

BVGer B-1224/2011 vom 15. September 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-09-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-1224_2011

FR: TAF B-1224/2011 du 15 septembre 2011

IT: TAF B-1224/2011 del 15 settembre 2011

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1

Angefochten ist die Verfügung der Vorinstanz vom 5. Januar 2011, mit welcher die ganze Invalidenrente des Beschwerdeführers revisionsweise per 1. März 2011 aufgehoben wurde.

E. 1.1

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich im Wesentlichen nach den Vorschriften des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32), des Verwaltungsverfahrensgesetzes vom 20. Dezember 1968 (VwVG, SR 172.021; vgl. Art. 37 VGG) sowie des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1; vgl. Art. 3 Bst. dbis VwVG). Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2; vgl. auch Art. 53 Abs. 2 VGG).

E. 1.2

Gemäss Art. 31 VGG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG, sofern keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Die eidgenössische IV-Stelle für Versicherte im Ausland ist eine Vorinstanz im Sinne von Art. 33 Bst. d VGG. Die Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts zur Beurteilung von Beschwerden gegen Verfügungen dieser IV-Stelle ist zudem in Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) ausdrücklich vorgesehen. Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.3

Nach Art. 59 ATSG ist zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren als Partei teilgenommen. Er ist als Adressat durch die angefochtene Verfügung besonders berührt, und hat an ihrer Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse. Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist daher einzutreten (Art. 60 ATSG; vgl. auch Art. 20 Abs. 1 und 3, Art. 50 und Art. 52 VwVG).

E. 1.4

Mit der Beschwerde kann gerügt werden, die vorinstanzliche Verfügung verletze Bundesrecht, beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG). 2.2.1. In materieller Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 130 V 329). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445). Da der Beschwerdeführer Schweizerbürger ist, sind im vorliegenden Verfahren ausschliesslich die einschlägigen schweizerischen Rechtsvorschriften anwendbar. Am 1. Januar 2003 sind das ATSG sowie die zugehörige Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) in Kraft getreten. Die entsprechenden Bestimmungen sind anwendbar auf Sachverhalte, die sich nach dem 1. Januar 2003 verwirklicht haben. Da die Revision von Amtes wegen im März 2006 eingeleitet worden ist, sind im vorliegenden Verfahren bis zum 31. Dezember 2007 das IVG und ATSG in der Fassung vom 21. März 2003 und die Invalidenverordnung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.201) in der Fassung vom 21. Mai 2003 (4. IV-Revision, AS 2003 3837 bzw. AS 2003 3859, in Kraft vom Januar 2004 bis 31. Dezember 2007) anwendbar. Am 1. Januar 2008 sind die Änderungen des IVG und des ATSG vom 6. Oktober 2006 sowie der IVV vom 28. September 2007 (5. IV-Revision, AS 2007 5129 bzw. AS 2007 5155) in Kraft getreten. Soweit sich der Rentenanspruch auf die Zeit nach dem 1. Januar 2008 bezieht, sind die Bestimmungen der erwähnten Erlasse in der seit diesem Datum geltenden Fassung anwendbar. 2.2. Sodann sind nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts für die richterliche Beurteilung grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 5. Januar 2011) massgebend (BGE 132 V 368 E. 6.1, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Veränderungen des Sachverhalts, die nach diesem Zeitpunkt eintraten, sind im vorliegenden Verfahren grundsätzlich nicht zu berücksichtigen. Allerdings können Tatsachen, die den Sachverhalt seither verändert haben, unter Umständen Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, S. 489 Rz. 20 f.). Hierauf wird zurückzukommen sein (vgl. E. 3.5.). 2.3. Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 in Kraft gestandenen Fassung) haben Versicherte Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid sind, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente. Hieran hat die 5. IV-Revision nichts geändert (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG in der seit dem 1. Januar 2008 gültigen Fassung). Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, werden jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (vgl. Art. 28 Abs. 1ter IVG in der von 2004 bis Ende 2007 in Kraft gestandenen Fassung und Art. 29 Abs. 4 IVG in der seit dem 1. Januar 2008 gültigen Fassung). 2.4. Weiter hat nur Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung, wer bei Eintritt der Invalidität während einer gesetzlich festgelegten Mindestdauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Diese beträgt nach den Bestimmungen der 4. IV-Revision ein Jahr, nach jenen der 5. IV-Revision drei Jahre (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG). Der Beschwerdeführer hat laut der Verfügung vom 6. Juli 1998 während zehn Jahren Beiträge an die AHV/IV entrichtet, so dass diese Anspruchsvoraussetzung erfüllt ist. 2.5.

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG, in Kraft seit 1. Januar 2008). 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). Der Begriff der Invalidität ist demnach nicht nach medizinischen Kriterien definiert, sondern nach der Unfähigkeit, Erwerbseinkommen zu erzielen (BGE 110 V 275 E. 4a, BGE 102 V 166). Dabei sind die Erwerbs- bzw. Arbeitsmöglichkeiten nicht nur im angestammten Beruf bzw. der bisherigen Tätigkeit, sondern - wenn erforderlich - auch in zumutbaren Verweistätigkeiten zu prüfen. Der Invaliditätsgrad ist also nach wirtschaftlichen und nicht nach medizinischen Grundsätzen zu ermitteln. Bei der Bemessung der Invalidität kommt es somit einzig auf die objektiven wirtschaftlichen Folgen einer funktionellen Behinderung an, und nicht allein auf den ärztlich festgelegten Grad der funktionellen Einschränkung (BGE 110 V 275; ZAK 1985 S. 459). Ebenfalls richtig ist, dass Drogensucht (wie auch Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit) für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes begründet. Vielmehr wird diese invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 268 E. 3c mit Hinweis). Dabei ist das ganze für die Drogensucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 169/06 vom 8. August 2006).

2.6. 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. Eine Invalidenrente ist demgemäss nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5, BGE 117 V 198 E. 3b mit Hinweisen). Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für

eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5.4). Unerheblich unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a). Neue, abweichende Beurteilungen sind revisionsrechtlich nur dann beachtlich, wenn sie Ausdruck von Änderungen der tatsächlichen Verhältnisse sind (BGE 117 V 198 E. 3b, BGE 112 V 387 E. 1b). Nach Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine anspruchsbeeinflussende Änderung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall beachtlich, nachdem sie ohne wesentlichen Unterbruch drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Eine Rente kann gemäss Art. 88bis Abs. 2 IVV frühestens ab dem ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats herabgesetzt werden - es sei denn, der Bezüger hätte die bisherige Rente unrechtmässig erwirkt oder seine Meldepflichten verletzt.

2.7.2.7.1. Das auf dem gebesserten Gesundheitszustand beruhende Invalideneinkommen ist unmittelbar anrechenbar (im Revisionsfall unter Berücksichtigung von Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV), wenn keine oder lediglich eine Hilfestellung in Form von Arbeitsvermittlung (Art. 18 IVG) nötig erscheint. In diesem Fall ist die versicherte Person vermittlungsfähig im Sinne der Arbeitslosenversicherung (Art. 15 AVIG; vgl. Art. 14 Abs. 2 AVIG).

2.7.2. Anders stellt sich die Ausgangslage dar, wenn ein gesetzlicher Anspruch auf Vorkehren besteht, welche in der versicherten Person selber bislang fehlende Voraussetzungen der Erwerbsfähigkeit schaffen sollen: Nach dem Konzept des Art. 16 ATSG setzt eine rentenbestimmende Invaliditätsbemessung auch im Revisionsfall (Art. 17 ATSG) voraus, dass angezeigte Eingliederungsmassnahmen durchgeführt worden sind. Dementsprechend muss der Eingliederungsbedarf vor einer Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung der Rente anlässlich einer Leistungsrevision nach Art. 17 ATSG in gleicher Weise wie im Rahmen einer erstmaligen Invaliditätsbemessung abgeklärt werden. Für die Durchführung einer Revision bedeutet dies zunächst, dass anhand aller aktuellen gesundheitlichen und erwerbsbezogenen Faktoren geprüft wird, ob diese eine rentenausschliessende oder -mindernde Eingliederung erlauben (vgl. Art. 7a IVG). Ein Rentenanspruch dauert nur solange an, wie die Erwerbsunfähigkeit nicht (oder noch nicht) mit geeigneten Eingliederungs- und Selbsteingliederungsmassnahmen tatsächlich behoben oder in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise verringert wird.

2.7.3. Die Frage, ob die erwerbliche Verwertbarkeit eines gutachtlich ausgewiesenen Zugewinns an funktionellem Leistungsvermögen im Einzelfall von der Durchführung von Eingliederungsvorkehren abhängt, stellt sich im Wesentlichen in zwei Konstellationen:

2.7.3.1. Die Eingliederungsmassnahme kann bereits aus medizinischer Sicht *Conditio sine qua non* für eine Umsetzung eines (potentiellen) funktionellen Leistungsvermögens sein. Der Schluss, ein auf der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit beruhendes Invalideneinkommen dürfe (noch) nicht angerechnet werden, fällt also zunächst dann in Betracht, wenn das grundsätzlich attestierte Leistungsvermögen in der ärztlichen Beurteilung unter den ausdrücklichen Vorbehalt der Durchführung befähigender Massnahmen gestellt wird.

2.7.3.2. Die Eingliederungsmassnahme kann nicht nur aus medizinischer, sondern auch aus beruflich-erwerblicher Sicht *Conditio sine qua non* für eine Umsetzung eines (wiedergewonnenen) funktionellen Leistungsvermögens sein. Wohl richtet sich nach Art. 7 Abs. 2 ATSG die Beurteilung einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen, was auch im Revisionsfall

(Art. 17 Abs. 1 ATSG) gilt; nicht gesundheitlich bedingte Eingliederungshindernisse haben daher bei der Invaliditätsbemessung auch im Revisionszusammenhang ausser Acht zu bleiben. Daher geht die ständige Rechtsprechung vom Regelfall aus, der darin besteht, dass eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar ist (Ulrich Meyer, Rechtsprechung zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], Zürich 2010, 2. Aufl., S. 383); praktisch bedeutet dies, dass aus einer medizinisch attestierten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen und damit ein entsprechender Einkommensvergleich (mit dem Ergebnis eines tieferen Invaliditätsgrades) vorgenommen werden kann und zwar auch bei langjährigem Rentenbezug. Dennoch hat die Rechtsprechung in ganz besonderen Ausnahmefällen nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente zugesprochen, bis mit Hilfe medizinisch-rehabilitativer und/oder beruflich-erwerblicher Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann. An dieser Ausnahme ist ebenfalls festzuhalten, weil in jedem Einzelfall feststehen muss, dass die (wiedergewonnene) Erwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (erneut) verwertbar ist (Art. 7 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 16 ATSG). Es können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 9C_163/2009 vom 10. September 2010).

2.8. 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 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc). Wie das Bundesgericht in BGE 125 V 351 erkannt hat, haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht

oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit besteht. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen). Die Rechtsprechung hat sich verschiedentlich auch zum Beweiswert eines RAD-Berichts geäußert, bspw. in den Urteilen I 142/07 vom 20. November 2007 und I 143/07 vom 14. September 2007. In letzterem wurde festgestellt, dass interne Berichte des RAD nach Art. 49 Abs. 3 IVV eine andere Funktion haben als die medizinischen Gutachten (Art. 44 ATSG) oder die Untersuchungsberichte des RAD im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV. Sie erheben nicht selber medizinische Befunde, sondern würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht. Aufgrund dieser unterschiedlichen Funktion können und müssen sie nicht die an ein medizinisches Gutachten gestellten inhaltlichen Anforderungen erfüllen. Es kann ihnen aber nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Sie sind vielmehr entscheidrelevante Aktenstücke. Ihre Funktion besteht darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei (I 143/07). Die genannte Bestimmung von Art. 49 Abs. 3 IVV stand bis zum 31. Dezember 2007 in Kraft und wurde dann aufgehoben. Auf den 1. Januar 2008 wurde Art. 59 Abs. 2 bis IVG eingeführt, wonach die regionalen ärztlichen Dienste den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung stehen und die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten festsetzen, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Eine ähnliche Bestimmung fand sich bisher schon und, in leicht geänderter Fassung seit dem 1. Januar 2008, in Art. 49 Abs. 1 IVV. Immer noch in Kraft steht Art. 49 Abs. 2 IVV, wonach die regionalen ärztlichen Dienste bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen können (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-2716/2008 vom 21. Januar 2010). 3. Die IV-Stelle St. Gallen hatte dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 6. Juli 1998 bei einem Invaliditätsgrad von 100% eine ganze Invalidenrente zugesprochen (IV-Akt. 26), welche am 20. Juli 2001 ohne eingehende Abklärungen revisionsweise bestätigt wurde (IV-Akt. 35). Nachdem die Zuständigkeit durch die Wohnsitznahme des Beschwerdeführers in Thailand an die Vorinstanz übergegangen war, leitete diese im März 2006 eine Revision ein, die letztlich zur Aufhebung der ganzen Rente bzw. zur angefochtenen Verfügung führte. Die letzte materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit umfassender rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung fand demnach im Rahmen des Verfahrens statt, das mit der in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 6. Juli 1998 abgeschlossen wurde. 3.1. Im vorliegenden Verfahren hat das Bundesverwaltungsgericht somit zunächst die Frage zu prüfen, ob - und gegebenenfalls ab wann - die Vorinstanz zu Recht annehmen durfte, dass sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers bzw. dessen Auswirkungen auf seine Arbeits- und Leistungsfähigkeit

seit der Verfügung vom 6. Juli 1998 bis zum Erlass der hier streitigen Verfügung vom 5. Januar 2011 in massgeblicher Weise verändert und dadurch eine Minderung des Invaliditätsgrades verursacht bzw. eine Herabsetzung der IV-Rente begründet hat. Strittig ist insbesondere, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse und der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich verändert haben oder ob lediglich ein im Wesentlichen unverändert gebliebener Sachverhalt durch die begutachtenden Ärzte unterschiedlich gewürdigt worden ist.

3.2. Der Rentenbescheid für eine ganze Invalidenrente mit einem Invaliditätsgrad von 100% der IV-Stelle St. Gallen vom 6. Juli 1998 stützte sich auf folgende Arztberichte:

3.2.1. Cand. med. F. _____, Arztdienst der Medizinisch-sozialen Hilfsstelle 1 (in der Folge: MSH 1), St. Gallen, hielt am 4. Juni 1997 fest, der Beschwerdeführer habe zweimalig Rhabdomyolysen an den Beinen und am linken Arm erlitten auf Grund stundenlangen reglosen Kauerns nach Heroininjektionen. Er habe schon nach kürzeren Gehstrecken und beim Stehen Schmerzen in beiden Unterschenkeln (IV-Akt. 3).

3.2.2. Im Arztbericht vom 9. Oktober 1997 führte die MSH 1 St. Gallen aus, die gesundheitliche Beeinträchtigung bestehe seit 1992, der Beschwerdeführer bedürfe der ärztlichen Behandlung bis auf Weiteres und sei seit 1992 zu 100% arbeitsunfähig im bisherigen Beruf als Zimmermann. Diagnostiziert wurden ein Verdacht auf eine Chondromalzia patellae, eine Polytoxikomanie inkl. Morphintyp mit entsprechenden Folgeschäden im psychosozialen Bereich sowie eine Sensibilitätsstörung am linken Ober- und Unterschenkel (Status nach Thrombose 1994 und Kompartmentsyndrom 1996). Weiter wurde die Drogenanamnese aufgeführt. Die MSH 1 hielt dafür, dass das Ausmass der psychischen Störungen sowie deren Behandlung durch geeignete Massnahmen durch eine psychiatrische Untersuchung genauer abgeklärt werden müsste (IV-Akt. 12 und 13).

3.2.3. Am 17. März 1998 erstattete Dr. med. G. _____, Oberarzt, Kantonale Psychiatrische Dienste - Sektor Nord, St. Gallen, ein psychiatrisches Gutachten. Zur Krankheitsentwicklung wurde festgehalten, der Beschwerdeführer habe während der Schulzeit Cannabis und ab etwa 15 Jahren zusätzlich regelmässig Alkohol konsumiert. Ab ca. 1985 sei er heroinabhängig geworden. Zwischen 1986 und 1989 hätten mehrere stationäre Heroinentgiftungsbehandlungen im Psychiatricentrum S. _____ in E. _____ und der Drogeneinrichtung T. _____ in Z. _____ stattgefunden. Von 1989 bis 1992 habe der Beschwerdeführer eine Langzeitentwöhnungsbehandlung im U. _____ und in V. _____ absolviert. Im Winter 1991/92 sei es zu einer lebensbedrohlichen Intoxikation mit Alkohol, Kokain, Heroin und Benzodiazepinen gekommen, die zu einer Thrombose des linken Unterschenkels, einer Rhabdomyolyse und einer Crush-Niere geführt habe (Hospitalisation im USZ). Von 1993 bis 1995 habe der Beschwerdeführer an einem Langzeitmethadonprogramm in St. Gallen teilgenommen. Von September 1995 bis August 1996 sei der Beschwerdeführer erstmals in das Heroinprogramm MSI 1 St. Gallen aufgenommen worden. Nach einer Entzugsbehandlung sei der Beschwerdeführer auf Nemexin® eingestellt worden. In Folge unregelmässiger Einnahme des Nemexin® sei der Beschwerdeführer wieder rückfällig geworden und es sei erneut zu einer lebensbedrohlichen Intoxikation mit Heroin und Alkohol mit anschliessender Hospitalisation im Kantonsspital St. Gallen vom 21. Dezember 1996 bis 8. Januar 1997 gekommen. Im April 1997 sei er wieder ins Heroinsubstitutionsprogramm der MSH 1 in St. Gallen aufgenommen worden. Der Beschwerdeführer klagt über Rückenschmerzen im Lendenbereich, Knieprobleme, Beschwerden beider Beine beim Stehen und Gehen, eine Schlaf-Wach-Umkehr und über ein vermindertes sexuelles Interesse. Er könne sich nicht vorstellen, noch einmal einer regelmässigen Arbeit nachzugehen. Er sei körperlich und

psychisch so weit abgebaut, dass er nur noch auf "Sparflamme" lebe. Dr. med. G. _____ diagnostizierte eine Polytoxikomanie inkl. Morphintyp mit schwerer somato-psycho-sozialer Demontage (ICD-10: F19.25) bei pathologischer Persönlichkeit (ICD-10: F60.9). Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sei der Beschwerdeführer auf Grund seiner polyvalenten Suchtabhängigkeit nicht arbeitsfähig. Als Befunde erhob Dr. med. G. _____ eine schwere psychische Störung in Form einer ausgeprägten Polytoxikomanie inkl. Morphintyp, welche sich bislang therapeutisch nicht habe beeinflussen lassen, eine pathologische Persönlichkeitsstörung vom asthenisch, ängstlich-vermeidenden Typ, eine somatisch-orthopädische Behinderung in Form von Gelenk- und Rückenbeschwerden (Morbus Scheuermann), sekundäre Schäden aufgrund der beiden lebensbedrohlichen Intoxikationen (u.a. Status nach Thrombosen 1994 und Kompartmentsyndrom 1996) sowie vielfältige vegetative Störungen wie eine ausgeprägte Tag-Nacht-Umkehr. Die sekundären psychischen Gesundheitsschädigungen bestünden insbesondere darin, dass neben einer ausgeprägten psychomotorischen Unruhe Defizite im kognitiven und mnestischen Bereich sowie eine depressive Grundstimmung bestünden (IV-Akt. 21). 3.2.4. Anlässlich der ersten Rentenrevision, die zur Bestätigung der 100%igen Invalidität führte, hielt Dr. med. H. _____ der MHS 1, St. Gallen, in ihrem Verlaufsbericht vom 3. Juli 2001 im Wesentlichen fest, der Gesundheitszustand sei stationär, die Diagnose sei unverändert und berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt (IV-Akt. 34). 3.3. Weiter ist zu prüfen, ob mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Verbesserung der zur Drogensucht führenden psychischen Erkrankung (Polytoxikomanie inkl. Morphintyp bei pathologischer Persönlichkeit) und deren Folgen (vor allem Kompartmentsyndrom) eingetreten ist. 3.3.1. Mit Bericht vom 27. Juli 2006 führte Dr. I. _____, Fachärztin für Psychiatrie, W. _____ Hospital, gestützt auf eine persönliche Untersuchung zuhanden der Vorinstanz aus, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär, er benötige keine medizinische Behandlung und sei weder in der Arbeitsfähigkeit noch in der Erwerbsfähigkeit eingeschränkt, allerdings sei er seit rund 10 Jahren hilflos [sic]. Der Beschwerdeführer habe in der Vergangenheit Kokain, Cannabis und LSD konsumiert. Seit seine Frau ihn verlassen habe, leide er an Trunksucht und konsumiere nach wie vor Cannabis. Psychisch sei der Beschwerdeführer unauffällig. Die Denkvorgänge seien formal und inhaltlich normal (IV-Akt. 52 und 53). 3.3.2. Zu diesem Bericht nahm Dr. med. J. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD Rhone, am 5. Dezember 2006 Stellung. Er erachtete den Bericht von Dr. I. _____, insbesondere hinsichtlich der psychiatrischen Beurteilung, als äusserst knapp. Als einzige Diagnose werde chronischer Alkoholismus aufgeführt; offenbar bestehe keine Polytoxikomanie mehr, dagegen sei neu ein Unfall die Wirbelsäule betreffend aufgeführt. Gestützt auf diesen Bericht sei es nicht möglich, sich zur Invalidität zu äussern (IV-Akt. 55). Mit Bericht vom 20. Mai 2008 erachtete Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie, RAD Rhone, eine psychiatrische Begutachtung in der Schweiz für erforderlich mit den Fragestellungen nach einem hirnorganischen Psychosyndrom (Korsakow-Syndrom, dementielles Syndrom) als Folge des Alkoholkonsums sowie nach vorbestehenden psychiatrischen Erkrankungen (IV-Akt. 63). 3.3.3. Dr. med. B. _____ erstattete sein Gutachten - gestützt auf die Akten der Vorinstanz, eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers und einen Benton-Test - am 28. August 2008. Auf Grund der Anamnese, den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers, den objektiven Befunden und des Benton-Tests diagnostizierte Dr. med. B. _____ ein Alkoholabhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10: F10.25), ein Cannabisabhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10:

F12.25) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1). Zur Begründung seiner Diagnosen führte er aus, in der Familie des Beschwerdeführers finde sich eine Häufung von Suchterkrankungen. Vermutlich sei auch der Beschwerdeführer entsprechend veranlagt. In der Familie seien keine Geisteskrankheiten vorhanden. Der Beschwerdeführer habe in seiner Jugend keine Hinweise für eine gestörte Persönlichkeitsentwicklung gezeigt. Er habe in der Schule aus Neugier begonnen, gelegentlich Cannabis zu konsumieren. In der Lehre sei es zu einer Steigerung des Suchtverhaltens gekommen, da der Beschwerdeführer zusätzlich Alkohol konsumiert habe. Auch dieses Suchtverhalten sei nicht als Konsequenz einer Persönlichkeitsstörung zu werten, vielmehr sei eine Versuchungssituation vorhanden gewesen. Fatalerweise habe er eine drogenabhängige Lebenspartnerin gefunden, mit welcher er eine Reise nach Thailand unternommen habe und dabei selber heroinsüchtig geworden sei. Auch im Hinblick auf diese Sucht hätte keine diese begünstigende psychische Erkrankung vorgelegen, sondern es sei erneut von einer Fremdbeeinflussung auszugehen. Der Beschwerdeführer sei von seiner Sucht in der Folge nie mehr losgekommen. Er habe delinquent, habe mehrmals längere Zeit in Entzugskliniken verbracht und sei auch in einem Heroinabgabeprogramm gestanden. Es sei mehrmals zu lebensbedrohlichen Situationen gekommen, habe er doch bei einer massiven Überdosierung eines fast tödlichen Zwischenfall mit Bein thrombose und Nierenversagen erlitten. Bis heute sei der linke Unterschenkel teilweise atroph und der Beschwerdeführer gehe an einem Stock. Daneben klage er auch über Rückenschmerzen. Zu einer allfälligen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus somatischen Gründen könne er sich nicht äussern. Auf jeden Fall bestünden keine Hinweise für eine psychosomatische Überlagerung der somatischen Beschwerden. Nachdem der Beschwerdeführer eine IV-Rente erhalten habe, sei er nach Thailand gezogen, wo er bis heute lebe. In Thailand habe er den Heroin- und Kokainkonsum aufgegeben. Es bestehe eine Hepatitis C, welche sich auf den Gesundheitszustand negativ auswirke. Am 18. August 2008 habe der Beschwerdeführer etwas verwaschen gewirkt und einen deutlichen Foetor alcoholicus gehabt. Allerdings habe der massive Alkoholabusus bisher nicht zu einem deutlichen Persönlichkeitsabbau oder zu einer psychoorganischen Schädigung geführt. Der Benton-Test sowie die klinische Untersuchung förderten kein amnestisches Syndrom zu Tage. Das Alkoholabhängigkeitssyndrom sei aktuell der Hauptbefund. Daneben bestehe eine Cannabisabhängigkeit. Beide Süchte hätten nicht zu irreversiblen Gesundheitsschäden geführt. Wegen der chronischen Hepatitis C sei eine Alkoholabstinenz empfehlenswert. Von dritter Seite sei auf eine pathologische Persönlichkeit hingewiesen worden; heute liessen sich keine entsprechenden Symptome mehr nachweisen, auch wenn der Beschwerdeführer etwas besorgt wirke. Vermutlich habe sich die vormalige pathologische Persönlichkeit unter fehlendem sozialen Druck zurückgebildet und es bestünden nur mehr akzentuierte Persönlichkeitszüge. Dass der Beschwerdeführer nicht arbeite, liege an ungünstigen krankheitsfremden Faktoren: Lange Phase von Arbeitsuntätigkeit, fehlende Motivation zur Wiederaufnahme einer beruflichen Leistung, sekundärer Krankheitsgewinn sowie Alkohol- und Cannabiskonsum. Die Arbeitsfähigkeit sei insofern schwer abschätzbar, als sich eine Anzahl massgeblicher ungünstiger krankheitsfremder Faktoren fänden. Da die Polytoxikomanie keine irreversiblen psychischen Gesundheitsschäden verursacht habe, könne von dieser Seite keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Dies gelte auch für die pathologische Persönlichkeitsstruktur, bezüglich welcher sich gegenüber 1998 eine Verbesserung eingestellt habe, da lediglich noch akzentuierte Persönlichkeitszüge ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen.

Nach einer mehrmonatigen Abstinenzbehandlung würde sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erhöhen. Als Zimmermann könne der Beschwerdeführer allerdings kaum mehr arbeiten, da die Arbeitspause schon sehr lange andauere und zudem auf die Behinderung durch den linken Unterschenkel Rücksicht genommen werden müsse (IV-Akt. 77).

3.3.4. Nach Einsichtnahme in dieses Gutachten ging Dr. med. K._____ mit Bericht vom 13. Oktober 2008 von keiner relevanten psychiatrischen Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr aus. Der Gesundheitszustand sei stabilisiert und es lägen nurmehr Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Seit 18. August 2008 bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (IV-Akt. 79). Am 4. November 2008 hielt Dr. med. K._____ fest, auf geistig-psychiatrischer Ebene bestünden keine Einschränkungen. Auch der atrophe Unterschenkel bei St. nach Thrombose des linken Unterschenkels und das Nierenversagen stünden einer mittelschweren Arbeit nicht entgegen, da ein neuropathisches Schmerzsyndrom durchaus behandelt werden könne. Der Beschwerdeführer könnte ganztags arbeiten in sitzender Arbeitsposition, ohne Heben von Gewichten über 10 kg, schwere Arbeiten und einer längeren Gehstrecke als 500 m (IV-Akt. 81).

3.3.5. Am 3. Mai 2009 erstattete Dr. C._____ auftrags des Beschwerdeführers ein Gutachten (vgl. vorne Bst. B). Darin wurde im Gegensatz zum Gutachten von Dr. med. B._____ festgehalten, der Beschwerdeführer konsumiere jegliche Art von Drogen: Cannabis, Heroin, Kokain, Alkohol, Nikotin und Amphetamine. Der körperliche Befund war bis auf einen reduzierten Allgemeinzustand, eine leichte Kyphose und einen Foetor aethylicus unauffällig. Abgesehen von einer leichten depressiven Verstimmung konnte der Arzt keine andere psychiatrische Diagnose erheben. Ein Drogenscreening wurde aus polizeilichen Gründen nicht durchgeführt. Dr. C._____ konkludierte eine Polytoxikomanie sowie eine Erwerbsunfähigkeit von 80% (IV-Akt. 107).

3.3.6. Am 9. September 2009 äusserte sich Dr. med. D._____ zum Gutachten von Dr. C._____ und kam zum Schluss, dass dieses keinerlei neue Gesichtspunkte aus psychiatrischer Sicht zu Tage fördere. Allerdings sei der Einwand des Beschwerdeführers in seinem Einspruch vom 21. Februar 2009, er halte eine medizinische Untersuchung mit Blutuntersuchung, Röntgenbildern etc. nicht ganz unberechtigt. Die Beschwerden im linken Unterschenkel bei St. nach Kompartmentsyndrom sowie die wiederholt angegebenen Rücken- und Kniebeschwerden seien bisher nicht abgeklärt worden, eben so wenig, ob diese eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Dr. med. D._____ schlug daher eine weitere Begutachtung durch einen Facharzt für orthopädische Chirurgie/Traumatologie vor mit der Fragestellung, ob die Knie- und Rückenprobleme sowie die Beschwerden im linken Unterschenkel als Folge des Kompartmentsyndroms invalidisierenden Charakter hätten. Auch sei nie eine internistische Begutachtung wegen der aktiven Hepatitis C und den abgelaufenen Hepatiden A und B durchgeführt worden, was auch nachzuholen sei (IV-Akt. 111).

3.3.7. In der Folge wurden die von Dr. med. D._____ angeregten medizinisch-internistischen und orthopädisch-chirurgischen Untersuchungen im R._____ Hospital durchgeführt. Die klinische Untersuchung zeigte eine verspannte paravertebrale Muskulatur, eine Druckdolenz der unteren Prozess spinosi, eine schmerzhaft eingeschränkte Flexion der Wirbelsäule, eine um einen Fünftel verminderte Kraft des Extensor hallucis longus beidseits. Beide Knie waren bis auf ein leichtes Krepitieren unauffällig. Ferner fand sich ein positives Tinel-Zeichen am linken Bein unter dem Knie mit Ausstrahlung der Schmerzen in den linken Fuss. Die Röntgenbilder ergaben Anhaltspunkte für Osteophyten an den LWK 2 und 4, jedoch nicht für ossäre Destruktionen. Die Röntgenbilder beider Knie waren unauffällig. Diagnostiziert wurden ein

neuropathischer Schmerz bei Status nach Thrombose am linken Bein sowie Lendenwirbelschmerzen mit und ohne Radikulopathien. Der Beschwerdeführer sei fähig, leichte Arbeiten zu verrichten, wobei schwere körperliche Tätigkeiten, verbunden mit dem Tragen von schweren Lasten, weiten Gehstrecken, Gehen auf unebenem Gelände, häufigem Treppensteigen sowie dem Besteigen von Leitern oder Gerüsten, nicht zumutbar seien. Der Beschwerdeführer könne weder die angestammte noch eine angepasste Tätigkeit verrichten. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers könnte verbessert werden durch eine intensive Rehabilitation und ein "Abhärtungstraining". 3.3.8. Am 11. November 2010 nahm Dr. med. L. _____, Fachärztin für Innere Medizin, RAD Rhone, Stellung zu dieser Begutachtung. Aus internistischer Sicht sei die ausgeprägte Suchtproblematik das Hauptproblem des Beschwerdeführers. Der Beschwerdeführer scheine sich mit einer Hepatitis C infiziert zu haben. Aktuelle Laborwerte seien nicht vorhanden. Aber die Anamnese und Untersuchungsbefunde sprächen in keiner Weise für eine Leberinsuffizienz, die eine Arbeitsunfähigkeit begründete. 2001 werde eine Niereninsuffizienz erwähnt. Da im Status keinerlei Hinweise für eine dekompensierte Niereninsuffizienz bestünden und auch in der Anamnese keine typischen Klagen aufgeführt seien, die an eine Niereninsuffizienz denken liessen, scheine es sich hier eher um einen Kreatinin-Anstieg nach mehrfacher "Crush-Niere" im Zusammenhang mit den Intoxikationen zu handeln. Die Thrombose und das Kompartmentsyndrom von 1992 mit rezidivierenden neuropathischen Schmerzen würden allenfalls eine Limitation der Arbeitsfähigkeit für Arbeiten mit langen Gehstrecken und Arbeiten auf Leitern zur Folge haben. Allerdings könnten die neuropathischen Schmerzen mit Lyrica® behandelt werden. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Die internistische Situation habe sich nicht verschlimmert. Die neurologischen Untersuchungsbefunde zeigten keine relevante Pathologie und erlaubten es nicht, relevante invalidisierende Folgeschäden des Alkohol-/Drogen-konsums zu attestieren. Dr. med. M. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, RAD Rhone, führte mit Kurzbericht vom 17. November 2010 aus, das leichte lumbospondylogene Syndrom, die beginnende Gonarthrose und der Status nach Thrombose mit Kompartementsyndrom vor 18 Jahren schränkten die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit nicht ein. Dr. med. D. _____ würdigte in seiner Stellungnahme vom 15. Dezember 2010 das Gutachten von Dr. med. B. _____ vom 28. August 2008 sowie die internen Stellungnahmen des RAD Rhone vom 11. November 2010 und 17. November 2010 und kam zum Schluss, dass der Beschwerdeführer sowohl aus psychiatrischer als auch aus somatischer Sicht eine adaptierte Tätigkeit ausüben könnte (IV-Akt. 121, 121a). 3.4. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer hinsichtlich seines psychischen Zustands eingehend abgeklärt worden ist. Das Gutachten von Dr. med. B. _____ legt nachvollziehbar dar, dass sich der psychische Gesundheitsschaden, welcher gemäss Gutachten von Dr. med. G. _____ zur Sucht geführt hat (pathologische Persönlichkeit [ICD-10: F60.9]), unter dem fehlenden sozialen Druck in Thailand zurückgebildet hat und nun noch akzentuierte Persönlichkeitszüge ohne Krankheitswert vorliegen. Ausserdem sei der Beschwerdeführer in Thailand gut integriert. Die Polytoxikomanie habe keine dementielle Erkrankung bewirkt, dies konnte durch den Benton-Test, den der Beschwerdeführer mit gutem Resultat machte, sowie die klinische Untersuchung ausgeschlossen werden. Der Beschwerdeführer gab gegenüber Dr. med. B. _____ an, in Thailand die Heroin- und Kokainsucht überwunden zu haben. Aus psychiatrischer Sicht wurde dem Beschwerdeführer eine leichte Tätigkeit ganztags zugemutet. Zu allfälligen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus somatischen Gründen

nahm Dr. med. B. _____ als Facharzt für Psychiatrie korrekterweise nicht Stellung. Das Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf den notwendigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) ergangen und leuchtet - wie bereits erwähnt - in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein, so dass darauf abzustellen ist. Zwar trifft zu, wie der Beschwerdeführer einwendet, dass Dr. B. _____ in seinem Gutachten festgehalten hat, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers insofern schwer abschätzbar sei, als massgebliche ungünstige krankheitsfremde Faktoren vorlägen wie lange Phasen von Arbeitsuntätigkeit, fehlende Motivation zur Wiederaufnahme einer beruflichen Leistungen sowie sekundärer Krankheitsgewinn. Diese Faktoren laufen auf eine Erwerbslosigkeit aus invaliditätsfremden Gründen hinaus, die grundsätzlich keinen Rentenanspruch zu begründen vermögen; darauf wird zurückzukommen sein (BGE 107 V 17 E. 2c). Aus dem Verlaufsbericht von Dr. I. _____, Psychiaterin, vom 27. Juli 2006 geht insbesondere die Diagnose chronischer Alkoholismus hervor. Der psychische Zustand wurde als normal erachtet (IV-Akt. 52, 53). Die Vorinstanz stufte diesen Bericht allerdings zu Recht als zu wenig umfassend ein, weshalb sich Weiterungen hierzu erübrigen. Das Privatgutachten von Dr. C. _____ ist - wie der RAD-Arzt Dr. med. D. _____ am 9. September 2009 zu Recht festhält - wenig aussagekräftig. Als Diagnosen werden eine Polytoxikomanie mit ständigem Substanzgebrauch, ein Zustand nach Venektomie und Muskelentfernung, ein Morbus Scheuermann sowie eine chronische Hepatitis C festgehalten. Als Internist, Allergologe und Immunologe ist Dr. C. _____ nicht in der Lage, zu beurteilen, ob die Polytoxikomanie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein psychischer/geistiger Gesundheitsschaden eingetreten ist oder dass sie selber Folge eines geistigen/psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt. Die 80%ige Erwerbsunfähigkeit stützt er denn auch zur Hauptsache auf die Polytoxikomanie. Dass diese für sich allein keine Invalidität begründet, wurde bereits erwähnt (vgl. E. 2.5. hiervor). Es fällt auf, dass der Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. B. _____ und Dr. I. _____ angab, nurmehr Alkohol und Cannabis zu konsumieren und die Heroin- und Kokainsucht in Thailand überwunden zu haben. Nach dem negativen Vorbescheid vom 27. Januar 2009 der Vorinstanz liess sich der Beschwerdeführer von Dr. C. _____ begutachten und gab an, Drogen aller Art zu konsumieren. Es kann dahin gestellt bleiben, ob der Beschwerdeführer seine gesundheitliche Situation nach Erhalt des ablehnenden Vorbescheids, als feststand, dass ihm keine ganze Rente mehr zusteht, dramatischer darstellen wollte, als sie es war. Wie schon mehrfach erwähnt (Vgl. E. 2.5. hiervor), begründen weder eine Polytoxikomanie noch ein Aethylabusus für sich allein einen invalidisierenden Gesundheitsschaden. Es muss somit in psychischer Hinsicht bei den Feststellungen sein Bewenden haben, dass der Beschwerdeführer unter Cannabis- und Alkoholabhängigkeit mit ständigem Substanzgebrauch leidet (Dr. med. B. _____ und Dr. I. _____) oder allenfalls immer noch polytoxikoman ist (Dr. C. _____), jedoch nicht in Verbindung mit einem die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden geistigen/psychischen Gesundheitsschaden mit Krankheitswert, der zur Sucht geführt hat oder als deren Folge eingetreten ist. Aus internistisch-medizinischer Sicht wurde vom R. _____ Hospital ein Kompartmentsyndrom am linken Bein nach Fasziotomie mit neuropathischem Schmerz sowie eine milde lumbale Spondylose diagnostiziert. Dr. N. _____ empfahl weitere Abklärungen im Sinne einer Elektroneurographie und einer Elektromyographie des linken Unterschenkels sowie ein MRI der Lendenwirbelsäule. Der Bericht des R. _____

Hospitals ist jedoch insofern widersprüchlich, als Dr. N. _____ den Beschwerdeführer einerseits für leichte Tätigkeiten mit gewissen Einschränkungen für arbeitsfähig hielt (IV-Akt. 114 Ziff. 8, 9), andererseits die Frage, ob der Beschwerdeführer die angestammte oder eine adaptierte Tätigkeit ausüben könnte, verneinte (IV-Akt. 114 Ziff. 10.1., 10.2., 2.3.). Insofern ist dieses Gutachten in sich widersprüchlich und steht auch in Widerspruch zu den Schlussfolgerungen der RAD-Ärztinnen, Dres. med. L. _____ sowie M. _____, in einer adaptierten Tätigkeit bestehe keine Arbeitsunfähigkeit, so dass weder auf dieses Gutachten noch auf die Berichte der RAD-Ärztinnen abgestellt werden kann, weshalb sich eine neue Begutachtung, die alle somatischen Leiden und deren Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit, abklärt, aufdrängt. Nach dem Gesagten würde die Besserung in psychosomatischer Hinsicht die Revision der IV-Rente grundsätzlich rechtfertigen. Ob der Beschwerdeführer trotzdem noch Anspruch auf eine ganze oder teilweise Rente hat, hängt indessen von der durchzuführenden ergänzenden Abklärung hinsichtlich seiner somatischen Beschwerden und Einschränkungen ab. 3.5. Am 13. Mai 2011 informierte die Vorinstanz das Bundesverwaltungsgericht dahin, dass der Beschwerdeführer offenbar in Thailand wegen angeblichem Drogenbesitz verhaftet wurde. In diesem Zusammenhang gilt es auf folgendes hinzuweisen: Gemäss Grundsatzurteil des EVG vom 28. Juni 2006 BGE 133 V 1 wird eine Invalidenrente - entgegen dem Wortlaut von Art. 21 Abs. 5 ATSG, jedoch in Bestätigung der Rechtsprechung BGE 116 V 323 - auch bei der Untersuchungshaft sistiert, sofern diese mindestens drei Monate dauert (a.M. offenbar: Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Rz 103 zu Art. 21). Art. 21 Abs. 5 ATSG unterscheidet nicht danach, ob die Strafe in der Schweiz oder im Ausland vollzogen wird (Urteil des Bundesgerichts 9C_20/2008 vom 21. August 2008), so dass der Beschwerdeführer aus dem Umstand, dass er im Ausland verhaftet wurde, nichts zu seinen Gunsten ableiten kann. Falls der Beschwerdeführer mindestens eine dreimonatige Untersuchungshaft verbüsst, bei Strafvollzug ohnehin, ist die Rente zu sistieren. Zu beachten ist ferner, dass die Rente für den Monat, in dem der Vollzug einsetzt, insgesamt und nach dem Ende des Vollzugs für den ganzen Monat, in welchem die Entlassung erfolgt, auszurichten ist (U. Kieser, a.a.O., Rz. 100 zu Art. 21). Nach einer allfälligen Haftentlassung des Beschwerdeführers sind die erforderlichen Abklärungen (vgl. E. 3.4. hiervor) durchzuführen und die Rentensistierung nach Art. 21 Abs. 5 ATSG ist aufzuheben. 4. Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung. 4.1. Weder dem teilweise obsiegenden Beschwerdeführer noch der unterliegenden Vorinstanz sind Kosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG e contrario und Art. 63 Abs. 2 VwVG). 4.2. Die Entschädigung des Rechtsvertreters wird mangels Einreichung einer Kostennote unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwandes auf pauschal Fr. 2'000.-- (inkl. Auslagen, exkl. MWST) festgesetzt (Art. 65 Abs. 5 VwVG i.V.m. Art. 16 Abs. 1 Bst. a VGG und Art. 14 Abs. 2 VGKE). Die Mehrwertsteuer ist nur für Dienstleistungen geschuldet, die im Inland gegen Entgelt erbracht werden, nicht jedoch im vorliegenden Fall, in dem die Dienstleistung für den Beschwerdeführer mit Wohnsitz im Ausland erbracht worden ist (Art. 1 Abs. 2 i.V.m. Art. 8 Abs. 1 und Art. 18 Abs. 1 des Mehrwertsteuergesetzes vom 12. Juni 2009 [MWSTG, SR 641.20] sowie Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE). Die Entschädigung wird bei der unentgeltlichen Verbeiständung nicht der Partei, sondern deren Vertreter zugesprochen (Marcel Maillard, in: Praxiskommentar VwVG, Waldmann/Weissenberger [Hrsg.], Zürich 2009, Art. 65 N. 44).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.