



## Urteil vom 29. August 2019

---

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),  
Richterin Michela Bürki Moreni, Richter Michael Peterli,  
Gerichtsschreiber Daniel Golta.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, (Türkei),  
vertreten durch lic. iur. Eduard M. Barcikowski, Rechtsanwalt,  
Beschwerdeführer,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
Vorinstanz.

---

Gegenstand

IV Rentenrevision;  
Verfügung der IVSTA vom 27. Februar 2017.

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

Der am (...) 1969 in der Türkei geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter oder Beschwerdeführer), türkischer Staatsangehöriger, reiste 1995 in die Schweiz, arbeitete bis 1997 als Hilfsmetzger in (...), war danach arbeitslos und schliesslich von Mai 1999 bis zu seiner Entlassung im September 2000 als Kommissionierer einer Papierfabrik in (...) tätig und entrichtete in dieser Zeit Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Akten der Sozialversicherungsanstalt des Kantons B.\_\_\_\_\_ [SVA B.\_\_\_\_\_] 1, 3, 4).

**B.**

Am 27. November 2000 meldete sich der Versicherte bei der IV-Stelle des Kantons B.\_\_\_\_\_ zum Bezug von IV-Leistungen an (SVA B.\_\_\_\_\_ 1). Er machte geltend, er leide unter Fibromyalgie und rheumatischen Schmerzen am ganzen Körper. Das auf Empfehlung des medizinischen Dienstes der SVA B.\_\_\_\_\_ hin (Stellungnahme vom 14. Januar 2002; SVA B.\_\_\_\_\_ 16) durchgeführte Gutachten der Externen Psychiatrischen Dienste des Kantons B.\_\_\_\_\_ vom 27. Februar 2002 (SVA B.\_\_\_\_\_ 22) ergab eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) sowie Hinweise auf eine (iatrogen induzierte) Benzodiazepinabhängigkeit (F13.25). Mit Verfügung vom 3. Juli 2002 sprach die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: Vorinstanz) dem Beschwerdeführer rückwirkend per 1. März 2001 eine ganze Rente zu (IV-Grad: 80%) sowie eine Zusatzrente für die Ehefrau C.\_\_\_\_\_ und für das Kind D.\_\_\_\_\_ (SVA B.\_\_\_\_\_ 34 S. 4). Ab Juni 2001 kam eine Rente für das Kind E.\_\_\_\_\_ hinzu. Die Zusatzrente für die Ehefrau fiel später mit Inkrafttreten der 5. IVG-Revision per 1. Januar 2008 weg (SVA B.\_\_\_\_\_ 48).

**C.**

Im September 2003 führte die SVA B.\_\_\_\_\_ ein erstes Revisionsverfahren durch und holte bei Dr. F.\_\_\_\_\_, Hausarzt, (...), einen Verlaufsbericht ein (Arztbericht vom 1. März 2004; SVA B.\_\_\_\_\_ 39). Der Hausarzt bestätigte einen stationären Gesundheitszustand und gleichlautende Diagnosen. Mit Mitteilung vom 1. April 2004 bestätigte die SVA B.\_\_\_\_\_ den weiteren Anspruch auf eine ganze Rente (SVA B.\_\_\_\_\_ 37, 40).

**D.** Im August 2007 eröffnete die SVA B.\_\_\_\_\_ ein zweites Revisionsverfahren. Der Versicherte machte im Fragebogen für die Rentenrevision geltend, sein Gesundheitszustand habe sich seit 2005 verschlimmert (SVA B.\_\_\_\_\_ 45). Nachdem der Hausarzt mitteilte, der Gesundheitszustand

des Versicherten sei stationär, seit 2003/2004 komme eine zusätzliche Belastung durch rezidivierende zervikale und lumboradikuläre Schmerzen hinzu, es komme daher keine, auch leichte, wechselbelastete Tätigkeit in einem sinnvollen Zeitrahmen in Frage (SVA B. \_\_\_\_\_ 51), bestätigte die SVA B. \_\_\_\_\_ mit Mitteilung vom 14. April 2008, es sei eine unveränderte Situation festgestellt worden und es bestehe weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 80% (SVA B. \_\_\_\_\_ 53).

#### **E.**

Nachdem am 8. Mai 2009 die Scheidung der Ehegatten erfolgte, bestätigte die SVA B. \_\_\_\_\_ am 11. August 2009 – unter Neuberechnung der Rente – die bisherigen Ansprüche des Versicherten auf eine ganze Invalidenrente und zwei Kinderrenten (SVA B. \_\_\_\_\_ 59, 61).

#### **F.**

Im Mai 2010 eröffnete die SVA B. \_\_\_\_\_ ein drittes Revisionsverfahren (SVA B. \_\_\_\_\_ 64, 68). Nachdem sich der Versicherte per Ende März 2011 nach (...) /Türkei abgemeldet hatte, überwies die SVA B. \_\_\_\_\_ am 21. September 2011 das Rentendossier zuständigkeitshalber an die IVSTA (SVA B. \_\_\_\_\_ 79; Akten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [IVSTA] 1). In ihrer Mitteilung vom 19. Oktober 2011 bestätigte die Schweizerische Ausgleichskasse die weitere Auszahlung der ganzen Invalidenrente (IVSTA 2).

#### **G.**

**G.a** Am 19. Januar 2012 eröffnete die IVSTA ein viertes Revisionsverfahren (IVSTA 4). Nachdem der medizinische Dienst mit Stellungnahmen vom 7. Februar 2012 (Dr. G. \_\_\_\_\_; IVSTA 5) und 30. April 2012 (Dr. H. \_\_\_\_\_; IVSTA 14) bestätigte, dass es sich um eine Revision nach den Schlussbestimmungen der IVG-Revision 6a handle und eine bidisziplinäre Untersuchung erforderlich sei, ersuchte die IVSTA den Versicherten um Einreichung der für die Revision notwendigen medizinischen Dokumente (IVSTA 6, 8, 11).

**G.b** Nachdem am 23. August 2012 der Versicherte wegen des Vorwurfes der mehrfachen Vergewaltigung, schwerer Körperverletzung und Anwendung häuslicher Gewalt in Haft genommen wurde (IVSTA 31, 37), wurden

der Begutachtungsauftrag (IVSTA 26 f.) und schliesslich die Rentenzahlungen rückwirkend ab 1. September 2012 sistiert (Verfügung vom 20. Februar 2013; IVSTA 46).

**G.c** Nachdem das Bundesgericht den Versicherten mit Urteil vom 16. September 2015 von den Vorwürfen der mehrfachen Vergewaltigung, mehrfachen sexuellen Nötigung und mehrfachen versuchten schweren Körperverletzung freigesprochen hatte, ordnete das Obergericht des Kantons B. \_\_\_\_\_ am 13. Oktober 2015 seine sofortige Haftentlassung an (IVSTA 123 S. 1; IVSTA 71). Am 30. November 2015 verfügte die IVSTA die Wiederaufnahme der Rentenzahlungen ab 1. Oktober 2015 (ganze Rente, ohne Kinderrenten; IVSTA 76). Die im Januar 2012 eingeleitete Rentenrevision wurde in der Folge weitergeführt (IVSTA 75).

**G.d** Per E-Mail teilte der fallführende Arzt des Zentrums I. \_\_\_\_\_ in (...) (nachfolgend: I. \_\_\_\_\_), Dr. J. \_\_\_\_\_, am 28. Januar 2016 der Vorinstanz mit, er habe nach eingehendem Aktenstudium entschieden, zusätzlich einen Neurologen ins Gutachterteam einzuplanen. Statt Rheumatologie werde die Orthopädie "gewähnt", dies sei keine zusätzliche Disziplin (IVSTA 82). Mit Schreiben vom 9. Februar 2016 rügte der Beschwerdeführer den Beizug eines Orthopäden statt eines Rheumatologen (IVSTA 85) und erneuerte nach Einsichtnahme in die Akten seine Kritik mit Schreiben vom 9. März 2016 (IVSTA 87). Am 12. Juli 2016 erstellten die Dres. J. \_\_\_\_\_, K. \_\_\_\_\_, L. \_\_\_\_\_ und M. \_\_\_\_\_ des I. \_\_\_\_\_ ein interdisziplinäres Gutachten (IVSTA 109). Der Beschwerdeführer wurde dazu vom 4. bis 7. April 2016 in den Bereichen Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie persönlich untersucht. Im Ergebnis hielten die Ärzte als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein Ganzkörperschmerzsyndrom ohne organisches Korrelat bzw. eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) fest; diese sei ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 43, 46, 47).

**G.e** In seiner Stellungnahme vom 23. Juli 2016 (IVSTA 112) übernahm der RAD-Arzt Dr. N. \_\_\_\_\_ die gutachterlichen Diagnosen und führte aus, im Vordergrund ständen Schmerzen, die mit nicht organischen Faktoren erklärt werden müssten. Aufgrund der Befunde und Diagnosen könnten gesamthaft keine Funktionsstörungen abgeleitet werden. Der Versicherte sei ab dem 12. Juli 2016 (Datum des Gutachtens) sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 0% arbeitsunfähig.

In der ergänzenden Stellungnahme des RAD-Psychiaters Dr. O. \_\_\_\_\_ vom 31. Juli 2016 wurde nach erfolgtem strukturierten Beweisverfahren im Sinne von BGE 141 V 281 ff. dargelegt, dass keine Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden könne.

**G.f** Mit Vorbescheid vom 19. Oktober 2016 (IVSTA 115) teilte die Vorinstanz mit, es bestehe kein Anspruch auf Rente mehr. Es liege eine Gesundheitsbeeinträchtigung vor, die keine Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit verursache, auch nicht in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kommissionierer in einer Papierfabrik. Die Indikatorenprüfung ergebe keine relevante Einschränkung.

**G.g** Mit Einwand vom 1. Dezember 2016 beantragte der Versicherte ein neues interdisziplinäres Gutachten unter Einbezug eines rheumatologischen Gutachters; eventualiter sei die bisherige Rente zu bestätigen (IVSTA 126).

**G.h** In der angefochtenen Verfügung vom 27. Februar 2017 (IVSTA 133) hob die Vorinstanz die bisherige ganze Rente des Beschwerdeführers – unter Hinweis auf die Anwendbarkeit der Schlussbestimmungen der IV-Revision 6a – mit Wirkung ab dem 1. Mai 2017 auf. Gemäss I. \_\_\_\_\_-Gutachten bestehe keine Gesundheitsbeeinträchtigung, die eine Erwerbsunfähigkeit verursache, auch nicht in letzter Tätigkeit als Kommissionierer in einer Papierfabrik. Die Standardindikatoren seien geprüft worden. Nicht entscheidend sei die Untersuchung durch einen Orthopäden statt eines Rheumatologen.

## **H.**

**H.a** In seiner Beschwerde vom 5. April 2017 (Beschwerdeakten [B-act.] 1) beantragte der Beschwerdeführer, vertreten durch lic. iur. Eduard M. Barcikowski, (...), die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Bestätigung der bisherigen Rente. Eventualiter sei ein neues interdisziplinäres Gutachten unter Einbezug eines rheumatologischen Teilgutachtens zu erstellen und gestützt darauf neu zu entscheiden.

Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, die Vorinstanz habe im Vorfeld der Untersuchungen die von ihm beantragte rheumatologische Untersuchung ohne Begründung abgelehnt und an deren Stelle ein orthopädisches Teilgutachten erstellt. Es sei jedoch nach dem Stand der Wissenschaften die Rheumatologie, welche sich umfassend mit den spezifischen

Beschwerden und deren Ursachen des Beschwerdebildes der „Fibromyalgie“ beschäftige und daher auch besser als die Orthopädie geeignet sei, dazu sachdienliche Feststellungen zu machen. Das orthopädische Teilgutachten sei zudem nichtig. Denn der orthopädische Teilgutachter Dr. K. \_\_\_\_\_ habe sich am Entscheid, das rheumatologische Teilgutachten durch ein orthopädisches zu ersetzen, beteiligt. Er habe damit sein spezifisches Interesse gezeigt und eine Vorauswertung des Beschwerdebildes vorgenommen, welches den Eindruck der Befangenheit erzeuge, und er habe in der Folge die Beschwerden als leicht beurteilt. Auf das orthopädische Teilgutachten könne deshalb nicht abgestellt werden. Somit sei das ganze Gutachten zu wiederholen. Die Verfügung sei zudem nichtig, weil die ursprüngliche Rentenzusprechung nicht ausschliesslich wegen pathogenetisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage („PÄUSBONOG“) erfolgt sei und damit die Voraussetzungen für eine Revision nach den Schlussbestimmungen des IVG gar nicht vorlägen. Weiter seien die Urteile im Zusammenhang mit dem Strafverfahren gegen den Beschwerdeführer, welche nach der medizinischen Untersuchung ergangen seien, nicht mitberücksichtigt worden, weshalb das psychiatrische Gutachten unvollständig sei. Das Gutachten weise zudem diverse weitere Mängel auf (S. 6 – 13). Insgesamt sei der Sachverhalt sowohl hinsichtlich des psychiatrischen als auch des somatischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers unvollständig erhoben worden.

**H.b** Der mit Zwischenverfügung vom 12. April 2017 einverlangte Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist am 21. April 2017 beim Bundesverwaltungsgericht eingegangen (B-act. 2, 4).

**H.c** In ihrer Vernehmlassung vom 9. Juni 2017 (B-act. 6) stellte die Vorinstanz den Antrag auf Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der angefochtenen Verfügung. Sie verwies auf die ausführliche Begründung in der angefochtenen Verfügung sowie auf die interne Stellungnahme vom 18. Januar 2017 und hielt an ihren Anträgen fest. Weiter führte sie aus, es sei die begutachtende Stelle und nicht die Vorinstanz gewesen, welche die rheumatologische durch eine orthopädische Begutachtung ersetzt und um eine neurologische Begutachtung ergänzt habe. Das Vorgehen sei nicht zu beanstanden.

**H.d** Mit Zwischenverfügung vom 14. Juni 2017 (B-act. 7) stellte das Bundesverwaltungsgericht die Vernehmlassung dem Beschwerdeführer zu und bot ihm Gelegenheit, eine Replik einzureichen.

**H.e** Mit Zwischenverfügung vom 3. August 2017 (B-act. 8) stellte das Bundesverwaltungsgericht fest, dass innert Frist keine Replik eingegangen war und schloss den Schriftenwechsel ab.

**I.**

Auf die weiteren Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird – soweit erforderlich – in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

**Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.**

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

**1.2** Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. d<sup>bis</sup> VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1).

**1.3** Als Adressat der angefochtenen Verfügung vom 27. Februar 2017 ist der Beschwerdeführer davon berührt und er kann sich auf ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung berufen (vgl. Art. 59 ATSG, Art. 48 Abs. 1 VwVG).

**1.4** Die Beschwerde wurde durch den rechtsgültig bevollmächtigten Rechtsvertreter (IVSTA 56; B-act. 10) frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 38 ff. und Art. 60 ATSG, Art. 52 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist darauf einzutreten.

**2.**

Streitig ist die Rentenaufhebung gestützt auf Bst. a der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 (nachfolgend SchIBest.). Nachfolgend werden zunächst die für die Beurteilung massgebenden gesetzlichen Bestimmungen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze dargelegt.

**2.1** Der Beschwerdeführer ist türkischer Staatsangehöriger und wohnt in der Türkei, weshalb das Abkommen vom 1. Mai 1969 zwischen der Schweiz und der Republik Türkei über soziale Sicherheit (SR 0.831.109.763.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) Anwendung findet. Nach Art. 2 Abs. 1 Sozialversicherungsabkommen sind die Staatsangehörigen der einen Vertragspartei in ihren Rechten und Pflichten aus der Gesetzgebung der anderen Vertragspartei – wozu auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört (vgl. Art. 1 Bst. B Abs. 1 Bst. b Sozialversicherungsabkommen) – einander gleichgestellt, soweit nichts anderes bestimmt ist. Insbesondere steht türkischen Staatsangehörigen bei anwendbarem Schweizer Recht ein Anspruch auf ordentliche Invalidenrenten unter den gleichen Voraussetzungen wie Schweizer Staatsangehörigen zu (Art. 10 Abs. 1 Sozialversicherungsabkommen). Vorbehalten bleibt die Regelung, dass ordentliche Renten für Versicherte, die weniger als zur Hälfte invalid sind, türkischen Staatsangehörigen, welche die Schweiz endgültig verlassen, nicht ausgerichtet werden können (Art. 10 Abs. 2 Satz 1 Sozialversicherungsabkommen). Weitere, im vorliegenden Verfahren relevante Abweichungen vom Gleichbehandlungsgrundsatz finden sich weder im Abkommen selbst noch in der dazugehörigen Verwaltungsvereinbarung vom 14. Januar 1970 (SR 0.831.109.763.11). Demnach bestimmt sich vorliegend die Frage, ob weiterhin Anspruch auf IV-Leistungen besteht, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 1, 2 und 4 Sozialversicherungsabkommen).

**2.2** In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C\_419/ 2009 vom 3. November 2009 E. 3.1, BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Der Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu beurteilen (vgl. BGE 130 V 445). Vorliegend sind insbesondere auch die am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Vorschriften gemäss IV-Revision 6a zu beachten.

**2.3** 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; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 E. 7.3).

**2.4** Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

**2.5** Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

## **2.6**

**2.6.1** 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). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5; 117 V 198 E. 3b; SVR 2013

IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.1). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b; SVR 2014 UV Nr. 7 S. 22 E. 2.2). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 135 V 201 E. 6.4; 115 V 308 E. 4a bb S. 313). 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 (BGE 117 V 198 E. 4b; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

**2.6.2** Gemäss Bst. a Abs. 1 SchlBest. werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (vgl. zu den entsprechenden Diagnosen BGE 140 V 8 E. 2.2.1) gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung (am 1. Januar 2012) überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Diese Bestimmung wurde höchstrichterlich als verfassungs- und EMRK-konform beurteilt (BGE 139 V 547). Sie findet laut Bst. a Abs. 4 SchlBest. IVG keine Anwendung auf Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen.

**2.6.3** Gemäss bisheriger Rechtsprechung vermochten somatoforme Schmerzstörungen und ähnliche ätiologisch-pathogenetisch unklare syndromale Leidenszustände in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken (vgl. Urteil des BGer 8C\_689/2014 vom 19. Januar 2015 E. 2.1 mit Hinweisen auf BGE 136 V 279 E. 3, BGE 130 V 352 E. 2.2.2 und 2.2.3, BGE 132 V 65, BGE 131 V 49 und BGE 130 V 396). Die – nur in Ausnahmefällen anzunehmende – Unzumutbarkeit eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzte das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne

längerfristige Remission, ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) oder schliesslich unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person voraus (BGE 130 V 352 E. 2.2.3). Je mehr dieser Kriterien zutrafen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellten, desto eher waren die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 139 V 547 E. 9; BGE 137 V 64 E. 4.1; BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen, Urteil des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer] C-1413/2013 vom 3. November 2015 E. 4.3.2).

**2.6.4** Die vorstehend zusammengefasst wiedergegebene Rechtsprechung erfuhr durch BGE 141 V 281 eine Praxisänderung. Zusammenfassend erwog das Bundesgericht (E. 6), dass die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen, die sich aus denjenigen Befunden ergäben, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend seien, zu berücksichtigen habe, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen müsse (E. 2). Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit (E. 3) habe die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges (E. 3.4.1.1) mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe bzw. (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung (E. 3.1 und 3.2) bezweckt. Deren Rechtsnatur könne offenbleiben (E. 3.3), denn an dieser Rechtsprechung sei nicht festzuhalten (E. 3.4 und 3.5). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell werde durch ein *strukturiertes Beweisverfahren* ersetzt (E. 3.6). An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändere sich dadurch nichts (E. 3.7). An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) würden im Regelfall beachtliche *Standardindikatoren* treten (E. 4). Diese liessen sich in die Kategorien Schweregrad (E. 4.3) und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen (E. 4.4). Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes (E. 4.3.1.1) und die Präponderanz der

psychiatrischen Komorbidität (E. 4.3.1.3) sei zu verzichten. Der Prüfungsraster sei rechtlicher Natur (E. 5 Ingress). Recht und Medizin wirkten sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren (E. 5.1) wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen (E. 5.2). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades sei nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen seien. Fehle es daran, habe die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (Urteil des BVGer C-1413/2013 vom 3. November 2015 E. 4.3.3).

### **3.**

**3.1** 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, BGE 125 V 256 E. 4).

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

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

lin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteile des BGer 9C\_410/2008 vom 8. September 2009 E. 3.3.1 in fine, 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; AHI 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.), aber auch nicht von vornherein unbeachtlich (Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

#### 4.

**4.1** Zu prüfen ist nachfolgend vorab, ob sich die Vorinstanz bei der Rentenaufhebung zu Recht auf Bst. a SchlBest. IVG gestützt hat. In dieser Hinsicht ist zu klären, ob dem Vorgehen der Vorinstanz eine der in Bst. a Abs. 4 SchlBest. IVG genannten Ausnahmesituationen (s. E. 2.6.2) entgegensteht (E. 4.2) und ob die Zusprechung der Invalidenrente auf einer von Bst. a SchlBest. IVG erfassten gesundheitlichen Beeinträchtigung (s. E. 2.6.2) erfolgte (E. 4.3).

**4.2** Der Beschwerdeführer bezieht seit 1. März 2001 eine ganze Rente der schweizerischen Invalidenversicherung (Verfügung vom 3. Juli 2002; SVA B. \_\_\_\_\_ 34). Im Zeitpunkt der Einleitung des Revisionsverfahrens am 19. Januar 2012 (IVSTA 4) lag somit noch kein über 15-jähriger Rentenbezug vor. Bei Inkrafttreten der Änderung am 1. Januar 2012 war der im Jahre 1969 geborene Beschwerdeführer zudem noch nicht 55 Jahre alt, weshalb keiner der Ausschlussgründe nach Bst. a Abs. 4 SchlBest. gegeben ist. Da die Überprüfung der Rente innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der

Änderungen eingeleitet wurde (vgl. BGE 140 V 15 E. 5.3.4.2), ist Bst. a SchlBest. in formeller Hinsicht anwendbar.

### 4.3

**4.3.1** Der Beschwerdeführer macht geltend, er weise ein Beschwerdebild auf, welches einerseits auf den von den Schlussbestimmungen erfassten Beschwerden beruhe; andererseits kämen jedoch weitere Beschwerden im Bereich Lendenwirbelsäule (LWS) und Füsse dazu, welche eine nachweisbare organische Grundlage hätten. Damit seien – unter Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 10.1 – die Voraussetzungen für ein Revisionsverfahren nach den Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision nicht erfüllt; die Verfügung sei daher nichtig (B-act. 1 S. 5).

**4.3.2** Mit BGE 140 V 197 E. 6.2.3 klärte das Bundesgericht die Frage der Anwendbarkeit der Schlussbestimmung in Fällen mit sowohl syndromalen wie nichtsyndromalen Beschwerden (vgl. zum Ganzen auch Urteil des BGer 9C\_121/2014 vom 3. September 2014 [SVR 2014 IV Nr. 39] E. 2.4 ff.).

Demnach findet Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG auf "unklare" Beschwerden Anwendung, wenn sich diese von "erklärbaren" Beschwerden trennen lassen. Laufende Renten sind von einer Überprüfung unter diesem Rechtstitel nur ausgeschlossen, wenn und soweit sie auf "erklärbaren" Beschwerden beruhen. Mit Blick auf den Zweck der Schlussbestimmung gilt es zu vermeiden, dass Bezüger von Renten, die sowohl für unklare als auch für objektivierbare Beschwerden zugesprochen wurden, besser gestellt werden als die Bezüger laufender Renten, welche nur auf unklaren Beschwerden beruhen; sie sollten auch nicht gegenüber Versicherten bevorteilt werden, welche neu eine Rente sowohl für unklare als auch für "erklärbare" Beschwerden beantragen (BGE 140 V 197 a.a.O.). Damit präziserte das Bundesgericht die in BGE 139 V 547 gemachten Ausführungen. Dort hatte es ausgeführt, die Revision einer Invalidenrente nach Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG setze unter anderem voraus, dass die Rentenzusprechung "ausschliesslich" aufgrund der Diagnose eines unklaren syndromalen Beschwerdebildes erfolgte (E. 10.1.1) und dass im Revisionszeitpunkt "ausschliesslich" ein solches vorliegt (E. 10.1.2).

Nach BGE 140 V 197 ist die Schlussbestimmung bei kombinierten Beschwerden anwendbar, wenn die unklaren und die "erklärbaren" Beschwerden – sowohl diagnostisch als auch hinsichtlich der funktionellen

Folgen – auseinandergehalten werden können. Ein organisch begründeter Teil der Arbeitsfähigkeit kann bei Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nur neu beurteilt werden, sofern eine Veränderung im Sinne von Art. 17 ATSG eingetreten ist. Insoweit wird im Anwendungsbereich der Schlussbestimmung vom Grundsatz abgewichen, dass die Verwaltung im Rahmen einer materiellen Revision – um eine solche handelt es sich auch hier – den Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend prüft (9C\_121/2014 E. 2.4.2 m.w.H.).

Liegt ein "Mischsachverhalt" vor, bei dem es unmöglich ist festzustellen, wie gross der Anteil der organisch bedingten Beschwerden bei der Rentenzusprechung war, wäre ein Abstellen auf die aktuelle gutachterliche Einschätzung nicht zu vereinbaren mit der Rechtsprechung, wonach der auf erklärbaren Beschwerden beruhende Teil der Invalidität unter dem Rechtstitel der Schlussbestimmung nicht überprüft werden kann. In einem solchen Fall bestimmte sich die (diesfalls zu einer integralen Neuprüfung führende) Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nach folgendem Grundsatz: Besteht (im Zeitpunkt der Rentenzusprechung und/oder -überprüfung) neben dem syndromalen Zustand eine davon unabhängige organische oder psychische Gesundheitsschädigung, so hängt die Anwendbarkeit der Schlussbestimmung davon ab, dass die weitere ("nichtsyndromale") Gesundheitsschädigung die anspruchserhebliche Arbeitsunfähigkeit nicht mitverursacht, das heisst letztlich nicht selbständig zur Begründung des Rentenanspruchs beigetragen hat. Wenn sie die Auswirkungen des unklaren Beschwerdebildes bloss verstärkte, bleibt eine Rentenrevision unter diesem Rechtstitel möglich (Urteil des BGer 9C\_121/2014 E. 2.6; vgl. auch Urteil des BGer 9C\_872/2014 vom 17. März 2015 E. 3.3; Urteil des BGer 8C\_90/2015 vom 23. Juli 2015 E. 3.2).

**4.3.3** Die rentenzusprechenden Verfügungen vom 3. Juli 2002 stützten sich auf das Gutachten der Externen Psychiatrischen Dienste des Kantons B.\_\_\_\_\_ vom 27. Februar 2002, in welchem als Diagnosen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) sowie Hinweise auf eine (iatrogen induzierte [durch ärztliche Anordnungen verursachte]) Benzodiazepinabhängigkeit (F13.25) genannt werden. Die Gutachter hielten fest, es liege eine Schmerzfehlverarbeitungsstörung vor; weitere psychiatrische Auffälligkeiten seien nicht festzustellen. Diese schränke die Arbeitsfähigkeit zu 80% ein (SVA B.\_\_\_\_\_ 22). Der Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) schloss am 9. April 2002 gestützt darauf, der Versicherte

sei zurzeit nicht arbeitsfähig (ausgewiesenermassen zu 80%); eine Psychotherapie könne mittelfristig eine Verbesserung herbeiführen (SVA B. \_\_\_\_\_ 26).

Damit lag der Rentengewährung im Juli 2002 zweifellos ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage und damit eine Diagnose aus dem Formenkreis der gemäss den Schlussbestimmungen der IVG-Revision 6a überprüfbareren Beschwerdebilder vor. Die darüber hinaus genannte Benzodiazepinabhängigkeit stellt keine eigenständige Diagnose aus dem psychiatrischen Formenkreis dar, zumal nur "Hinweise" auf eine solche Erkrankung genannt wurden und folglich keine gefestigte Diagnose vorlag. Entsprechend hielt der psychiatrische Gutachter in seiner Beurteilung fest, es gebe keine Hinweise auf eine depressive Fehlentwicklung, auch eine relevante Angststörung liege nicht vor, obwohl gelegentlich Panikattacken mit Hyperventilationen vorkommen könnten. Eine relevante Angststörung von Belang mit invalidisierenden Ausmassen könne nicht ausgemacht werden. Der Tranquilizerüberkonsum, den er möglicherweise über Jahre betrieben habe (wobei es nie zu einer schweren Tranquilizerabhängigkeit gekommen sei), habe er 2013 (während des Gefängnisaufenthalts) sistieren können, er nehme seit 2013 keine Tranquilizer mehr ein (I. \_\_\_\_\_-Gutachten S. 37 f.). Insoweit der Beschwerdeführer geltend macht, es liege ein Mischsachverhalt vor (B-act. 1 S. 5), kann ihm nicht gefolgt werden, zumal im Zeitpunkt der Rentengewährung keine weiteren Diagnosen aus dem somatischen und/oder psychiatrischen Formenkreis vorlagen. Im Rahmen der späteren (ersten) Rentenrevision bestätigte der Hausarzt das Vorliegen der Diagnose "Fibromyalgie, somatoforme Schmerzstörung (F45.4)". Er führte in seinem Verlaufsbericht vom 1. März 2004 zwar aus, es liege *seit 2002* eine Verschlimmerung vor, der Versicherte habe zusätzlich Probleme mit zwei Bandscheiben und der Wirbelsäule sowie Probleme mit den Zähnen. Entsprechende Diagnosen erfasste er in seinem Verlaufsbericht aber nicht und lagen der Rentengewährung auch nicht zugrunde. Erste (fraglich notwendige) Infiltrationen wegen Zervikal- und Lumbalbeschwerden erfolgten aktenkundig erst ab 2003 (SVA B. \_\_\_\_\_ 51 S. 13; IVSTA 5).

Auch aus dieser Optik ist Bst. a SchlBest. IVG demnach anwendbar.

**4.4** Als Zwischenfazit kann aufgrund der vorstehenden Erwägungen festgehalten werden, dass die Voraussetzungen für eine Rentenüberprüfung gemäss Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG erfüllt sind.

## 5.

Weiter ist zu prüfen, ob die Vorinstanz die Rente zu Recht gestützt auf das I. \_\_\_\_\_-Gutachten aufgehoben hat.

### 5.1

**5.1.1** Das Gutachten der Dres. J. \_\_\_\_\_, K. \_\_\_\_\_, L. \_\_\_\_\_ und M. \_\_\_\_\_ vom 12. Juli 2016 (IVSTA 109) gründet auf einer eingehenden Sichtung der Vorakten (S. 4-11), einer ambulanten persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers vom 4. bis 7. April 2016 (S. 1), enthält eine ausführliche Anamnese in persönlicher, beruflicher, gesundheitlicher und systemischer Hinsicht (S. 12-14, 18 f., 25 f., 31 f.), eine jeweils fachspezifische Befundaufnahme unter Berücksichtigung allfälliger Bildgebung (S. 16, 21 f., 27 f., 35), eine klare Diagnosenstellung inkl. Einordnung des Schweregrades (S. 17, 22, 28 f., 35, 39), eine jeweils fachspezifische, eingehende und schlüssige Beurteilung der Beschwerden in medizinischer Hinsicht und ihrer Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 17 f., 22-24, 28 f., 36-39), eine Auseinandersetzung mit gegenteiligen ärztlichen Meinungen (S. 25, 37, 40, 47 f.), eine Konsensbeurteilung (S. 41-51), eine Prüfung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 (S. 39 f., 46, 49 f.) und Aussagen zur Eingliederungsfähigkeit (S. 47 f., 50).

**5.1.2** Die Gutachter diagnostizierten keine Erkrankung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie ein Ganzkörperschmerzsyndrom ohne organisches Korrelat bzw. eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4). In ihrer Beurteilung hielten sie fest, aus *internistischer* Sicht lägen keine pathologischen Befunde vor; im Vordergrund stehe die Schmerzproblematik am gesamten Bewegungsapparat. Aus *orthopädischer* Sicht bestünden anamnestisch Ganzkörperschmerzen seit ca. 1997. Diverse therapeutische Massnahmen hätten keine andauernde Beschwerdelinderung gebracht. Klinisch bestehe eine erhebliche Klopf-, Druck- teils gar Berührungsdolenz der gesamten Wirbelsäule, nicht klar zuordenbar, ohne einhergehenden paravertebralen Muskelhartspann, zudem eine ubiquitäre (allgegenwärtige) Druckdolenz bei verschiedensten Untersuchungsmanövern im Bereich der oberen und unteren Extremitäten. Auffällig seien teils erhebliche Diskrepanzen zwischen den expliziten Untersuchungsbefunden und den Beobachtungen im spontanen Verhalten. Bildgebend habe bereits früher im Bereich der Wirbelsäule keine relevante Pathologie festgestellt werden können (keine Wurzelkompression, keine Spinalenge, keine neurologi-

schen Auffälligkeiten). Deshalb bleibe unverständlich, weshalb der Beschwerdeführer auf die epiduralen Infiltrationen angesprochen habe. Es bestehe insofern eine Unvereinbarkeit der subjektiv geklagten Beschwerden mit den objektivierbaren Befunden, respektive dem immer wieder angeführten generalisierten Fibromyalgiesyndrom. Von Seiten der Kniegelenke habe sich ein normaler Gelenkstatus beidseits gefunden. Aus orthopädischer Sicht könnten die mannigfaltigen Schmerzen des Bewegungsapparates nicht einem klaren pathomorphologischen Korrelat zugeführt werden, entsprechend müsse von einem unspezifischen Ganzkörperschmerzsyndrom gesprochen werden. Aus *neurologischer* Sicht bestünden ebenfalls keine pathologischen Befunde. Es gebe keine Hinweise auf das Vorliegen einer radikulären Reiz- oder Ausfallssymptomatik als Erklärung. Eine Zuordnung der Ganzkörperschmerzen zu einem objektivierbaren Korrelat sei nicht möglich. Deshalb bestehe aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die im Vordergrund stehenden Schmerzen müssten mit nicht-organischen Faktoren erklärt werden. Aus *psychiatrischer* Sicht klage der Beschwerdeführer vorwiegend über Schmerzen, über etwas unspezifische, nicht übermässige Angstzustände. Es könne keine relevante psychiatrische Angststörung diagnostiziert werden, obwohl der Beschwerdeführer gelegentlich über Herzdruck, Druck auf Thorax und Atemprobleme berichte und deswegen über Jahre hinweg Tranquilizer eingenommen habe. Es habe trotz Einnahme von Benzodiazepinen seit 2002 nie eine relevante Abhängigkeit bestanden. Der Beschwerdeführer habe auch keinen Entzug machen müssen. Daher sei weder von einer relevanten Angststörung noch einer relevanten Benzodiazepin-Abhängigkeit auszugehen. Affektiv bestehe keine depressive Symptomatik. Der Beschwerdeführer sei trotz schwierigen Umständen (angeblich ungerechte Haft) erstaunlich aufgehellt und habe positive Zukunftspläne. Aus psychiatrischer Sicht liege keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor. Die etwas akzentuierten narzisstischen Persönlichkeitszüge seien nicht übermässig pathologisch, es gebe keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung. Anamnestisch gebe es auch keine Hinweise für eine Impulskontrollstörung und eine Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die ihm vorgeworfene Vergewaltigung in der Ehe und Gewaltanwendungen gegenüber seiner Ex-Ehefrau seien daher nicht erklärbar. Klinisch zeige der Beschwerdeführer auf Kommunikationsebene – in der Fähigkeit, sich um seine Söhne zu kümmern – keine Hinweise auf eine relevante Persönlichkeitsstörung. Er sei auch flexibel, könne sich umstellen, habe sich auf den Gefängnisaufenthalt und die jetzige Freiheit einstellen können. In früheren Jahren sei er nie durch wesentliche Impulshaftigkeit oder Regelverstösse aufgefallen. Zur Prüfung der *Standardindikatoren*

hielt der psychiatrische Gutachter fest, unter Berücksichtigung der somatischen und psychiatrischen Aspekte könnten keine Funktionsstörungen abgeleitet werden. Als Belastungsfaktoren bestünden die schwierige psychosoziale Situation mit Status nach Ehescheidung, die Gerichtsproblematik sowie, dass er seinen fünfjährigen Sohn nicht sehen dürfe. Ressourcen lägen vor. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe keine invalidisierende Erkrankung mit eingeschränkten Ressourcen. Es bestünden akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge, welche pathologisch nicht auffielen; eine Persönlichkeitsstörung liege nicht vor. Zur Konsistenzprüfung sei festzuhalten, dass die vom Versicherten beklagten Symptome bzw. angegebenen Ganzkörperbeschwerden aus gesamtmedizinischer Sicht nicht erklärt werden könnten. Es bestehe ein sekundärer Krankheitsgewinn (Berentung seit 2001).

Zur *Arbeitsfähigkeit* hielten die Gutachter fest, dass für die 1997 bzw. bis 2000 durchgeführte Tätigkeit in der Papierfabrik keine Einschränkung begründet werden könne. Aus formalen Gründen (Rentengewährung seit 2001) gelte ihre Beurteilung ab Gutachtensdatum. Auch in adaptierten Tätigkeiten lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Im Rückblick könne festgehalten werden, dass bereits die Klinik P.\_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 13. August 2001 aus rheumatologischer Sicht eine adaptierte Tätigkeit von 4-8 Stunden pro Tag für möglich gehalten und bestätigt habe, dass kein organisches Korrelat vorliege. Gemäss Beurteilung des EPD B.\_\_\_\_\_ vom 22. Februar 2002 sei aber aufgrund der Schmerzverarbeitungsstörung eine Arbeitsunfähigkeit von 80% attestiert worden. Die Einschränkung lasse sich aus heutiger Sicht nicht in diesem Ausmass nachvollziehen. Ihres Erachtens sei schon 2001 die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten erhalten gewesen. Bezüglich der *Eingliederung* führten die Gutachter aus, dass keine beruflichen Massnahmen möglich seien, da sich der Beschwerdeführer für arbeitsunfähig halte. Seit 2002 lägen keine psychiatrischen Berichte mehr vor, der Beschwerdeführer habe auch keine psychiatrische Therapie beansprucht. Auch die Angaben des Hausarztes (100% Arbeitsunfähigkeit seit März 2000, wegen Schmerz-Chronifizierung und Fibromyalgie über Jahre hinweg) seien nicht nachvollziehbar.

**5.1.3** Das Gutachten erfüllt damit sämtliche Voraussetzungen an ein beweiskräftiges Gutachten gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (s. E. 3.2).

## 5.2

**5.2.1** Mit Stellungnahme vom 23. Juli 2016 bestätigte Dr. N.\_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes der IVSTA die gutachterlichen Feststellungen in somatischer Hinsicht. Er hielt fest, es bestehe kein klares pathomorphologisches Korrelat der Schmerzen. Im Vordergrund stünden Schmerzen, die mit nicht organischen Faktoren erklärt werden müssten. Aufgrund der genannten Befunde und Diagnosen könnten keine Funktionsstörungen abgeleitet werden. Es bestünden keine Einschränkungen für die 1997 in einer Metzgerei bzw. 2000 in einer Papierfabrik durchgeführte Tätigkeit. Das Leistungsprofil bestehe ganztags, das Heben von Gewichten sei bis max. 25 kg Gewicht möglich. Die Arbeitsfähigkeit betrage 100% sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Verweistätigkeit, dies ab dem 12. Juli 2016 (Datum Gutachten; IVSTA 112).

**5.2.2** Aus psychiatrischer Sicht bestätigte Dr. O.\_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes mit Stellungnahme vom 31. August 2016 die gutachterlichen Diagnosen und die vorgenannte Schätzung der Arbeitsfähigkeit (IVSTA 114). Ergänzend prüfte er die Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung: Zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde hielt er fest, es bestünden Diskrepanzen zwischen den expliziten Untersuchungsbefunden und den angegebenen Beschwerden und Beobachtungen im spontanen Verhalten. Die Befunde seien demnach gering. Zu Behandlungserfolg oder -resistenz wies er darauf hin, dass sich der Beschwerdeführer für vollkommen arbeitsunfähig halte; er sei auch noch nie in psychiatrischer Behandlung gewesen. Zum Eingliederungserfolg bzw. -resistenz sei zu bemerken, dass gemäss Teilgutachten des I.\_\_\_\_\_ eine ausgesprochene und einseitige Selbstlimitierung im Bereich der beruflichen Reintegration bestehe. Zu den Komorbiditäten hielt er fest, dass keine depressiven Verstimmungen und keine depressive Fehlentwicklung vorlägen. Eine invalidisierende psychiatrische Erkrankung könne nicht festgestellt werden. Zur Persönlichkeit sei anzumerken, dass keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung bestünden. Der Beschwerdeführer sei flexibel und könne sich umstellen. Zum Indikator "sozialer Kontext" seien die Ehescheidung, das verweigerte Besuchsrecht des Sohnes, die Inhaftierung, zu nennen; diese seien belastende Faktoren. Zur Konsistenz der Schmerzen hielt er fest, es bestehe eine ausgesprochene Selbstlimitierung im Bereich der beruflichen Reintegration wegen der Schmerzen, die Sozialkompetenz sei aber kaum beeinflusst. Es bestehe kein Anhaltspunkt für einen Leidensdruck, vielmehr bestünden Hinweise auf einen sekundären Krankheitsge-

winn. Als Ausschlussgrund sei eine erhebliche Diskrepanz zwischen geschilderten Schmerzen und gezeigtem Verhalten zu nennen. Die geschilderten Beschwerden blieben vage, würden kaum behandelt und Klagen wirkten unglaubwürdig. Die geschilderten schweren Einschränkungen im Alltag könnten keineswegs objektiv nachvollzogen werden. Zusammenfassend sei aus medizinischer Sicht und infolge der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 keine Arbeitsunfähigkeit festzustellen.

**5.2.3** Damit bestätigen auch die Ärzte des medizinischen Dienstes die Ergebnisse der Begutachtung ohne Einschränkungen.

**5.3** In der Beschwerde kritisierte der Beschwerdeführer insbesondere die Ergebnisse der orthopädischen Begutachtung. Seine Beschwerden ergäben sich aus dem Fachbereich der Rheumatologie, weshalb nicht nachvollziehbar sei, weshalb kein Rheumatologe beigezogen worden sei. Dies habe sicherlich zu falschen Ergebnissen geführt. Die Begutachtung sei deshalb unter Beizug eines Rheumatologen zu wiederholen.

**5.3.1** Die diesbezügliche Kritik erweist sich als unbegründet: Die Vorinstanz hat zutreffend darauf hingewiesen, dass die erfolgte Untersuchung durch einen Orthopäden statt eines Rheumatologen "nicht entscheidend" sei. Beide Fachdisziplinen hätten chronische Schmerzen des Bewegungsapparates zum Gegenstand. Bereits in seinem Urteil I 90/07 vom 28. August 2007 bestätigte das Bundesgericht den Hinweis des kantonalen Gerichts, wonach Ärzte beider Fachrichtungen (Anmerkung Gericht: der Rheumatologie und der Orthopädie) sich mit Störungen und Anomalien in Form oder Funktion des Stütz- und Bewegungsapparates befassten (mit Verweis auf Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 260. Aufl., S. 1324). Orthopäden könnten daher grundsätzlich geeignet sein, die Arbeitsfähigkeit bei Rückenbeschwerden zu beurteilen (E. 4.1). Auch vorliegend ist Dr. K. \_\_\_\_\_ als Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates durchaus befähigt, die geäußerten zentralen somatischen Beschwerden in der Halswirbel- und Lendenwirbelsäulenregion fachgerecht zu beurteilen. Der Beschwerdeführer nennt denn auch keinerlei Beschwerden, die im Fachgebiet der Rheumatologie unbeachtet geblieben seien, oder Befunde, die unzutreffend oder nicht erhoben worden seien, und bleibt konkrete Hinweise schuldig, inwiefern die gestellten Diagnosen, die Beurteilung der geltend gemachten Beschwerden im interdisziplinären Kontext und die hieraus gezogenen Schlüsse zur Arbeitsfähigkeit fehlerhaft seien. Sein unspezifischer Verweis darauf, dass diese Konnexität auf alle medizinischen Fachgebiete zutrefte (B-act. 1 S. 3 f.)

vermag nicht zu überzeugen. Zudem erfolgte die ursprüngliche Rentengewährung entgegen der Rüge des Beschwerdeführers nicht wegen ausschliesslichen Vorliegens einer Fibromyalgie, sondern wegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Der Externe Psychiatrische Dienst des Kantons B. \_\_\_\_\_ hielt denn in seiner der Rentengewährung zugrundeliegenden Begutachtung vom 27. Februar 2002 (SVA 22) letztere Diagnose fest, die im Zusammenhang mit Beschwerden an der Wirbelsäule stehe. Des Weiteren ist der Beschwerdeführer darauf hinzuweisen, dass die Fibromyalgie beschrieben wird als "nicht entzündlich bedingtes Schmerzsyndrom mit chronischen Weichteilbeschwerden und häufig assoziierter Begleitsymptomatik wie Erschöpfung, Schlafstörungen, Magen-Darm-Störung, Schwindelgefühl sowie affektiven Störungen wie Depression und Angst" (<https://www.pschyrembel.de/fibromyalgie/K07RS/doc/> besucht am 24. Mai 2019) und in der ICD-10 nicht der Gruppe der somatoformen Störungen (F45.4), sondern den Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes (M79.7; vgl. [https://www.klinikum-nuernberg.de/DE/ueber\\_uns/Fachabteilungen\\_KN/kliniken/psychosomatik/fachinformationen/Vortraege/fibromyalgie.pdf](https://www.klinikum-nuernberg.de/DE/ueber_uns/Fachabteilungen_KN/kliniken/psychosomatik/fachinformationen/Vortraege/fibromyalgie.pdf), abgerufen am 24. Mai 2019) zugeordnet wird. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung ihrerseits wird charakterisiert (nach ICD-10) als somatoforme Störung mit nicht vorgetäuschten chronischen Schmerzen, deren physiologische oder körperliche Ursachen nicht vollständig erklärbar sind (<https://www.pschyrembel.de/anhaltende%20somatoforme%20Schmerzst%C3%B6rung/K0KGM/doc/>; abgerufen am 24. Mai 2019). Sie hat eine (überwiegend) psychische Ursache (BGE 139 V 547 E. 7.1.2). Der Externe Psychiatrische Dienst hat in seinem Gutachten trotz Diskussion der Vorakten, die wiederholt eine Fibromyalgie nennen, diagnostisch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) festgehalten. Es kann deshalb nicht pauschal gesagt werden, dass hier eine spezifisch rheumatologische Fragestellung erkennbar gewesen sei, die es abzuklären galt (Urteil BGer 9C\_744/2016 vom 11. Oktober 2017 E. 2). Der Beschwerdeführer nimmt schliesslich nicht Stellung dazu, dass in der klinischen Untersuchung der Halswirbelsäule festgehalten wurde, die aktive HWS-Beweglichkeit in der expliziten Untersuchung sei auf ein Minimum reduziert, was im grotesken Widerspruch zum spontanen Verhalten während der Anamneseerhebung stehe. Der Gutachter konnte trotz geäussert massiver Schmerzen auch keinen segmentalen paravertebralen Muskelhartspann feststellen und nannte eine (für die genannten starken Schmerzen untypische) kräftige, erhaltene Rückenmuskulatur. Diese Einschätzung wird ergänzt dadurch, dass in der Bildgebung der HWS und der

LWS nur diskrete Abnutzungserscheinungen ohne jegliche Neurokompression festgestellt werden konnten (IVSTA 109 S. 22 f.). Inwiefern diesbezüglich eine Fehlbeurteilung und daraus falsche Schlüsse zur Arbeitsfähigkeit gezogen worden seien, wird nicht dargelegt. Insbesondere findet die Rüge, der bewusste Ausschluss der Rheumatologie ziele offensichtlich darauf ab, das "mehr" an Erkenntnissen aus diesem Fachgebiet zu vermeiden (B-act. 1 S. 3) nicht ansatzweise eine Grundlage in den detaillierten Erhebungen des orthopädischen Gutachters. Zu ergänzen bleibt, dass dieser auch Elemente der Fibromyalgie wie Kraft und Trophik der Muskeln, allfälliger Muskelhartspann, Muskelspiel, Druckdolenzen, Untersuchung der (Ellbogen-, Hand- und Finger-) Gelenke, Bandstabilität und allfällige Weichteilschwelungen in der Befundung berücksichtigt hat (IVSTA 109 S. 21 f.)

**5.3.2** Weiter machte der Beschwerdeführer geltend, der orthopädische Gutachter Dr. K.\_\_\_\_\_ sei vorbefasst, weil er den Entscheid, auf eine Begutachtung durch einen Facharzt der Rheumatologie zu verzichten, mitgetragen habe. Das Bundesgericht hält in ständiger Rechtsprechung fest, dass es Aufgabe der Gutachter sei, die Fachrichtungen zu bestimmen (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil BGer 9C\_809/2018 vom 1. April 2019 E. 3.2). Eine eigentliche Vorbefassung ergibt sich daraus nicht. Zwar wäre es wünschenswert gewesen, dass sich Vorinstanz und Beschwerdeführer einvernehmlich auf die Wahl der Gutachter hätten einigen können, ein rechtlicher Anspruch auf Bestimmung der Fachrichtung durch den Beschwerdeführer besteht wie gesagt aber nicht (Urteil BGer 9C\_809/2018 a.a.O.: "Die Wahl der entsprechenden Fachdisziplin hat ebenfalls das Gutachtergremium zu entscheiden und nicht die zu untersuchende Versicherte."). Hinzu kommt, dass in der vorliegenden Konstellation kein Verzicht auf eine Fachrichtung erfolgte, sondern im sachlich eng verknüpften Fachbereich die Wahl zugunsten eines Orthopäden ausfiel. Aktenkundig ist schliesslich, dass Dr. J.\_\_\_\_\_ als fallführender Arzt des I.\_\_\_\_\_ den Entscheid zum Beizug eines Orthopäden gefällt hat (s. Sachverhalt G.d); nicht ersichtlich ist in den Akten, dass sich Dr. K.\_\_\_\_\_ an diesem Entscheid beteiligt habe. Der Einwand des Beschwerdeführers ist daher unbegründet.

**5.3.3** Weiter bleibt die Rüge zu prüfen, die Urteile im Zusammenhang mit dem Strafverfahren gegen den Beschwerdeführer, welche nach der medizinischen Untersuchung ergangen seien, seien nicht mitberücksichtigt worden; das psychiatrische Gutachten sei deshalb unvollständig. Aus der Beschwerde erschliesst sich nicht, inwiefern die im Strafverfahren erstellten Urteile, die die Begehung mehrerer Straftatbestände zu beurteilen hatten, Rückschlüsse auf die Beurteilung der psychischen Situation, in welcher

sich der Beschwerdeführer befinde oder befunden habe, zuliessen würden ("Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung hätten diese Urteile berücksichtigt werden müssen, ergaben sich daraus doch Informationen zu verschiedenen für die Beurteilung massgeblichen Bereichen, worüber dann nur Vermutungen geäussert werden konnten."). Das Bundesgericht beurteilte in seinen beiden Urteilen die Glaubhaftigkeit der dem Beschwerdeführer vorgeworfenen Tatmotive, ohne dass die seelische Befindlichkeit Gegenstand dieser Beurteilung (beispielsweise im Rahmen der Beurteilung von Rechtfertigungsmotiven) gewesen wäre. Hinzuweisen bleibt darauf, dass der Beschwerdeführer mangels Glaubhaftigkeit der gegen ihn erhobenen Vorwürfe freigesprochen und die Sache ausschliesslich zu weiteren Abklärungen betreffend den Vorwurf der häuslichen Gewalt an das Obergericht des Kantons B. \_\_\_\_\_ zurückgewiesen wurde. Auch diese Rüge erweist sich damit als unbegründet.

**5.3.4** Unter dem Titel "Weitere Mängel des Gutachtens I. \_\_\_\_\_" (Ziff. 4 der Beschwerde) kritisiert der Beschwerdeführer, dass ausgerechnet der orthopädische Gutachter mehrfach das Wort "grotesk" verwendet habe, was eine "Grundtendenz gegen den Versicherten" erkennen lasse (Ziff. 4.1). Zu dieser Kritik ist auf das in E. 5.3.1 in fine Gesagte und zudem darauf zu verweisen, dass aus dem Gesamtkontext der eingehenden klinischen Untersuchung (in orthopädischer Hinsicht) herausgelöste Wörter nicht geeignet sind, eine negative Grundtendenz des Gutachters gegen den Versicherten erkennen zu lassen. Die zitierten Stellen enthalten eine eingehende Befunderhebung, die in ihrer Gesamtheit ohne weiteres als sachlich und fundiert bezeichnet werden kann (IVSTA 109 S. 21-22). Worin der Beschwerdeführer im in Ziff. 4.2 der Beschwerde Gesagten (bisherig genannte Diagnosen) einen Mangel erkennt, wird von ihm nicht ausgeführt. In Ziff. 4.3 der Beschwerde erkennt er eine widersprüchliche orthopädische Begutachtung darin, dass der Experte trotz positiven Ansprechens des Beschwerdeführers auf die Infiltrationen davon ausgehe, dass sich die subjektiv geklagten Beschwerden nicht objektivieren liessen. Hierzu ist zum einen festzuhalten, dass der behandelnde Arzt bezüglich der Schmerzangaben (insbesondere bei mehrmonatigen Verläufen) unweigerlich auf die Aussagen des Beschwerdeführers abstellen musste, womit diese rein subjektiven Charakter aufweisen. Zum anderen ist den Akten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer zum Erfolg der Infiltrationen keine konsistenten Angaben macht: Ist den Arztberichten von Dr. Q. \_\_\_\_\_ der Klinik R. \_\_\_\_\_ im Zeitraum vom 1. September 2003 bis 17. September 2007 (und letztmals am 28. Juni 2011; SVA B. \_\_\_\_\_ 77) zu entnehmen, dass

die Infiltrationen zervikal und lumbal zu teilweiser bis deutlicher bis vorübergehend fast vollständiger Schmerzreduktion geführt hätten (SVA B. \_\_\_\_\_ 51), hat der Beschwerdeführer in der Anamnese des I. \_\_\_\_\_ ausgesagt, nach der Diagnose einer Fibromyalgie im Jahre 2000 in der Klinik S. \_\_\_\_\_ habe er danach zahlreiche Therapien durchlaufen, zahlreiche Medikamente und Therapien erhalten, nichts habe gut geholfen (IVSTA 109 S. 15) bzw. die Injektionen hätten nicht immer geholfen (IVSTA 109 S. 13) bzw. die Injektionen seien zwar schmerzlindernd, würden jedoch "die Muskulatur kaputt machen" (IVSTA 109 S. 20). Dem neurologischen Gutachter gegenüber führte er schliesslich aus, er habe die Spritzen von Dr. Q. \_\_\_\_\_ nicht wegen der Fibromyalgie erhalten, sondern wegen der Discushernien im Rücken (IVSTA 109 S. 26). Auch der neurologische Gutachter hielt notabene fest, es bestünden keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer radikulären Reiz- oder Ausfallssymptomatik als allfällige Erklärung für Ausstrahlungen (IVSTA 109 S. 29; vgl. auch die Gesamtbeurteilung in IVSTA 109 S. 44). Es bleibt zu ergänzen, dass bereits Dr. T. \_\_\_\_\_ der Klinik R. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 19. Januar 2004 darauf hinwies, dass bei der neurologischen Untersuchung jegliche neurologischen Ausfälle im Bereich obere und untere Extremitäten fehlten. Die Röntgenbilder der LWS zeigten keine fassbaren degenerativen Veränderungen, nur eine mildeste Diskopathie L4/5 (SVA B. \_\_\_\_\_ 77). Die gutachterliche Aussage, die objektivierbaren Befunde bestätigten die subjektiv beklagten Beschwerden nicht, erscheint damit ohne weiteres begründet. Nicht gefolgt werden kann der Würdigung des Beschwerdeführers, eine Neurokompression könne zwar nicht festgestellt, umgekehrt aber auch nicht ausgeschlossen werden (B-act. 1 S. 9).

**5.3.5** Insoweit er in Ziff. 4.1.3.4 der Beschwerde rügt, das Gutachten stütze nur auf (nicht auffindbare) *somatische* Befunde, ist auf die Polydisziplinarität des Gutachtens (mit Begutachtung in den Fachbereichen Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und *Psychiatrie*) und die konsensuale Beurteilung auf den Seiten 41-48 zu verweisen. Die Rüge ist deshalb unbegründet. Im Weiteren erscheint die gutachterliche Kritik an der uneingeschränkten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch den Hausarzt seit März 2011 in Anbetracht der von den Experten erhobenen Befunde begründet (Ziff. 4.1.4 der Beschwerde). Zu Ziff. 4.1.5 der Beschwerde ist nicht ersichtlich, inwiefern die Würdigung des Internisten fehlerhaft sei, zumal bei fehlenden Diagnosen und Befunden sich berufliche Massnahmen aus rein internistischer Sicht nicht aufdrängen; die Aussage des Fachgutachters erscheint zutreffend.

**5.3.6** Zur Prüfung der Standardindikatoren (B-act. 1 S. 9 ff.) ist festzuhalten, dass diese entgegen der Rüge des Beschwerdeführers schlüssig erscheint (s. sogleich), wenn auch die Prüfung durch die Gutachter summarischen Charakter aufweist. Ergänzend hat Dr. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des medizinischen Dienstes der IVSTA, in seiner Stellungnahme vom 31. August 2016 die Standardindikatoren eingehend geprüft (IVSTA 114), worauf nachfolgend einzugehen ist.

Einleitend wurde zum Komplex *Gesundheitsschädigung* festgehalten, dass mit der Diagnose Ganzkörperschmerzsyndrom ohne organisches Korrelat bzw. anhaltende somatoforme Schmerzstörung weder in somatischer noch in psychiatrischer Hinsicht eine schwere Gesundheitsschädigung vorliege (Gutachten S. 43). Ergänzend ist festzuhalten, dass die von vier Experten aus je ihrem Fachbereich erhobenen Befunde sich mit der gestellten Diagnose decken. Dass gewichtige Befunde (in rheumatologischer Hinsicht) nicht berücksichtigt worden seien, kann seitens des Gerichts nicht bestätigt werden und wurde vom Beschwerdeführer auch nicht im Einzelnen aufgezeigt.

Zur *Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde* hielten die Gutachter fest, dass das Ganzkörperschmerzsyndrom von einer Schmerzangabe geprägt sei, welche nicht einem medizinischen Krankheitsbild zugeordnet werden könne (Ziff. 13.3 des Gutachtens). Dr. O. \_\_\_\_\_ bestätigte in seiner Stellungnahme (IVSTA 114 S. 2) diese Diskrepanzen und zitierte hierzu die gutachterlichen Aussagen, dass eine Diskrepanz zwischen den angegebenen Beschwerden und den objektivierbaren Befunden bestehe und von einer Schmerzfehlerverarbeitung auszugehen sei (Gutachten S. 30), die Schmerzschilderung vage bleibe und insoweit Diskrepanzen ausgemacht werden könnten, als der Versicherte wegen der Schmerzen eine ausgesprochene Selbstlimitierung bezüglich einer beruflichen Reintegration aufweise, während er seine Sozialkompetenz und seine sportlichen Aktivitäten sowie seine interpersonellen Kontakte nicht minimiert habe (Gutachten S. 40). Gemäss orthopädischem Teilgutachten bestünden Diskrepanzen zwischen den expliziten Untersuchungsbefunden und den Beobachtungen im spontanen Verhalten (freies Tragen und Bewegen des Kopfes während der Anamneseerhebung, weitgehend uneingeschränktes und nicht wirbelsäulenschonendes Aus- und Anziehen und Hinlegen sowie Erheben von der Untersuchungsliege; Gutachten S. 23).

Zum Indikator *Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz* hielten die Gutachter fest, der Beschwerdeführer beziehe seit 2001 eine ganze

Invalidenrente. Es seien nur geringe Anstrengungen unternommen worden, die Beschwerden zu verbessern. In den Jahren 2004 (recte: 2003) bis 2007 seien mehrere epidurale Infiltrationen erfolgt, die die Beschwerden gemäss behandelndem Arzt "zufriedenstellend" reduziert hätten; gemäss Beschwerdeführer hätten sämtliche Massnahmen keinen Erfolg gehabt (s. dazu bereits E. 5.3.4). Ergänzend hielt Dr. O. \_\_\_\_\_ fest, dass sich der Beschwerdeführer für vollkommen arbeitsunfähig halte und auch keine Änderung der Situation erwirken wolle. Der Beschwerdeführer sei noch nie in psychiatrischer Behandlung gewesen. Es bestünden auch keine Hinweise auf Eingliederungsversuche. Gemäss psychiatrischem Teilgutachten bestehe zudem eine ausgesprochene und einseitige Selbstlimitierung im Bereich der beruflichen Integration (IVSTA 114 S. 2).

Eine erhebliche psychiatrische *Komorbidität* (weiteres, diagnostisch abgrenzbares Krankheitsbild oder Syndrom, das zusätzlich zu einer Grunderkrankung vorliegt) ist nicht gegeben, zumal der psychiatrische Gutachter keine Erkrankung aus dem rein psychiatrischen Formenkreis diagnostizieren konnte. Die (vom Teilgutachter Psychiatrie) festgehaltenen Persönlichkeitszüge des Beschwerdeführers könnten nicht als Grund für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit genannt werden (I. \_\_\_\_\_-Gutachten S. 49 f.). Dr. O. \_\_\_\_\_ ergänzte seinerseits, dass der Beschwerdeführer in der psychiatrischen Begutachtung psychopathologisch überhaupt keine Auffälligkeiten gezeigt habe und einen sportlichen Eindruck mache. Es bestünden keine massiven depressiven Verstimmungen und er leide auch nicht an einer depressiven Fehlentwicklung; eine invalidisierende psychiatrische Erkrankung habe nicht festgestellt werden können. Es bestünden auch keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung (IVSTA 114 S. 2).

Zum Komplex *Persönlichkeit* (BGE 141 V 281 E. 4.3.2) haben die Gutachter festgehalten, dass lediglich ausgesagt werden könne, dass die vom Versicherten beklagten Symptome bzw. angegebenen Ganzkörperbeschwerden aus gesamtmedizinischer Sicht nicht erklärt werden könnten (IVSTA 109 S. 46). Hierzu hielt Dr. O. \_\_\_\_\_ fest, es bestünden keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung. Der Versicherte sei flexibel, könne sich umstellen (Einstellung auf Gefängnisaufenthalt und die anschliessende Freilassung), sei auch in früheren Jahren nie durch wesentliche Impulshaftigkeit oder Regelverstösse aufgefallen (Gutachten S. 45).

Zum Indikatorenkomplex *sozialer Kontext* hielten die Gutachter als Belastungsfaktoren die schwierige psychosoziale Situation mit Status nach Ehescheidung sowie die Weigerung der Ehefrau, dass der Beschwerdeführer

seinen fünfjährigen Sohn sehen könne, fest. Dies seien jedoch krankheitsfremde Aspekte, Ressourcen lägen vor. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe keine invalidisierende Erkrankung mit eingeschränkten Ressourcen (IVSTA 109 S. 46). Dr. O.\_\_\_\_\_ ergänzte, als belastenden Faktor sei auch die Inhaftierung zu nennen (IVSTA 114 S. 3).

Zum Indikator *gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen* führten die Gutachter aus, wie aus dem Gutachten entnommen werden könne, habe der Versicherte seine Sozialkompetenz nicht aufgegeben (I.\_\_\_\_\_ -Gutachten S. 50). Dr. O.\_\_\_\_\_ betonte hierzu, dass gemäss Gutachter eine ausgesprochene Selbstlimitierung hinsichtlich der beruflichen Integration festgehalten werde, jedoch die Sozialkompetenz (darunter auch die Kinderbetreuung) und die sportlichen Aktivitäten kaum beeinflusst würden (IVSTA 114 S. 3).

Der Beschwerdeführer rügt bezüglich dieses Indikators, zusammengefasst (Besuch der im gleichen Haus lebenden Eltern, Mithilfe der Mutter im Haushalt, Mutter kümmert sich um den im Haushalt lebenden Sohn) lebe er auf den engsten Familienkreis isoliert mit der Familie faktisch zusammen. Das Fitness Treiben beschränke sich auf zuhause ausgeführte Übungen und der Benutzung eines Crosstrainers während 5 bis 10 Minuten, je nach Schmerzen (Beschwerde S. 11).

Den von den Gutachtern festgehaltenen Ausführungen zur Tagesstruktur ist anamnestisch zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am Morgen während zirka 15 Minuten laufen gehe, danach sei er wieder zuhause. Nachmittags gehe er wieder etwas spazieren oder rede mit der Mutter. Er habe zuhause einen Crosstrainer, er trainiere zirka dreimal pro Woche, 5 bis 10 Minuten, manchmal länger, manchmal kürzer. Wenn die Schmerzen schlimmer seien, dann müsse er das Training reduzieren (IVSTA 109 S. 14). Er führe dreimal wöchentlich die von der Physiotherapie instruierten Übungen durch; er habe sich für zuhause ein kleines Fitnessprogramm zusammengestellt. Auf Nachfrage: Die bewältigbare Gehdauer betrage 30 Minuten, danach komme es zu Schmerzen lumbal mit Ausstrahlung in beide Hüften, die Oberschenkel, respektive das ganze Bein bis hin zu den Fusssohlen (IVSTA 109 S. 20). Dreimal pro Woche praktiziere er Selbstübungen, wie erwähnt gehe er auch dreimal pro Woche in die Badewanne. Eine physiotherapeutische Behandlung erfolge derzeit nicht mehr (IVSTA 109 S. 27). Im Gefängnis sei es schlecht gewesen, weil er dort keine Möglichkeit erhalten habe, sich zu bewegen und zum Beispiel zu

schwimmen. Er habe trotzdem versucht, in der Bewegungsgruppe mitzumachen, er habe auch immer wieder im Gefängnis mehr Schmerzen entwickelt (IVSTA 109 S. 31). Aktuell lebe er in der Türkei und kümmere sich um seine Kinder. Sein älterer Sohn studiere in Ankara, der Jüngere gehe noch zur Schule. Er lebe bei den Eltern in deren Haus (IVSTA 109 S. 32). Er habe Blutdruckprobleme gehabt, er habe auch Kreislaufprobleme gehabt. Er sei zweimal im Gefängnis vom Velo gefallen wegen Schwindel. Er kenne aber unterdessen seine Grenzen. Er wolle sich nicht nur ins Bett legen, er wolle auch nicht im Rollstuhl landen. Deswegen gehe er schwimmen und bewege sich. Heisses Wasser helfe ebenfalls (IVSTA 109 S. 33). Je nachdem wie er schlafe, stehe er um 5, 6 oder 9 Uhr auf, er gehe etwas trinken, nehme die Medikamente ein, esse das Morgenessen, dann schicke er das Kind zur Schule [...]. Nach dem Mittagessen laufe der Tag gleich. Ein Tag gehe er baden oder schwimmen, am nächsten dann in das Fitnessstudio, er wechsele ab. Er habe vor allem Angst um sein Herz, weswegen er aktiv Fitness mache, dreimal pro Woche mindestens. Nach dem Mittagessen gehe er mit dem Sohn eventuell zu seinen Schwestern auf Besuch. [...] Schlaf: Der Schlaf sei schlecht. Er schlafe nur drei bis vier Stunden. Dann sei er wach, gehe spazieren, trinke etwas oder mache Training. [...] Einkauf: Mache er mit der Schwester, manchmal mit den Eltern zusammen und es gebe ein kleines Lädeli unten im Haus. [...] Sport: Dreimal pro Woche gehe er in die Fitnesstherapie. [...] Freunde: Kollegen würden ihn besuchen kommen, er besuche auch die Schwestern (IVSTA 109 S. 34 f.).

Festzustellen ist hierzu – aufgrund des oben Stehenden – zum einen, dass sich die anamnestic erhobenen Aussagen zu den Aktivitäten und zur Pflege des Beziehungsnetzes nicht durchgehend decken, und zum andern aufgrund der Schilderungen nicht bestätigt werden kann, dass der Beschwerdeführer auf den engsten Familienkreis isoliert lebe und nur geringe körperliche Aktivitäten entwickle.

Bezüglich des *behandlungs- und eingliederungsanamnestic ausgewiesenen Leidensdrucks* wiesen die Gutachter darauf hin, dass der Beschwerdeführer unter seiner familiären Situation leide, insbesondere darunter, dass er seinen 2011 geborenen Sohn seit fünf Jahren nicht mehr sehen können. Dabei handle es sich aber um krankheitsfremde Faktoren (I. \_\_\_\_\_-Gutachten S. 50). Dr. O. \_\_\_\_\_ ergänzte, dass keine Anhaltspunkte für einen Leidensdruck im Zusammenhang mit einem allfälligen psychiatrischen Krankheitsbild oder einem nicht erfüllten Eingliederungswunsch bestünden, sondern vielmehr Hinweise auf einen sekundären

Krankheitsgewinn in der Form einer Berentung (Gutachten S. 47 f.; IVSTA 114 S. 3).

**5.3.7** Gestützt auf die Prüfung der Standardindikatoren kann festgehalten werden, dass keine wesentlichen Hinweise auf Faktoren bestehen, die einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit oder einer angepassten Verweistätigkeit entgegenstehen. Die Würdigung der (Rest-)Arbeitsfähigkeit ist daher auch unter dem Aspekt der Standardindikatoren zu bestätigen.

Der Beschwerdeführer nimmt in seiner Beschwerde notabene einzig auf die Prüfung der Indikatoren im Gutachten Bezug; zur ergänzenden Prüfung durch den medizinischen Dienst äusserte er sich nicht.

**5.4** Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass das I. \_\_\_\_\_-Gutachten lege artis erstellt worden ist und die Anforderungen an ein voll beweiskräftiges Gutachten erfüllt. Der Beschwerdeführer vermochte seinerseits keine Mängel desselben aufzuzeigen. Auf das Gutachten und die darin vorgenommene Würdigung der Beschwerden des Beschwerdeführers und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ist uneingeschränkt abzustellen.

**5.5** Damit steht fest, dass dem Beschwerdeführer seit dem Gutachtenszeitpunkt (12. Juli 2016) die bisherige wie auch angepasste Verweistätigkeiten (mit Heben von Gewichten bis maximal 25 kg) ohne Einschränkungen zumutbar sind. Aufgrund dessen, dass der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit uneingeschränkt ausüben kann, ist er auf die Selbsteingliederung zu verweisen (Urteile des BGer 8C\_19/2016 vom 4. April 2016 E. 5.1; 8C\_597/2014 vom 8. Oktober 2015 E. 3.2). Zudem haben die Gutachter darauf hingewiesen, dass keine beruflichen Massnahmen möglich seien, da sich der Beschwerdeführer für arbeitsunfähig halte (gemäss Gutachten liegt eine ausgesprochene Selbstlimitierung bezüglich einer beruflichen Reintegration vor; IVSTA 109 S. 27, 34, 38, 40, 47, 48).

## **6.**

Die Beschwerde ist damit abzuweisen und die angefochtene Verfügung, mit welcher die bisher gewährte ganze Invalidenrente per 1. Mai 2017 aufgehoben wurde, zu bestätigen.

## **7.**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

**7.1** Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 800.– festzusetzen und aus dem am 21. April 2017 geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– zu entnehmen.

**7.2** 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 keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

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

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Dem Beschwerdeführer werden Verfahrenskosten von Fr. 800.– auferlegt. Diese werden aus dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

**3.**

Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

**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.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Beat Weber

Daniel Golta

**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 Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: