradige psychiatrische Einschränkungen könnten im Rückblick nicht als im invalidisierenden Sinne langedauernd betrachtet werden.

5.2.2 Seitens des RAD wurde das Gutachten durch D._____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, beurteilt. Beide hielten die Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit aus ihrem Fachbereich jeweils für schlüssig und nachvollziehbar (je 21. November 2011, IVSTA-act. 134/15 ff.).

5.3 Im Rahmen des aktuellen Revisionsverfahrens gab die Vorinstanz in Nachachtung des Urteiles des Kantonsgerichts B._____ vom 10. Juli 2015 über den serbischen Versicherungsträger eine Begutachtung in den Fachgebieten Psychiatrie, Kardiologie und Innere Medizin in Auftrag (vorne D.a).

5.3.1 Daraus resultierte nicht ein einheitliches Dokument, sondern eine Mehrzahl von Berichten aus den genannten Fachgebieten, welche ergänzt wurden durch Belege, die die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers beigebracht hatte (vorne D.b). Die Berichte datieren (mit Ausnahme eines Berichts des B._____ Kantonsspitals vom 20. Juli 2012, IVSTA-act. 155) aus der Zeit von Januar bis April 2015. Es handelt sich durchweg um „Entlassungsscheine“ oder „Fachärztliche Berichte“, die laufende Untersuchungen und Behandlungen, teils notfallmässig erfolgte, dokumentieren; verfasst sind sie weitgehend von Medizinerinnen, die sich ausweislich ihrer Unterschrift (und gemäss Übersetzung) als „behandelnd“ bezeichnen.

5.3.2 Gemäss der Beurteilung dieser Berichtssammlung durch den Allgemeinmediziner des RAD (Dr. P._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, 9. Juni 2016, IVSTA-act. 175) entspreche die „Diagnoseliste“ des umfassendsten Berichts den Angaben des ABI-Gutachtens, neu sei einzig das

ICD-Implantat. Die Herzleistung sei unverändert, Einschränkungen der Lungenfunktion gründeten in der invaliditätsfremden Adipositas.

Der psychiatrische Experte des RAD (Dr. Bb. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, 28. Juni 2016) stellt fest, dass die vorgelegten psychiatrischen Berichte keinen vollständigen Psychostatus ausweisen, insbesondere keine Unterschiede zu früheren Berichten hervorheben. Sodann vergleicht der Experte die Berichtslage mit Berichten Dr. Kk. _____ der Jahre 2009 bis 2010. Die damals beschriebene isolierte Phobie (ICD-10 F40.2) respektive Angststörung (ICD-10 F41.0), die sich um die Angst vor einem weiteren Herzinfarkt dreht, mache die gesamte Symptomatik aus und sei bereits in die Erwägungen des Rentenentscheides im Jahre 2011 eingeflossen. Die Bedeutung der im Bericht vom 1. Juli 2015 (IVSTA-act. 167) genannten Diagnose einer depressiven Episode (ICD-10 F32) oder rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33), jeweils in schwerer Ausprägung, wird eingangs der Beurteilung zwar zitiert, aber nicht diskutiert.

5.3.3 Mit seinem Einwand vom 22. August 2016 legte der Beschwerdeführer Verlaufsberichte aus dem Bereich der Inneren Medizin und der Psychiatrie vor (IVSTA-act. 187 f.); letzterer diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, sowohl mit wie auch ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2 resp. F33.3). Die Experten des RAD hielten an ihren Beurteilungen fest (IVSTA-act. 190 und 192, vorne D.e und D.f).

5.4 Weder die Form der Begutachtung, noch deren Beurteilung durch den RAD vermögen zu überzeugen.

5.4.1 Anders als im Jahre 2011 mit dem ABI-Gutachten liegt im Revisionsverfahren kein aus einheitlichem Guss gefertigtes Gutachten unabhängiger Experten vor. Die Entscheidungsgrundlage der Vorinstanz erschöpft sich in einer losen Ansammlung von Verlaufsberichten behandelnder Ärzte, deren Kadenz und Gehalt von der Zufälligkeit von (zum Teil notfallmässig erfolgten) Arztkonsultationen bestimmt sind. Keiner der Berichte lässt erkennen, dass den Autorinnen die vorbestehenden medizinischen Akten bekannt gewesen wären, dementsprechend fehlt eine Auseinandersetzung mit früheren Einschätzungen. Eine zusammenfassende Diagnosestellung oder wertende Beurteilung fehlt völlig – der RAD-Experte der Allgemeinen Medizin sah sich genötigt, aus der Gesamtheit der Berichte denjenigen mit der umfassendsten „Diagnoseliste“ (nämlich IVSTA-act. 159) auszuwählen. In den

Berichten fehlt ein Aufschluss darüber, welche Diagnosen (noch oder neu) einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten, ebenso fehlt deren Beurteilung überhaupt. Während aus dem internistischen respektive kardiologischen Bereich teils umfassendere Berichte vorliegen, ist insbesondere die psychiatrische Berichtslage gegenüber den Anforderungen der Rechtsprechung, aber auch dem detaillierten Auftrag der Vorinstanz (IVSTA-act. 145) ungenügend. Für das strukturierte Beweisverfahren bei psychischen Störungen verwertbare Rückschlüsse auf die Standardindikatoren (vgl. E. 4.6.4) lassen sich den Berichten nicht entnehmen. Von einer interdisziplinären Gesamtbeurteilung kann ohnehin keine Rede sein.

Diese Form der Begutachtung genügt weder dem durch die Vorinstanz erteilten Auftrag, noch den Anforderungen der Rechtsprechung (vorne, E. 4.6 und 4.6.3 f.).

5.4.2 Damit fehlt der nachfolgenden Beurteilung durch den RAD an sich schon die taugliche Grundlage. Beide Experten des RAD gehen dagegen von der Verwertbarkeit dieser Berichte aus.

5.4.2.1 Die Beurteilung dieser Berichtslage durch den Allgemeinmediziner des medizinischen Dienstes beschränkt sich faktisch auf einen Abgleich der „Diagnoseliste“ des umfassendsten Berichts (IVSTA-act. 159) mit dem ABI-Gutachten – der genannte Bericht spricht sich immerhin über eine ca. einwöchige Hospitalisation aus. Neu sei einzig der ICD-Defibrillator, die Herzleistung gleichbleibend, Sinusrhythmus normal ohne Extrasystolen und Angina pectoris; die Lungenleistung sei invaliditätsfremd begründet eingeschränkt, die Sauerstoffsättigung normal. Daraus schlussfolgert der Beurteiler, die Arbeitsfähigkeit respektive der Gesundheitszustand habe sich nicht verändert.

Dieser Bericht mag zwar der ausführlichste der vorliegenden Berichtsammlung sein, seine Auswahl erscheint dennoch etwas beliebig – er stammt übrigens gar nicht aus den durch den serbischen Versicherungsverträger übergebenen Unterlagen, sondern aus denjenigen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers. Auch er dokumentiert letztlich einen Klinikaufenthalt und lässt zentrale Elemente eines Gutachtens vermissen; insbesondere fehlt ein aussagekräftiger Verlauf, eine Auseinandersetzung mit Vorberichten und eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit, gerade mit Blick auf die lange Dauer. Die vom Gutachter zitierte, gleich gebliebene Herzleistung wird im Bericht nur als „geschätzt“ angegeben. Es ist einigermaßen zweifelhaft, ob ein solcher, rein äusserlicher Abgleich von Diagnosen

und Werten hinreichenden Aufschluss über die weiter nicht dokumentierte Leistungsfähigkeit geben kann.

5.4.2.2 Nicht zu überzeugen vermag aber vor allem die Beurteilung durch den psychiatrischen Experten. Obwohl er einen ersten psychiatrischen Bericht kritisiert, weil dieser keinen Verlauf festhält, kein Psychostatus erhoben und keine Auseinandersetzung mit früheren Untersuchungen vorgenommen worden seien und die folgenden Berichte nichts Neues aufzeigten, geht er trotz dieser offenkundigen Mängel von der Verwertbarkeit der Berichtssammlung aus.

Der Experte definiert sodann Arztberichte Dr. Kk. _____ aus den Jahren 2008 bis 2010 als Referenzpunkt. Diese, so der Experte, umschrieben die „einzig richtige Diagnose“; die gesamte Symptomatik sei damit schon vor der Zusprache der Viertelsrente „genannt“ worden, sie „floss also bei den Erwägungen bereits ein“ (IVSTA-act. 177 Mitte). Das ist in dieser Absolutheit nicht korrekt, mag es auch rein chronologisch betrachtet so scheinen: Grundlage der Rentenzusprache waren nicht diese Berichte, sondern das ABI-Gutachten (das durchaus in Kenntnis von und in Auseinandersetzung mit diesen Berichten erstellt wurde). Damit ist das ABI-Gutachten auch als Referenzpunkt definiert, von dem aus Abweichungen des heutigen Gesundheitszustandes zu beurteilen sind. Ob der Experte des medizinischen Dienstes nach Aktenstudium aus heutiger Warte die damalige Diagnose der Panikstörung teilen mag oder nicht, muss unberücksichtigt bleiben.

Bereits im Urteil des Kantonsgerichts B. _____ war sodann der Umgang des RAD mit einer Diagnose aus dem Formenkreis der Depression ein Thema: An der Beurteilung des damaligen RAD-Experten wurde bemängelt, dass er eine diagnostizierte Depression als ein rein reaktives Geschehen beurteilte, ohne den Versicherten untersucht zu haben und ohne belastbare aktenmässige Grundlage. Diagnosen aus diesem Formenkreis sind spätestens, seit der Beschwerdeführer in Serbien lebt, dokumentiert (IVSTA-act. 108, 117), im Juli 2014 diagnostizierte Dr. med. K. _____, B. _____ Psychiatrie, immerhin eine Angststörung und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2; IVSTA-act. 100). Diese Diagnosen sind gegenüber dem ABI-Gutachten neu. Es ist nicht nachvollziehbar, dass der Experte diese Diagnosen, obwohl er sie zitiert, und obwohl sie im Verfahren bereits eine prominente Rolle spielten, bei der Beurteilung einfach übergeht.

5.5 Die Sachverhaltsabklärungen sind insgesamt ungenügend.

6.

Im vorinstanzlichen Verfahren sind infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben. Es fehlt an einer interdisziplinären Gesamtbeurteilung und insbesondere die Berichtslage im psychiatrischen Bereich lässt keine Rückschlüsse auf aktuelle Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu. Es steht somit einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher auf Beschwerdeebene abzusehen.

Die Beschwerde ist insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Die Vorinstanz ist anzuweisen, eine multidisziplinäre fachärztliche Begutachtung des Gesundheitsschadens des Beschwerdeführers (insbesondere in internistischer, kardiologischer und psychiatrischer Hinsicht) sowie von dessen Auswirkungen auf ihre Arbeitsfähigkeit vorzunehmen. Anschliessend hat die Vorinstanz neu zu verfügen (vgl. Art. 61 Abs. 1 VwVG).

7.

7.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Eine Rückweisung gilt praxismässig als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6), so dass dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der Vorinstanz sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

7.2 Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung (Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ([VGKE, SR 173.320.2]). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.– (inkl. Ausla-

gen, [infolge ausländischen Wohnsitzes des Mandanten aber] ohne Mehrwertsteuer) gerechtfertigt (Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird gutgeheissen. Die angefochtene Verfügung wird aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen, damit diese nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch neu verfüge.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

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

4.

Dieses Urteil geht an:

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Die vorsitzende Richterin:

Der Gerichtsschreiber:

Viktoria Helfenstein

Thomas Bischof

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 BGG). 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: