

# **BVGer B-159/2012 vom 21. Oktober 2013**

Bundesverwaltungsgericht, 2013-10-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_B-159\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-159_2012)

FR: TAF B-159/2012 du 21 octobre 2013

IT: TAF B-159/2012 del 21 ottobre 2013

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das Verwaltungsverfahrensgesetz aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

### **E. 1.2**

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Verfügung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland vom 14. November 2011. Der Beschwerdeführer hat frist- und formgerecht Beschwerde erhoben (Art. 60 ATSG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung ist der Beschwerdeführer besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Änderung oder Aufhebung (Art. 59 ATSG). Damit ist auf die Beschwerde einzutreten.

### **E. 2**

Vorab ist zu prüfen, welche Rechtsnormen im vorliegenden Verfahren zur Anwendung gelangen.

#### **E. 2.1**

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Mazedonien und lebt dort, so dass vorliegend das am 1. Januar 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Mazedonien über Soziale Sicherheit vom 9. Dezember 1999 (SR 0.831.109.520.1) anwendbar ist. Gemäss Art. 4 Abs. 1 des Abkommens sind die Staatsangehörigen des einen Vertragsstaates sowie deren Familienangehörige und Hinterlassene in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates den Angehörigen dieses Vertragsstaates bzw. deren Angehörigen und Hinterlassenen gleichgestellt; abweichende Bestimmungen

bleiben vorbehalten. Die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, bestimmt sich demnach allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

## **E. 2.2**

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. 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; vgl. BGE 130 V 445). Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der IVV ist auf die per 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Bestimmungen der 4. IV-Revision in der Fassung vom 21. März 2003 (AS 2003 3837) bzw. in der Fassung vom 21. Mai 2003 (AS 2003 3859), und für die Zeit ab 1. Januar 2008 auf die dannzumal in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) abzustellen. Soweit ein Rentenanspruch ab dem 1. Januar 2012 zu prüfen ist, sind weiter die mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Gesetzesänderungen zu beachten (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts B-3448/2012 vom 9. Oktober 2013 E. 2.2).

## **E. 2.3**

Bezüglich der vorliegend auf Grund von Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG zu berücksichtigenden ATSG-Normen zur Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) und zur Bestimmung des Invaliditätsgrades (Art. 16) hat das Schweizerische Bundesgericht (vormals Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG]) erkannt, dass es sich bei den in Art. 3-13 ATSG enthaltenen Legaldefinitionen in aller Regel um eine formellgesetzliche Fassung der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu den entsprechenden Begriffen vor In-Kraft-Treten des ATSG handelt und sich inhaltlich damit keine Änderung ergibt, weshalb die hierzu entwickelte Rechtsprechung übernommen und weitergeführt werden kann (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3).

## **E. 3.1**

Streitig ist vorliegend, ob die Vorinstanz zu Recht die bisher ausgerichtete ganze Invalidenrente wegen Änderung des Invaliditätsgrades eingestellt hat, wobei die Frage im Zentrum steht, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in rentenrelevanter Weise verbessert hat bzw. ob der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt worden ist. Nachfolgend sind die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden gesetzlichen Grundlagen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen.

## **E. 3.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). 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).

### **E. 3.3**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente.

### **E. 3.4**

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades bei erwerbstätigen Versicherten wird das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihnen zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnten (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnten, wenn sie nicht invalid geworden wären (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 E. 3.4.2. mit Hinweisen).

### **E. 3.5**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc). Eine zumutbare Arbeitsmöglichkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen (leidensangepasste Verweisungstätigkeit; ZAK 1986 S. 204 f.).

### **E. 3.6**

Die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht haben die medizinischen Unterlagen nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, 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 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). In Bezug auf Berichte der behandelnden Ärzte bzw. Hausärzte darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. 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). Auf Stellungnahmen der RAD kann nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des Bundesgerichts 9C\_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen).

### **E. 3.7.1**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG; vgl. auch Art. 87 Abs. 2 und 3, Art. 88a und Art. 88bis IVV). Anlass zur Revision von Invalidenrenten gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist daher nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann etwa revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben oder eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349). Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108).

### **E. 3.7.2**

Dagegen ist die unterschiedliche Beurteilung eines im wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts kein Revisionsgrund; unterschiedliche Beurteilungen sind revisionsrechtlich nur dann beachtlich, wenn sie Ausdruck von Änderungen der tatsächlichen Verhältnisse sind (BGE 115 V 313 E. 4a/bb mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a). Identisch gebliebene Diagnosen schliessen eine revisionsrechtlich erhebliche Steigerung des tatsächlichen Leistungsvermögens (Arbeitsfähigkeit) grundsätzlich nicht aus. Dies gilt namentlich dann, wenn der Schweregrad eines Leidens sich verringert hat oder es der versicherten Person gelungen ist, sich besser an das Leiden anzupassen (Urteil B-3448/2012 E. 4.6).

### **E. 4**

Nachfolgend ist deshalb anhand der medizinischen Akten und unter Berücksichtigung der massgebenden Kriterien zu prüfen, ob und gegebenenfalls ab wann sich der gesundheitliche Zustand sowie die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zwischen dem Rentenentscheid vom 9. Dezember 1994 und dem Erlass der hier streitigen Verfügung vom 14. November 2011 insoweit gebessert haben, dass die Aufhebung der ganzen Invalidenrente gerechtfertigt war (vgl. BGE 117 V 198 E. 3a, BGE 133 V 108, BGE 130 V 71).

### **E. 4.1**

Beim Erlass der vorliegend als Vergleichsbasis dienenden Verfügung vom 9. Dezember 1994 stützte sich die Vorinstanz für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zur Hauptsache auf folgende medizinische Unterlagen:

#### **E. 4.1.1**

Im Kurzbericht des Spitals C.\_\_\_\_\_ vom 7. Juli 1992 wurden eine Schulterluxation links, eine Skapulafraktur rechts sowie eine Commotio cerebri diagnostiziert. Der Beschwerdeführer sei aus drei Metern Höhe in einen Liftschacht gestürzt. Als Eintrittsbefunde wurden genannt: Druckdolenz und Delle über der linken Schulter sowie Schmerzen über der Skapula rechts. Es erfolgte eine Commotio-Überwachung sowie die Anlegung eines Gilchrist-Verbandes links. Der Aufenthalt des Beschwerdeführers dauerte vom 1. Juli bis 3. Juli 1992 (SUVA-act. 2).

#### **E. 4.1.2**

Am 1. September 1992 erging die kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. J.\_\_\_\_\_. Der Beschwerdeführer klagte über sehr starke Schmerzen links und in der Lumbalgegend. Dr. med. J.\_\_\_\_\_ hielt fest, der Beschwerdeführer sei vor zwei Monaten zwischen Gerüst und Fassade gestürzt, wobei es zu einer Schulterluxation links, zu einer Skapulafraktur rechts und einer Commotio cerebri gekommen sei. Der Beschwerdeführer klagte heute auch über Kreuzschmerzen im Sinne eines lumbovertebralen Syndroms bei vorbestehender Fehlform der Wirbelsäue im Sinne einer grossbogigen linkskonvexen Skoliose. Seitens des rechten Schultergelenks klagte der Beschwerdeführer nur noch über geringfügige Beschwerden, seitens des linken Schultergelenks klagte der Beschwerdeführer dagegen über massive Schmerzen. Eine sichere Aussage über die Schwere der objektiv noch vorhandenen Schulterpathologie sei nicht möglich. Da noch ein therapieresistentes lumbovertebrales Syndrom vorliege, sei ein Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik D.\_\_\_\_\_ nötig. Eine Wiederaufnahme der Arbeit stehe, alle Umstände berücksichtigend, nicht zur Diskussion.

(SUVA-act. 7).

#### **E. 4.1.3**

Vom 23. September 1992 bis 15. Dezember 1992 hielt sich der Beschwerdeführer in der Rehabilitationsklinik D. \_\_\_\_\_ auf. Im Austrittsbericht vom 16. Dezember 1992 ergingen folgende Unfalldiagnosen: Schulterluxation links, Skapulafraktur rechts und Contusio cerebri. Dres. med. K. \_\_\_\_\_ und L. \_\_\_\_\_ resümierten, es bestehe ein Status knapp ½ Jahr nach einem Sturz mit Contusio cerebri, Schulterluxation links und Skapulafraktur rechts mit jetzt erheblich schmerzhaft eingeschränkter Schulterbeweglichkeit links und Schmerzen in der ganzen Wirbelsäule sowie eine mittelschwere Hirnfunktionsstörung im Rahmen eines durchgemachten Schädelhirntraumas. Im MRI des Schädels hätten zwar keine Residuen einer Contusio cerebri mehr nachgewiesen werden können, hingegen sprächen die neuropsychologischen Ausfälle für eine durchgemachte Contusio cerebri. Die Arbeitsfähigkeit betrage 0 % (SUVA-act. 10).

#### **E. 4.1.4**

Vom 17. Mai 1993 bis 25. Juni 1993 hielt sich der Beschwerdeführer erneut in der Rehabilitationsklinik D. \_\_\_\_\_ auf. Die Unfalldiagnosen sowie die funktionellen Diagnosen bei Eintritt waren unverändert gegenüber dem Austrittsbericht vom 16. Dezember 1992. Die neuropsychologische Untersuchung vom 19. Mai 1993 habe im Verhältnis zur Voruntersuchung vom 19. Oktober 1992 eine Verbesserung einzelner kognitiver Funktionen ergeben, hingegen markantere Störungen der geistigen Umstellfähigkeit und Handlungsplanung. Es finde sich eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung. In der Berufserprobung habe sich gezeigt, dass eine Abklärung zur Zeit noch verfrüht sei. Knapp ein Jahr nach Sturz mit Contusio cerebri, Schulterluxation links und Skapulafraktur rechts stehe heute eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung mit herabgesetzter Dauerbelastbarkeit und reduzierter Konzentrationsleistung sowie subjektiv starker Beeinträchtigung durch Lärmempfindlichkeit, Kopfschmerzen und Schwindel im Vordergrund. Weiterhin beständen eine erheblich schmerzhaft eingeschränkte Schulterbeweglichkeit links sowie Schmerzen in der ganzen Wirbelsäule. Die Arbeitsfähigkeit betrage 0 % (SUVA-act. 14).

#### **E. 4.1.5**

Am 15. Oktober 1993 erging eine weitere kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. J. \_\_\_\_\_ welcher auf die Beurteilung der Rehabilitationsklinik D. \_\_\_\_\_ vom 29. Juni 1993 verwies. Diagnostisch im Vordergrund stehe eine Hirnfunktionsstörung in einem Ausmass, welche allein schon eine Arbeitsunfähigkeit oder Invalidität von 50-70 % begründe. Vom erstbehandelnden Spital sei aber lediglich die Diagnose einer Commotio cerebri gestellt worden und der Beschwerdeführer sei allenfalls nur einige Sekunden bewusstlos gewesen. Dokumentiert sei also ein Schädel-Hirntrauma, das nach allgemeiner medizinischer Erfahrung folgenlos ausheilen sollte. Es sei zweifelhaft, ob hier wirklich eine organisch bedingte, posttraumatische Hirnfunktionsstörung vorliege, es handle sich wohl eher um ein schweres reaktives psychogenes Geschehen. Der Beschwerdeführer aggraviere wohl nicht bewusst. Es liege bloss kein organischer Hirnschaden in dieser Grössenordnung vor, sondern vielmehr ein posttraumatisches psychoreaktives Geschehen. Der Beschwerdeführer sei weiterhin arbeitsunfähig (SUVA-act. 16).

#### **E. 4.1.6**

Vom 15. Februar 1994 bis 29. April 1994 war der Beschwerdeführer in der Klinik E. \_\_\_\_\_ hospitalisiert. Dem Austrittsbericht vom 6. Mai 1994 zufolge standen bei Eintritt in die Klinik beim Beschwerdeführer chronische Kopfschmerzen im Vordergrund. Ferner bestanden Schmerzen im Bereich der BWS und der linken Schulter sowie Schwindelzustände. Insgesamt habe der Beschwerdeführer einen depressiven Eindruck gemacht. Im Stationsalltag hätten sich keine Anhaltspunkte für neuropsychologische Defizite ergeben. Es habe sich jedoch eine gedankliche Einengung des Beschwerdeführers auf seine körperlichen Symptome als Zeichen einer depressiven Entwicklung gezeigt. Da während des stationären Aufenthalts des Beschwerdeführers in der Klinik E. \_\_\_\_\_ keine organischen Ursachen für das Schmerzsyndrom hätten gefunden werden können und auf Grund seines auf die Krankheit zentrierten Denkens und Handelns, gehe man von einer reaktiven Depression aus, die sich als Folge des Unfalls entwickelt habe und zusätzlich durch soziale Probleme gefördert werde. Zusammenfassend habe sich im Rahmen der obgenannten Therapien mit Schwerpunkt Psychotherapie und antidepressive Behandlung eine anfangs nur leichte Befundbesserung des psychophysischen Beschwerdesyndroms eingestellt. Empfohlen wurde eine psychotherapeutische Behandlung in der Muttersprache des Beschwerdeführers (SUVA-act. 28). Ergänzend gaben Dres. med. M. \_\_\_\_\_, Chefarzt, und N. \_\_\_\_\_, Neuropsychologe, Psychologe FSP, Klinik E. \_\_\_\_\_, an, die im Arztbericht vom 6. Mai 1994 gemachte Aussage, wonach keine Anhaltspunkte für neuropsychologische Defizite bestünden, beruhe nicht auf neuropsychologischer Diagnostik, sondern auf klinischer Beobachtung (IV-act. 3).

#### **E. 4.1.7**

Die ärztliche Abschlussuntersuchung durch die SUVA erging am 21. September 1995. Kreisarzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ fasste die bisherige Anamnese zusammen. Der Unfall hinterlasse eine volle Invalidität. Verbleibende Unfallfolgen seien eine leichte, allerdings schmerzhaft funktionseingeschränkte Schulterfunktionseinschränkung links, eine leichte bis mittelschwere posttraumatische Hirnfunktionsstörung, eine reaktive Depression und eine pathologische Unfallverarbeitung mit Somatisierungstendenz und Beschwerden im Bereich des rechten Schultergelenks und der Wirbelsäule (SUVA-act. 37).

#### **E. 4.2**

Beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 14. November 2011 ging die Vorinstanz davon aus, dass im von ihr in Auftrag gegebenen MEDAS-Gutachten vom 13. April 2010 im Hinblick auf den rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen Befund keine wesentliche Befundänderung gegenüber 1994/1995 festgestellt worden sei. In neuropsychologischer Hinsicht sei dagegen eine relevante gesundheitliche Besserung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eingetreten. Im Rahmen des Gesamtgutachtens sei aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 75 % in leichten, angepassten Verweisungstätigkeiten festgestellt worden. Der ärztliche Dienst halte im Rahmen seiner Stellungnahmen vom 6. Juli 2010 und vom 27. Juni 2011 fest, dass die auf der neuropsychologischen Ebene eingetretene Besserung eine erhebliche und für die Arbeitsfähigkeit in Verweisungstätigkeiten relevante Sachverhaltsänderung gegenüber dem Zeitpunkt der Gewährung der ganzen Rente und den seitherigen Revisionen darstelle. Wenn die MEDAS auf Seite 23 des Gesamtgutachtens angegeben habe, dass sich der Gesundheitszustand seit 1995 nicht wesentlich geändert habe, so treffe diese Angabe angesichts der neuropsychologischen Besserung offensichtlich nicht zu. Die im Gesamtgutachten festgehaltene Arbeitsfähigkeit von 75 % in leidensangepassten leichten Verweisungstätigkeiten sei gemäss der Beurteilung des RAD

angesichts der eingetretenen neuropsychologischen Besserung zutreffend.

#### **E. 4.2.1**

Das MEDAS-Gutachten enthält ein Gesamtgutachten sowie neurologische, neuropsychologische, rheumatologische und psychiatrische Teilgutachten und ergibt folgende Ergebnisse zur medizinischen Situation und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers.

##### **E. 4.2.1.1**

Aus dem neurologischen Teilgutachten von Dr. med. O. \_\_\_\_\_ vom 27. Januar 2010 gehen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hervor: Chronisches Schmerzsyndrom mit/bei Status nach Arbeitsunfall mit Sturz vom Gerüst in einen Liftschacht am 1. Juli 1992 mit einer Commotio cerebri, Schulterluxation links, Skapulafraktur rechts und posttraumatischer depressiver Entwicklung, chronischen posttraumatischen Kopfschmerzen, eingeschränkter Schulterfunktion links mit gemäss Anamnese habitueller Schulterluxation und klinisch wahrscheinlich leichter Inaktivitätsatrophie DD residuelle minimale Plexus brachialis Parese, anamnestisch thorako-vertebralem Syndrom, anamnestisch depressiver Entwicklung und anamnestisch posttraumatischem psychoorganischem Syndrom. In der Tätigkeit als Hilfskipser sei der Beschwerdeführer aus neurologischer Sicht nicht arbeitsfähig. Diese Beurteilung sei unverändert zu 1995. Aus rein neurologischer Sicht sei eine leichte körperliche bis gelegentlich mittelschwere körperliche Tätigkeit zumutbar. Nicht möglich seien Arbeiten über Kopf, auf Gerüsten und an exponierten Stellen. Aufgrund der Kopfschmerzen mit teilweise schwerer Ausprägung sei eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch in einer leichten Tätigkeit von 10-20 % gerechtfertigt (IV-act. 157).

##### **E. 4.2.1.2**

Das neuropsychologische Teilgutachten von lic. phil. P. \_\_\_\_\_ und lic. phil. Q. \_\_\_\_\_ vom 30. Januar 2010 ergab eine verminderte Leistungsfähigkeit mit quantitativen Aufmerksamkeitseinschränkungen multikausaler Genese. Allerdings fanden sich keine Hinweise für mnestiche, sprachliche, visuell-räumliche, visuo-konstruktive und/oder exekutive Dysfunktionen. Im Vergleich zur neuropsychologischen Untersuchung der Klinik D. \_\_\_\_\_ vom 19. Mai 1993 zeigten sich Verbesserungen in den höheren kognitiven Funktionen, da sich keine Hinweise für die damals diagnostizierten Störungen der Umstell- und Planungsfähigkeit fanden. Die Aufmerksamkeitseinschränkungen (Verlangsamung) seien unspezifisch. Es sei davon auszugehen, dass sie auf eine Vielzahl von Ursachen (Schmerzen, Müdigkeit, Dekonditionierung, Schlafprobleme, depressive Stimmungslage) zurückzuführen seien. Bezüglich der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer nicht in qualitativer Hinsicht, sondern in quantitativer Hinsicht limitiert. Das genaue Ausmass könne aus neuropsychologischer Sicht nicht festgesetzt werden. Aus rein neuropsychologischer Sicht sei eine Teilarbeitsfähigkeit sicherlich gegeben. Die Arbeitsfähigkeit müsse abschliessend unter polydisziplinärem Gesichtspunkt beurteilt werden. Eine neuropsychologische Therapie sei nicht indiziert. Aufgrund der neuropsychologischen Untersuchung könne nichts über die Belastbarkeit im Verlaufe eines Tages ausgesagt werden. Die Belastbarkeit sei für eine 2½-stündige Untersuchung gegeben gewesen (IV-act. 156).

##### **E. 4.2.1.3**

Nach eingehenden Untersuchungen und gestützt auf die Vorakten diagnostizierte Dr. med. R. \_\_\_\_\_ im rheumatologischen Teilgutachten vom 12. Februar 2010 eine chronische, posttraumatische, schmerzhaft Funktionseinschränkung der linken Schulter mit/bei Status nach Sturz mit Commotio cerebri, Schulterluxation links und Skapulafraktur rechts am 1. Juli 1992 sowie die Entwicklung eines Quadranten- und panvertebralen Schmerzsyndroms ohne adäquates strukturelles Korrelat am Bewegungsapparat. Zur Begründung führte der Gutachter aus, die eingehende rheumatologische Untersuchung habe deskriptive Befunde hinsichtlich eines chronifizierten zerviko-zephalen, zerviko-thorakalen und zerviko-brachialen Syndroms links mit diffuser Druck- und Bewegungsschmerzhaftigkeit im Bereich des linken oberen Körperquadranten sowie eine ausgeprägt schmerzhaft eingeschränkte Schulterbeweglichkeit links ergeben. Ferner eine nur leichtgradig eingeschränkte Beweglichkeitseinschränkung der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule mit im Vordergrund stehender schmerzbedingter Selbstlimitierung, einen leicht erhöhten Muskeltonus im Bereich der Nacken-/Schulterpartie sowie Irritationszonen okzipital und subokzipital beidseits und eine leichte Atrophie des M. deltoideus links und des M. supraspinatus links ohne jedoch klinische Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik. Die rechte Schulter habe sich im Untersuch unauffällig präsentiert. Aufgrund der Aktenlage wie auch der Angaben des Versicherten könne keine Verbesserung des Gesundheitszustandes festgestellt werden. Aufgrund der Befunde könnten dem Beschwerdeführer keine Arbeiten mit dem linken Arm bzw. über der Schulterhorizontalen zugemutet werden, ferner auch keine körperlichen Schwerarbeiten. Als Bauarbeiter sei der Beschwerdeführer zu 0 % arbeitsfähig. Dem Beschwerdeführer könnten unter Beachtung der genannten Einschränkungen jedoch jegliche körperlich leichten Tätigkeiten ganztags zugemutet werden mit einer schmerzbedingt geschätzten Leistungseinbusse von 25 %. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit betrage damit 75 % (IV-act. 155).

#### **E. 4.2.1.4**

Dr. med. S. \_\_\_\_\_ erhob in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 16. Februar 2010 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Arbeitsunfall (Sturz) am 1. Juli 1992 mit Commotio cerebri mit leichter depressiver Episode mit somatischem Syndrom (F32.01), chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) und posttraumatischer Belastungsstörung (F43.1). Zur Begründung führte er aus, im Vordergrund stünden die Kopf- und Schulterschmerzen und die Schlaf- und Konzentrationsstörungen. Die Symptomatik würde zu einem organischen Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma passen. Allerdings finde sich diese (psychiatrische) Diagnose nicht in den Akten. In der Rehaklinik D. \_\_\_\_\_ sei 1992 eine mittelschwere Hirnfunktionsstörung diagnostiziert worden und 1993 eine Verbesserung einzelner kognitiver Funktionen, hingegen markantere Störungen der geistigen Umstellfähigkeit und der Handlungsplanung. In der Klinik E. \_\_\_\_\_ hätten sich 1994 allerdings bis zum Testabbruch wegen subjektivem Nachlassen der Konzentration und Belastbarkeit im Stationsalltag keine neuropsychologischen Defizite feststellen lassen. Die bildgebenden Verfahren zeigten keine eindeutigen Befunde, welche zu dieser Diagnose passen würden. Das EEG sei 1994 unauffällig gewesen. Diese Diagnose lasse sich daher weder sicher stellen noch sicher ausschliessen. Aber auf jeden Fall wäre sie nicht sehr ausgeprägt. Der Beschwerdeführer sei dagegen mehrfach als depressiv beurteilt worden. Aktuell lägen die Werte in den Depressionsskalen im Bereich einer mittelschweren Depression, wobei der Beschwerdeführer das Antidepressiva Paroxetin in genügender Dosis erhalte. Würden die entsprechenden Symptome in den Depressionsskalen nicht mitgezählt, lägen die Werte in

der Fremdbeurteilung im Bereich einer leichten Depression. Für die Diagnose sei die klinische Beurteilung entscheidend, wo eine leichte Depression vorliege. Differentialdiagnostisch müsse angesichts der chronischen Schmerzen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung erwogen werden. Wie sich jedoch aufgrund der Akten vermuten lasse, könnten die Schmerzen wahrscheinlich doch weitgehend auf körperliche Veränderungen (Schädelhirntrauma, Schulterverletzung) zurückgeführt werden, weshalb die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung unzulässig sei. Die Diagnose chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) sei dagegen angemessen. Differentialdiagnostisch müsse ferner eine posttraumatische Belastungsstörung erwogen werden. Aktuell fänden sich noch Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung wie vegetative Übererregbarkeit beim Autofahren sowie Alpträume, die an den Unfall erinnerten. Auch wenn diese Diagnose noch nie gestellt worden sei, sei die Symptomatik doch ausgeprägt genug für eine entsprechende Diagnose. Vielleicht liege hier der Schlüssel für die anhaltende Verunsicherung und den ungünstigen Verlauf. Eine leichte bis mittelschwere Depression könne höchstens bei einer hochqualifizierten Arbeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % oder mehr bewirken. Eine leichte Depression wie vorliegend könne die Leistungsfähigkeit nur etwa um 20 % einschränken. Dazu kämen noch die Auswirkungen der Schmerzen. Für die Anerkennung chronischer Schmerzkrankheiten ohne adäquates somatisches Korrelat als invalidisierendes Leiden habe die Schweizer Rechtsprechung mit BGE 130 V 352, BGE 130 V 396 und BGE 132 V 65 Kriterien geschaffen, die es im speziellen Fall zu prüfen gelte. Vorliegend fänden sich eine psychiatrische Komorbidität, ein mehrjähriger Krankheitsverlauf, ein sozialer Rückzug und unbefriedigende Behandlungsergebnisse. Der Beschwerdeführer könne im Moment aufgrund seiner psychischen Störungen zeitlich kaum eingeschränkt arbeiten, d.h. eine Präsenzzeit von 100 %, eventuell mit vermehrten kurzen Pausen wäre möglich. Aber seine Leistungen wären im Ausmass von etwa 30 % eingeschränkt. Dies gelte sowohl für die angestammte Tätigkeit als Gipser wie auch für eine Verweistätigkeit (IV-act. 154).

#### **E. 4.2.1.5**

Im Gesamtgutachten der Dres. med. T.\_\_\_\_\_ und U.\_\_\_\_\_ vom 13. April 2010 werden folgende Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit erhoben: Chronische schmerzhaft posttraumatische Funktionseinschränkung der linken Schulter, mit Entwicklung eines Quadranten- und panvertebralen Schmerzsyndroms ohne entsprechendes Korrelat am Bewegungsapparat, bei unübersehbarer Verdeutlichungstendenz und Status nach Sturz am 1. Juli 1992 mit Schulterluxation links, Hirnerschütterung und Skapulafraktur rechts. Posttraumatische Belastungsstörung nach Sturz am 1. Juli 1992, mit aktuell leichter depressiver Episode mit somatischem Syndrom, chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, mit chronischen posttraumatischen Kopfschmerzen, verminderter Leistungsfähigkeit mit quantitativen Aufmerksamkeitseinschränkungen multikausaler Ätiologie. Für die angestammte Tätigkeit als Hilfs-Gipser betrage die Arbeitsfähigkeit 0 %, wobei vor allem die rheumatologischen, weniger die psychiatrischen, neurologischen und neuropsychologischen Befunde die Grenzen setzten. Das Gleiche gelte auch für alle anderen körperlichen Schwerarbeiten sowie solche mit dem linken Arm an oder kranial der Schulterhorizontalen, wogegen körperlich leichte Verweistätigkeiten ohne den eben genannten Vorbehalt zu 75 % zumutbar seien (IV-act. 159).

#### **E. 4.3**

Gemäss dem Gutachten der MEDAS ist der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit unter gewissen Vorbehalten zu 75 % arbeitsfähig. Da die Begutachtung durch die MEDAS als umfassend zu bezeichnen ist, in Kenntnis und in gründlicher Auseinandersetzung mit den Vorakten ergangen ist und die medizinischen Zusammenhänge in verständlicher und nachvollziehbarer Weise wiedergegeben werden, kann darauf abgestellt werden, und das Gutachten ist als vollumfänglich beweistauglich zu erklären. Seit dem Unfall sind rund 20 Jahre vergangen, so dass dieser Verlauf (Besserung der Beschwerden) nachvollziehbar ist. Insbesondere die neuropsychologische Begutachtung hat ergeben, dass der Beschwerdeführer in dieser Hinsicht praktisch beschwerdefrei ist bzw. dass dessen Beschwerden unspezifisch sind. Die neuropsychologischen Beschwerden standen bei der Rentenzusprache seinerzeit im Vordergrund. Es liegt auf der Hand, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Gipser arbeitsunfähig ist, indes ist er in einer angepassten Tätigkeit lediglich um 25 % eingeschränkt. Der Einkommensvergleich, der insoweit unbestritten ist, und zu keinen Bemerkungen Anlass gibt, ergibt einen Invaliditätsgrad von 40.76 % (IV-act. 164). Die Beschwerde wäre daher grundsätzlich als unbegründet abzuweisen.

## **E. 5**

Der Beschwerdeführer führt des Weiteren an, die Rente werde ihm seit dem 1. Juli 1993 ausgerichtet, d.h. seit nun mehr bald 17 Jahren. Die Fremdenpolizei des Kantons Zürich habe ihm seinerzeit die Aufenthaltsbewilligung entzogen, so dass er auch ausserhalb des schweizerischen Arbeitsmarktes stehe. Es frage sich deshalb, welche Arbeitsstelle, welche konkrete Tätigkeit der Beschwerdeführer heute in Mazedonien ausführen könnte. Die Vorinstanz zeige in keiner Art und Weise auf, wie sich der Beschwerdeführer in den Arbeitsprozess nach bald 20 Jahren seit dem Unfall vom 1. Juli 1992 eingliedern könnte. Dem nunmehr 46-jährigen Beschwerdeführer wurde mit Verfügung vom 9. Dezember 1994 eine ordentliche einfache Invalidenrente ab 1. Juli 1993 zugesprochen (IV-act. 17). Zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung, mit welcher die bisherige Rente aufgehoben wurde, bezog er mithin seit 18 Jahren eine Rente. Zwar gilt der Grundsatz, dass aus einer medizinisch attestierten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in der Regel unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen und damit ein entsprechender Einkommensvergleich (mit dem Ergebnis eines tieferen Invaliditätsgrades) vorgenommen werden kann. Indes hat sich die Behörde in bestimmten Fällen zu vergewissern, ob sich ein allfälliges medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen IV-Grad niederschlägt oder ob dafür - ausnahmsweise - eine erwerbsbezogene Abklärung (der Eignung, Belastungsfähigkeit usw.) und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne vorausgesetzt ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_363/2011 vom 31. Oktober 2011 E. 3.1 mit Hinweis, in: SVR 2012 IV Nr. 25 S. 104; 9C\_768/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1.2, in: SZS 2011 S. 71). Letzteres ist nach der Rechtsprechung grundsätzlich der Fall, wenn die revisionsweise Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, welche die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat oder im Zeitpunkt der vorgesehenen Herabsetzung der Rente das 55. Altersjahr zurückgelegt hat (Urteil des Bundesgerichts 9C\_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3, in: SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220). Da der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung 18 Jahre eine Rente bezogen hat, bedarf es im Sinne der vorstehenden Rechtsprechung einer ergänzenden Abklärung der Frage, ob die verbliebene Restarbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar ist. Entsprechende Untersuchungen wurden vorliegend

bislang nicht unternommen (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-4304/2011 vom 8. Juli 2013).

## **E. 6**

Die Sache ist folglich zur Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen (Art. 61 Abs. 1 VwVG). Die Vorinstanz wird dabei nach Einholung der ergänzenden Abklärungen im hiavor (E. 5) genannten Sinne zu entscheiden haben, ob die langjährig ausgerichtete Rente aufzuheben ist.

## **E. 7.1**

Gemäss Art. 69 Abs. 1bis in Verbindung mit Art. 69 Abs. 2 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht kosten-pflichtig. Die Verfahrenskosten sind in der Regel von der unterliegenden Partei zu tragen. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt, sind keine Verfahrenskosten zu erheben (vgl. Art. 63 Abs. 1 und 2 VwVG; BGE 132 V 215 E.6.1).

## **E. 7.2**

Der durch einen Anwalt vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, welche von der Vorinstanz zu leisten ist (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Fehlt es - wie vorliegend - an einer Kostennote, ist die Parteientschädigung aufgrund der Akten zu bestimmen (Art. 14 Abs. 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwandes des Rechtsvertreters erachtet das Bundesverwaltungsgericht eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.- als angemessen (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE; für im Ausland wohnende Personen, welche die Dienste eines in der Schweiz ansässigen Rechtsvertreters in Anspruch nehmen, ist keine Mehrwertsteuer geschuldet [vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 des Mehrwertsteuergesetzes vom 12. Juni 2009, MWSTG, SR 641.20]).

## **E. 7.3**

Das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege, welches mit Zwischenverfügung vom 16. April 2012 gutgeheissen wurde, wird hinfällig, weil ihm keine Verfahrenskosten auferlegt werden und ihm eine Parteientschädigung zur Deckung seiner Auslagen ausgerichtet wird (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6629/2010 vom 22. Dezember 2011).

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