

BVGer B-4522/2011 vom 29. November 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-11-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-4522_2011

FR: TAF B-4522/2011 du 29 novembre 2012

IT: TAF B-4522/2011 del 29 novembre 2012

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.

E. 1.2

Gemäss 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 Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 1.3

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Verfügung der Vorinstanz vom 15. Juni 2011. Der Beschwerdeführer hat frist- und formgerecht Beschwerde erhoben (Art. 60 ATSG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung ist er besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Änderung oder Aufhebung (Art. 59 ATSG). Damit ist auf die Beschwerde einzutreten.

E. 2.1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit, wenn nicht eine kantonale Behörde als Beschwerdeinstanz verfügt hat (Art. 49 VwVG).

E. 2.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4

VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Häberli, in: Waldmann/Weissenberger, Praxiskommentar VwVG, Art. 62 N 40).

E. 2.3

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 3

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

E. 3.1

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 15. Juni 2011) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3.2

Der Beschwerdeführer ist Schweizer Staatsbürger und lebt in Panama. Mangels einschlägiger staatsvertraglicher Vereinbarungen mit Panama richtet sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung im Prinzip sowohl in materiellrechtlicher als auch in verfahrensrechtlicher Hinsicht nach schweizerischem Recht, insbesondere dem IVG, der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201), dem ATSG sowie der entsprechenden Verordnung vom 11. September 2002 (ATSV, SR 830.11).

E. 3.3

In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 130 V 329 E. 2.3). 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). Damit finden im vorliegenden Verfahren grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 15. Juni 2011 in Kraft standen (Bestimmungen der 5. IV-Revision). Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]).

E. 3.4

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. 4

Streitig ist vorliegend, ob die Vorinstanz mit Verfügung vom 15. Juni 2011 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. 4.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der 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. 4.2

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch psychische Gesundheitsschäden eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Gemäss Rechtsprechung setzt die Annahme einer invalidisierenden psychischen Gesundheitsstörung im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG, namentlich auch einer somatoformen Schmerzstörung, zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 132 V 65 E. 3.4, 130 V 352 E. 2.2.3 und 2.2.4, 130 V 396). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so insbesondere chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter

Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit") und das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen; vgl. auch den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Art. 7 Abs. 2 ATSG). Diese Grundsätze gelten auch für gewisse Somatisierungsstörungen, die zum gleichen Symptomenkomplex mit pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gehören (vgl. Urteil des Bundesgerichts [BGer] I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5). Bei anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen im Besonderen ist zu beachten, dass diese wesentlich durch psychosoziale Probleme und/oder emotionale Konflikte verursacht werden (vgl. BGE 130 V 396 E. 6.1). Dabei ist zu differenzieren: Soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren selbständig und insofern direkte Ursache der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sind, liegt keine Krankheit im Sinne der Invalidenversicherung vor. Wenn und soweit solche Umstände zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteile BGer 9C_830/2007 vom 29. Juli 2008 E. 4.2, 9C_578/2007 vom 13. Februar 2008 E. 2.2 und I 514/06 vom 25. Mai 2007 E. 2.2.2.2, mit Hinweisen; vgl. auch BGE 127 V 294 E. 5a und SVR 2008 IV Nr. 62).

E. 4.3

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. Gemäss Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen.

E. 4.4

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades bei erwerbstätigen Versicherten wird das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnten, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Dieser Einkommensvergleich hat in der Regel so 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 128 V 29 E. 1,

BGE 104 V 135 E. 2a und b; ZAK 1990 S. 518 E. 2).

E. 4.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 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.). 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). Auch die Stellungnahmen des regionalärztlichen Dienstes der Vorinstanz müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen. 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. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Nimmt der RAD selber keine Untersuchung vor, hat er zunächst zu überprüfen, ob die medizinischen Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben (vgl. zu den Anforderungen an einen Aktenbericht Urteil BGer 8C_653/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 5.2, Urteil BGer I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1) bzw. ob ein von ihm angefordertes Gutachten den Anforderungen der Rechtsprechung entspricht und die im konkreten Fall erforderlichen Untersuchungen vorgenommen und dokumentiert wurden.

E. 4.6.1

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).

E. 4.6.2

Zu einer Änderung des Invaliditätsgrades Anlass geben kann einerseits eine wesentliche Verbesserung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit entsprechender Beeinflussung der Erwerbsfähigkeit und andererseits eine erhebliche Veränderung der erwerblichen Auswirkungen eines an sich gleich gebliebenen Gesundheitsschadens (BGE 125 V 369 E. 2, 113 V 275 E. 1a, 107 V 221 E. 2 mit Hinweisen; SVR 2004 IV Nr. 5 S. 13 E. 2). Die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung ist von dem Zeitpunkt zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiter andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Die Herabsetzung der Renten erfolgt am ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88bis Abs. 2 Bst. a IVV; vgl. BGE 135 V 306 E. 7).

E. 4.6.3

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 (siehe 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. Ob eine derartige tatsächliche Änderung vorliegt oder aber eine revisionsrechtlich unbeachtliche abweichende ärztliche Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustandes, bedarf auch mit Blick auf die mitunter einschneidenden Folgen für die versicherte Person einer sorgfältigen Prüfung. Dabei gilt der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosser Möglichkeit einer Verbesserung tatsächlicher Art genügt nicht (Urteil BGer 9C_88/2010 vom 4. Mai 2010 E. 2.2.2 mit Hinweis).

E. 4.6.4

Ob eine unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten erhebliche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen bzw. letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (Ausgangszeitpunkt), mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheides (Referenzzeitpunkt, BGE 133 V 108 E. 5.4).

E. 4.6.5

Im vorliegenden Fall wurde eine materielle Abklärung im Rahmen des ersten Rentenrevisionsverfahrens durchgeführt. Die mit Verfügung vom 15. August 2005 abgeschlossene Revision bestätigte die ganze Invalidenrente des Beschwerdeführers und bildet den Ausgangszeitpunkt. Für konkretisierende Angaben sind allenfalls die Abklärungen anlässlich der ursprünglichen Rentenzusprechung vom 21. Juli 1999 herbeizuziehen. Die angefochtene Verfügung vom 15. Juni 2011, welche aufgrund des im Jahr 2009 eingeleiteten Rentenrevisionsverfahrens erging, begründet den

Referenzzeitpunkt.

E. 5.1

Im Rahmen der vorliegend als Vergleichsbasis dienenden Verfügung vom 15. August 2005 attestierten die MEDAS-Ärzte dem Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht ein chronifiziertes, residuelles lumbospondylogenes Syndrom bei leichter Fehlstatik der Wirbelsäule, bei Residuen nach thorakolumbalem Morbus Scheuermann mit reaktiven Osteochondrosen Th11/12, Th12/L1 und L1/L2 sowie bei Status nach Diskushernienoperation L4/5 links am 17. Januar 1995. Aus somatischer Sicht erachteten die Ärzte den Beschwerdeführer in der früher ausgeübten Tätigkeit als Lieferchauffeur/Spediteur zu 100 % arbeitsunfähig, hingegen in einer körperlich leichten, idealerweise wechselnd belastenden Tätigkeit mit Lastenheben bis zu 10 Kilogramm zu 100 % arbeitsfähig (vgl. IV act. 206 S. 18 f.). In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierten die Gutachter Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. E._____ dem Beschwerdeführer eine chronifizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und eine mittelgradige depressive Episode mit Ängsten (ICD-10: 32.1) und setzten die Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht auf 70 % fest. Anlässlich dieser psychiatrischen Begutachtung führte der Beschwerdeführer aus, dass die Schmerzen eigentlich immer bestehen würden, aber nicht immer gleich stark seien. Er lebe jeden Tag in Angst, er bekomme so starke Rückenschmerzen, dass er sie nicht aushalten könne. Bis heute habe er keinen Ausweg daraus gefunden und auch alle durchgeführten Therapien haben keine wirkliche Besserung gebracht. Als er ihm Juni 2004 die Vorankündigung erhalten habe, er werde zukünftig keine Rente mehr bekommen, sei es ihm sehr schlecht gegangen. Er sei kaum mehr aufgestanden und er habe bisweilen sogar an Suizid gedacht. Er schlafe schlecht und könne öfters lange Zeit nicht einschlafen und erwache auch bisweilen schon sehr früh. Am Morgen habe er regelmässig ein Tief gehabt. Mit der Einnahme von Antidepressiva gehe es besser. Er sei eigentlich immer schlecht gelaunt und öfters auch ungerecht zu seiner Frau. Es komme dann zu Konflikten, die er später natürlich bereue. Deshalb habe seine Frau ihn gedrängt, dass er sich bei einem Psychiater behandeln lasse. Er sei sich eigentlich gar nicht so bewusst gewesen, dass mit ihm psychisch etwas nicht stimme (vgl. IV act. 279). Der RAD-Arzt Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Bericht vom 30. Juli 2005 fest, dass zweifelsohne eine psychiatrische Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer - in Form einer eigenständigen Depression - ausgewiesen sei. Es handle sich um einen mehrjährigen Krankheitsverlauf ohne längerfristige Remission und es bestehe ein ausgeprägter sozialer Rückzug. Die Prognose sei schlecht und der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage, die Schmerzen unter Aufbringung allen guten Willens zu überwinden. Überdies sei die Entwicklung der somatoformen Schmerzstörung beim Beschwerdeführer psychiatrisch nachvollziehbar. Die Arbeitsunfähigkeit habe sich daher seit der Rentenzusprechung nicht verändert (vgl. IV act. 281).

E. 5.2

Beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 15. Juni 2011 stützte sich die Vorinstanz insbesondere auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. C._____ und Dr. med. B._____ sowie die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. A._____.

E. 5.2.1

Dr. med. B. _____, Facharzt für Rheumatologie, bestätigte aus somatischer Sicht in seinem Gutachten vom 8. September 2010 die Beurteilung der MEDAS-Ärzte anlässlich der ersten Rentenrevision und erachtete dem Beschwerdeführer aufgrund des chronischen resp. des chronisch-rezidivierenden lumbalen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom eine körperlich leichte, idealerweise wechselnd belastende Tätigkeit als vollumfänglich zumutbar. Seiner Meinung nach sei die Invalidenrente aus psychiatrischen Gründen ausgesprochen worden.

E. 5.2.2

Dr. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Gutachten vom 21. September 2010 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode (ICD-10: F33.0). Er führte aus, dass der Beschwerdeführer auf seine Schmerzen fixiert wirke und hypochondrische Befürchtungen sowie eine Schmerzausdehnung zeige. Die Schmerzen würden den Hauptfokus bilden. Es erstaune nicht, dass die Schmerzen, aber auch die dadurch verursachten Einschränkungen in der Lebensführung zu einer Zermürbung der Psyche des Beschwerdeführers geführt hätten. Dies umso mehr, als der Beschwerdeführer in seinem Leben oft Pech gehabt habe. Angesichts des Zusammenhangs mit den Ursachen habe zu Beginn von einer depressiven Reaktion ausgegangen werden können. Die Depression habe später eine negative Eigendynamik entwickelt, so dass depressive Episoden diagnostiziert werden mussten. Heute könne angesichts der mehrmaligen depressiven Episoden die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt werden. Der Verlauf dieser Krankheit sei wechselhaft. 2005 sei eine mittelgradige Depression festgestellt worden, derzeit liege eine leichtgradige Episode vor. Es liege in der Natur einer rezidivierenden depressiven Störung, dass es zu Schwankungen der Depressivität komme. Der subjektiv angenehme Aufenthalt in Panama - der Beschwerdeführer habe dort eine Familie gegründet - habe dazu geführt, dass sich die Depressivität in der Regel auf tiefem Niveau halte und nur selten bedeutende depressive Episoden auftreten würden. Andere psychische Störungen sind nicht nachweisbar, insbesondere zeige sich keine Persönlichkeitsstörung. Dem Beschwerdeführer scheine es unterdessen gelungen zu sein, die misslichen Jugendverhältnisse und die anderen Probleme zu überwinden. Der Beschwerdeführer gehe von einem somatischen Krankheitsmodell aus. Er habe es deshalb oft abgelehnt, sich in eine ambulante psychiatrische Behandlung zu begeben. Dr. med. C. _____ äusserte sich im Rahmen seiner Diagnose ebenfalls zu der Überwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung und ihren Folgen. Dabei führte er aus, dass beim Beschwerdeführer eine psychische Komorbidität bestehe. Diese sei jedoch seit längerer Zeit nicht ausgeprägt. Eine adäquate medikamentöse Therapie könne die psychische Komorbidität stabilisieren. Die prämorbid Persönlichkeitsstruktur sei nicht auffällig und auch die soziale Integration sei nicht verloren gegangen. Die Schmerzkrankheit sei jedoch progredient und chronifiziert. Dieses Kriterium, welches für eine Unzumutbarkeit der Schmerzüberwindung sprechen würde, bestehe jedoch nicht in einem derartigen Ausmass, dass die Arbeitsfähigkeit zu mehr als 30 bis 40 % eingeschränkt wäre.

E. 5.2.3

Der RAD-Arzt Dr. med. A. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin, schliesst sich in seiner Stellungnahme vom 1. Dezember 2010 sowohl in rheumatologischer wie auch psychiatrischer Hinsicht vollumfänglich den Gutachtern Dr. med. B. _____ und Dr. med.

C._____ an. Überdies hält Dr. med. A._____ fest, dass - trotz teilweisen unklaren Angaben im Gutachten von Dr. med. C._____ - sich die festgestellte Arbeitsunfähigkeit von 30 - 40 % nur auf leichtere Verweistätigkeiten beziehe.

E. 5.3

Demgegenüber geht der Beschwerdeführer davon aus, dass sich sein Gesundheitszustand nicht verbessert habe und stützt sich insbesondere auf folgende medizinische Berichte ab: - Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, führte in seinem Bericht vom 20. August 2010 aus, dass der Beschwerdeführer im letzten Jahr mehrfach vorstellig geworden sei. Er zeige Symptome einer Lumbalgie, die ihn zeitweise an der Einnahme einer aufrechten Haltung und am Gehen hindere. Eine durchgeführte Magnetresonanztomographie habe eine Protrusion der Bandscheibe bei L5-S1 mit Kompression sowie eine Spondylolisthese 1. Grades bei L3-L4 aufgezeigt. Der Beschwerdeführer sei als Kandidat für eine chirurgische Behandlung eingestuft worden. Bis zum operativen Eingriff sei er in physiotherapeutischer Behandlung. Der Beschwerdeführer erhalte unterstützende Behandlungen bei akuten Schmerzzuständen, einschliesslich Hausbesuche zur Injektion von Schmerz- und Entzündungshemmern (vgl. IV act. 363). - Die Physiotherapeutin H._____ führte in ihrem Bericht aus, dass der Beschwerdeführer unter anhaltenden Schmerzen im unteren Rücken leide, die sich bei abrupten Bewegungen sowie bei längerem Ausharren in einer bestimmten Stellung verstärken würden. Zudem bestünden Schmerzen in der rechten Lendengegend mit Ausstrahlung in die rechten Unterextremitäten. Der Beschwerdeführer habe an beiden Unterextremitäten an Muskelkraft verloren. Zusätzlich bestehe ein Koordinations- und Gleichgewichtsverlust (vgl. IV act. 361). - Aus dem undatierten Bericht von Dr. med. I._____, Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin, gehen folgende Diagnosen vor: Bandscheibenvorfall LWS L5-S1 und Fibrose L4-L5 sowie Bandscheibenvorfall LWS L3-L4 und L4-L5 (1995 chirurgisch versorgt). Anlässlich der Erstvorstellung im Jahr 2009 habe der Beschwerdeführer an einer Lumbalgie mit Schmerzausstrahlung in das rechte Bein gelitten. Das Rehabilitationsprogramm sei mit unbefriedigendem Ergebnis hinsichtlich der Schmerzminderung abgeschlossen worden. Im Rahmen der Kontrolluntersuchung vom 23. August 2010 habe der Beschwerdeführer weiterhin über die Lumbalgie mit Schmerzausstrahlung in das rechte Bein geklagt. Hinzu seien noch Beschwerden in der linken Unterextremität gekommen. Es bestehe eine leichte Gangunsicherheit, schlechte Toleranz bei Gewichtsaufnahme und raschen Haltungsveränderungen verbunden mit Schlafstörungen. Der Bewegungsumfang der lumbosakralen Wirbelsäule sei ein deutlich eingeschränkt. Zudem bestehe ein Verlust des Lenden-Becken-Rhythmus (vgl. IV act. 364). - Aus dem Bericht der Magnetresonanztomographie vom 7. Juni 2011 gehen folgende Diagnosen hervor: - Degenerative Veränderungen der LWS - Rechtslaterale Protrusion bei L3-L4 mit Stenosierung des Neuroforamen bei L3 und Kompression der rechten Nervenwurzel - Focale Medial betonte Protrusion bei L4-L5. Mediale Protrusion bei L5-S1. - Veränderungen nach linkseitiger Hemilaminektomie bei L4-L5, verbunden mit beidseitiger Facettenhydarthrose. - beginnende Spondylolisthese bei L2-L3. - Dr. med J._____, Facharzt für Neurochirurgie und Endovaskuläre Therapie, führte in seinem medizinischen Gutachten vom 1. Juli 2011 aus, dass sich der Beschwerdeführer seit 2004 bei ihm in Behandlung befinde. Im August 2009 seien sowohl akut eine hochgradige Lumbalgie mit Ausstrahlung der Schmerzen in die rechte Unterextremitäten als auch Parästhesien im Bereich des rechten Dermatoms von S1 aufgetreten. Zudem bestünde eine geringgradige Schmerzausstrahlung in die linke Unterextremität. Die Schmerzen würden

den Beschwerdeführer an der Ausübung seiner gewohnten Tätigkeit hindern. Es sei eine Behandlung mit Schmerzmitteln, Entzündungshemmern, Muskelrelaxantien, Neuromodulatoren und Physiotherapie begonnen worden. Im Rahmen einer im September 2009 durchgeführten Kernspintomographie sei ein Bandscheibenvorfall der LWS bei L5-S1 mit rechtsseitiger Lateralisierung und foraminaler Bedrängung, postchirurgische Fibrose bei L4-L5 unter Beteiligung der linken Nervenwurzel sowie Degeneration der Bandscheide von L3-L4. Da die medikamentöse Behandlung und die Physiotherapie keinen Erfolg zeigen würden, stelle sich die Frage eines chirurgischen Eingriffs. - Dr. med. I. _____ führte in ihrem undatierten Bericht über die Funktionalität und Berufstauglichkeit des Beschwerdeführers aus, dass dieser Schwierigkeiten habe, länger als 15 Minuten zu sitzen, über längere Zeit zu stehen und dabei seitliche Rumpfbewegungen auszuführen, mehr als 5,4 Kilogramm Gewicht von einem Tisch oder vom Boden aufzunehmen, repetitive Tätigkeiten auszuführen, die mit lateralen Rumpfdrehungen verbunden seien. Die Muskelkraft der rechten Oberextremitäten sei im Vergleich zu derjenigen der linken Oberextremitäten verringert. Aufgrund hochgradiger Bewegungseinschränkungen im Bereich der Lendenwirbelsäule sei der Beschwerdeführer nicht in der Lage, seine Tätigkeit als fahrender Kaufmann wieder aufzunehmen. Er könne lediglich Gegenstände bis 4,5 Kilogramm Gewicht mit beiden Händen aufnehmen und tragen. - Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie, führte in seiner Bescheinigung vom 26. Januar 2011 aus, dass der Beschwerdeführer Symptome zeige, die mit einer persistierenden affektiven Störung in Form einer Depression vereinbar seien. Diese Diagnose sei durch den Depressionstest nach Zung, der Hamilton-Depressions-Skala und dem Mood-Disorder-Fragebogen bestätigt worden. Es sei eine weitere psychiatrische Kontrolle und Betreuung nötig (vgl. IV act. 386). Aus der eingereichten Medikationsverordnung von Dr. med. K. _____ wird ersichtlich, dass die verschriebene Dosierung 25 mg für eine Woche und anschliessend 50 mg ab der Folgewoche beträgt (vgl. IV act. 385). - In seinem psychiatrischen Bericht vom 18. Juli 2011 bestätigte Dr. med. K. _____ die Diagnose einer affektiven Persönlichkeitsstörung in Form einer rezidivierenden Depression. Aufgrund der körperlichen Beschwerden des Beschwerdeführers habe die Depression dauerhaften Charakter angenommen. Auf der Hamilton-Depressions-Skala bestehe derzeit eine Erhöhung der Punktzahl auf 22. Ab 2010 sei die medikamentöse Dosis erhöht worden. Zu diesem Zeitpunkt haben Veränderungen im Krankheitsverlauf eine Dosisanpassung notwendig gemacht, um den Beschwerdeführer aufzufangen und so schnell wie möglich wieder zum Ausgangszustand zurückzuführen. - Aus den psychiatrischen Berichten von Dr. med. K. _____ vom 16. und 18. Januar 2012 geht hervor, dass der Beschwerdeführer seit 2004 bei ihm in psychiatrischer Behandlung sei und regelmässig vorstellig werde. Der Beschwerdeführer befinde sich weiterhin in der Rehabilitationsphase. Das Wirbelsäulenleiden und die Erkrankung des linken Auges seien als Ursache für die Chronifizierung der affektiven Störung sowie den unzureichenden Therapieerfolg anzusehen. Die Faktoren, die sein affektives Krankheitsbild ausgelöst und aufrecht erhalten hätten, seien also immer noch präsent. Der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage, jede Art von strukturierter beruflicher Voll- oder Teilzeit-Tätigkeit auszuüben. - Im Bericht von Dr. med. G. _____ vom 14. Januar 2012 bestätigte dieser im Wesentlichen seine bereits gemachten Ausführungen in somatischer Hinsicht. Zusätzlich führte er aus, dass der Beschwerdeführer sich zudem wegen Schlaflosigkeit und Depressionen in psychiatrischer Behandlung befinde. Zusätzlich sei nun ein Verlust der Sehkraft des rechten Auges aufgetreten, welche erschwerend zu einer bereits bestehenden angeborenen Anomalie des linken Auges hinzukomme und so vor allem das Lesen sowie die Fern- und

Nachtsicht beeinträchtigt. Dem Beschwerdeführer sei es dadurch nicht mehr möglich, ein Fahrzeug zu führen.

E. 6.1.1

Der Beschwerdeführer rügt, dass sich das Gutachten von Dr. med. B. _____ nicht mit dem vierten Bandscheibenvorfall, welcher 2009 eingetreten sei, auseinandergesetzt habe. Er habe dieses Geschehen als momentane Unpässlichkeit bagatellisiert. Die körperlichen Leiden des Beschwerdeführers hätten sich jedoch verschlimmert, so dass weitere Eingriffe im Rückenbereich erforderlich sein würden.

E. 6.1.2

In somatischer Hinsicht hielt der RAD-Arzt Dr. med. A. _____ in seinen Stellungnahmen diesbezüglich zusammenfassend fest, dass der im Jahr 2009 diagnostizierte Bandscheibenvorfall keine dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe, da das Ausstrahlen des Schmerzes in die unteren Körpergliedern vorliegend keinen radikulären Ursprung habe und somit keine radikuläre Symptomatologie mehr vorliege. Eine Diskushernie sei asymptomatisch, insbesondere auch, wenn weder ein neurologisches Defizit (Störung des objektiven Feingefühls oder motorische Störung [Abnahme der Körperkraft]) noch eine radikuläre Reizung (neurologische Symptomatologie ohne objektives Defizit) verursacht werde. Dr. med. J. _____ habe kein objektives Defizit auf neurologischer Ebene aufgezeigt. Auch Dr. med. B. _____ habe keine Hinweise auf ein radikuläres Geschehen erkennen können. Er habe festgehalten, dass trotz langjährigem Verlauf die Lumbalmuskulatur kräftig und nicht verspannt sowie die LWS nur wenig eingeschränkt sei. Im Spontanverhalten habe der Beschwerdeführer kein rückschonendes Verhalten gezeigt. Des Weiteren erachtete der RAD-Arzt Dr. med. A. _____ die von Dr. med. I. _____ durchgeführte Untersuchung der Mobilität als zusammenfassend und unvollständig, welche in keiner Weise das Schlussfolgern von "schwerwiegenden Mobilitätseinschränkungen" gestatte. Dr. med. I. _____ habe mit Ausnahme einer tieferen Gewichtsbegrenzung die funktionellen Einschränkungen genau so festgelegt wie bereits die MEDAS-Gutachter im Jahre 2003, welche aus somatischer Sicht eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit als zumutbar erachteten. Die von Dr. med. I. _____ festgelegten funktionellen Einschränkungen bestätigten daher, dass sich der somatische Gesundheitszustand seit dem MEDAS-Gutachten im Jahr 2003 nicht verändert habe. Dies sei auch von Dr. med. B. _____ so festgehalten worden. Es sei auf medizinischer Ebene falsch, eine Diskushernie in enge Verbindung zu der Ursache beim Auftreten von Schmerzen zu setzen. Die Schmerzproblematik des Beschwerdeführers sei in psychiatrischer Hinsicht im Rahmen des diagnostizierten somatoformen Schmerzsyndroms ordnungsgemäss untersucht worden.

E. 6.1.3

Die Ausführungen des RAD-Arzt Dr. med. A. _____ hinsichtlich der dargelegten Rüge des Beschwerdeführers in somatischer Hinsicht erscheinen nachvollziehbar und vermögen zu überzeugen.

E. 6.2.1

In psychiatrischer Hinsicht rügt der Beschwerdeführer, dass Dr. med. C. _____ lediglich einen nach wie vor unveränderten Zustand anders beurteilt habe. Der Beschwerdeführer habe einen äusserst schwierigen Zugang zu seiner Psyche und seiner seelischen Verfassung. Im momentanen Kontakt werde dies leicht übersehen, da er sich erstrangig über seine

körperliche Befindlichkeit definiere. Der gemäss Dr. med. C. _____ "subjektiv angenehme Aufenthalt in Panama", der bewirkt habe, dass die Depressivität auf tiefem Niveau habe gehalten werden können, überzeuge nicht, da der Beschwerdeführer bereits im ersten Revisionsverfahren im Jahre 2005 in Panama gelebt habe. Gemäss dem behandelndem Psychiater Dr. med. K. _____ sei der Beschwerdeführer aufgrund einer affektiven Persönlichkeitsstörung im Form einer rezidivierenden Depression nach wie vor arbeitsunfähig.

E. 6.2.2

Diesbezüglich hielt der RAD-Arzt Dr. med. A. _____ fest, dass Dr. med. K. _____ keine präzisen diagnostischen Ausführungen gemacht und keine objektiven Fakten zur Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers aufgelistet habe. Aufgrund seinen fehlenden Angaben zur Symptomatologie sei eine Zuordnung in eine der IDC-10-Kategorien nicht möglich und gestatte auch nicht auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit zu schliessen. Allein der Schweregrad der Depression laut der Hamilton-Depressions-Skala gestatte nicht die Einstufung des Schweregrads einer depressiven Episode. Dr. med. C. _____ habe hingegen eine aktuell leichte depressive Episode diagnostiziert. Diese Diagnose sei in Anbetracht dessen, dass der Beschwerdeführer - wie er selbst anlässlich der Begutachtung von Dr. med. C. _____ ausgeführt habe - seit Jahren nicht in psychiatrischer Behandlung stehe und keine antidepressiv wirkenden Medikamente einnehme, nachvollziehbar. Die mit Bericht vom 26. Januar 2011 eingereichte Medikamentenverordnung stütze diese Aussage ebenfalls. Denn hinsichtlich des verordneten Antidepressivums "Sertralin" gelte festzuhalten, dass eine Tagesdosis unter 50 mg keine signifikanten antidepressive Wirkung aufweise und lediglich zu Beginn einer Behandlung verschrieben werde, um eventuelle Nebenwirkungen zu mindern. Die von Dr. med. K. _____ verordnete Dosierung von 25 mg in der ersten Woche und anschliessend 50 mg ab der Folgewoche entspreche daher dem Behandlungsbeginn. Eine solche Dosierung stelle demnach ein sehr solides und objektives Indiz dafür dar, dass sich der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Begutachtung (September 2010) nicht in Behandlung befunden habe. Die Ausführungen im Bericht von Dr. med. K. _____ vom 18. Juli 2011 und 18. Januar 2012, wonach der Beschwerdeführer seit 2004 regelmässig vorstellig würde und ab 2010 die medikamentöse Behandlung aufgrund einer Verschärfung der Symptomatologie erhöht worden sei, stellten somit einen Widerspruch dar und seien mit Vorsicht zu betrachten, zumal Dr. med. K. _____ weder angebe, ob die medikamentöse Behandlung an eine Psychotherapie gekoppelt gewesen sei, noch um welche es sich dabei handle und mit welcher Häufigkeit sie gegebenenfalls erfolgt sei.

E. 6.2.3

Auch die Stellungnahmen von Dr. med. A. _____ in psychiatrischer Hinsicht vermögen zu überzeugen. Die von Dr. med. C. _____ attestierte Verbesserung des Gesundheitszustandes bestand nach dem Dargelegten im Abklingen einer schwerwiegenden psychiatrischen Komorbidität im Zusammenhang mit einem persistent schmerzhaften, somatoformen Syndrom. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kam Dr. med. C. _____ nicht allein aufgrund des für den Beschwerdeführer angenehmen Aufenthalts in Panama zu diesem Schluss. Wie Dr. med. A. _____ in seiner Stellungnahme vom 16. Februar 2011 zu Recht konkretisierend festgehalten hat, hat sich die psychische Komorbidität begünstigt durch die Lebensumstände in Panama im Laufe mehrerer Jahre zunehmend herausgebildet. Die attestierte Verbesserung des psychiatrischen

Gesundheitszustandes erscheint auch in Anbetracht dessen, dass der Beschwerdeführer selbst im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung von Dr. med. C. _____ von einer Besserung der psychiatrischen Beschwerden ausgegangen ist, weshalb er seit Jahren nicht in psychiatrischer Behandlung stehe (vgl. IV act. 367 S. 5) überwiegend wahrscheinlich. In Würdigung der Aktenlage und der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers kann daher das Vorliegen einer schweren Depression ausgeschlossen werden. Der behandelnde Psychiater Dr. med. K. _____ hat den psychiatrischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht mit konkreten Angaben und Befunden belegt und den Beschwerdeführer generell arbeitsunfähig, ohne Stellungnahme zur Restarbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten, bezeichnet. Seine medizinischen Berichte vermögen das Gutachten von Dr. med. C. _____ nicht in Zweifel zu ziehen.

E. 6.3

Zusammengefasst gilt festzuhalten, dass die Gutachten von Dr. med. B. _____ und Dr. med. C. _____ die an den vollen Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens gestellten Kriterien erfüllen. Insbesondere sind sie für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf eigenen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis der wichtigsten Vorakten (Anamnese) abgegeben. Sie sind zudem in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und in den Schlussfolgerungen begründet. Dasselbe gilt auch für die ebenfalls entscheiderelevanten Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. A. _____. Es kann daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit nach wie vor arbeitsunfähig ist, jedoch in einer leidensadaptierten Tätigkeit ab dem Zeitpunkt der Begutachtung in der Schweiz im September 2010 lediglich noch eine Arbeitsunfähigkeit von 30 bis 40 % besteht. Die Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit dauerte mithin im Zeitpunkt der Rentenaufhebung (1. August 2011) mehr als drei Monate (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV). Der mit Arztbericht von Dr. med. G. _____ vom 14. Januar 2012 erstmals geltend gemachte Verlust der Sehkraft des rechten Auges hat im Verfügungszeitpunkt (15. Juni 2011) noch nicht vorgelegen. Es fehlt daher der enge Sachzusammenhang zum Streitgegenstand, weshalb dieses Beschwerdebild bei der vorliegenden Beurteilung keine Berücksichtigung findet (vgl. E. 3.1 hiavor).

E. 7.1

Aus dem Dargelegten folgt demnach, dass aus medizinischer Sicht eine anspruchrelevante Besserung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ausgewiesen ist. Die Vorinstanz hat im Rahmen der Vernehmlassung nachträglich einen Einkommensvergleich durchgeführt. Dieser ergab einen Invaliditätsgrad von 52 %, weshalb die Vorinstanz in teilweiser Gutheissung der Beschwerde beantragte, dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. August 2011 eine halbe Invalidenrente zuzusprechen. Wie nachfolgend aufzuzeigen ist, ist die Vorinstanz jedoch auf die sich in diesem Zusammenhang stellende Problematik der Wiedereingliederung nach langjährigem Rentenbezug nicht eingegangen.

E. 7.2

Im Gebiet der Invalidenversicherung gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern. Nach ständiger Rechtsprechung ist im Regelfall

eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. 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. In ganz besonderen Ausnahmefällen hat die Rechtsprechung dennoch nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente zugesprochen, bis mit Hilfe von medizinisch-rehabilitativen und/oder beruflich-erwerblichen Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann. Es können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch zumutbaren Leistungsentfaltung entgegen stehen, 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 (Urteil BGer 9C_163/2009 E. 4.2.2, vom 10. September 2010, E. 4.2.2, SVR 2011 IV Nr. 30 S. 86). Diese Rechtsprechung hat das Bundesgericht im Urteil 9C_228/2010 E. 3.3 vom 26. April 2011 dahin gehend präzisiert, dass die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei versicherten Personen, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen haben, nur zulässig ist, wenn die Beschwerdegegnerin zuvor Eingliederungsmassnahmen durchgeführt hat. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass solche versicherte Personen aufgrund des fortgeschrittenen Alters oder der langen Rentendauer und der daraus folgenden langjährigen Arbeitsabstinenz in der Regel nicht selber in der Lage sind, sich dem Arbeitsmarkt zu stellen und sich dort selber wieder einzugliedern. Dies führt zwar für die Betroffenen nicht zu einer Art Besitzstandsgarantie. Es wird ihnen lediglich, aber immerhin, zugestanden, dass die Rente grundsätzlich erst nach geleisteter Eingliederungshilfe eingestellt bzw. herabgesetzt werden darf (vgl. erwähntes Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.5).

E. 7.3

Der Beschwerdeführer war im Verfügungszeitpunkt beinahe 50 Jahre alt und bezog seit November 1995, mithin seit mehr als 15 Jahren, eine ganze Invalidenrente. Trotz dieser langen Dauer des Rentenbezugs und der damit verbundenen langjährigen gänzlichen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt hat die Vorinstanz vorliegend keinerlei berufliche Abklärungsmassnahmen oder Eingliederungsversuche ergriffen. Indem die Vorinstanz ohne Weiteres davon ausgegangen ist, dass sich der Versicherte auf dem allgemeinen ausgeglichenen Arbeitsmarkt selbst eingliedern könne, hat sie offenbar übersehen, dass dieser zur Gruppe der Versicherten zählt, denen nach dem vorstehend Gesagten die Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar ist. Vor einer Rentenherabsetzung hätten deshalb eine erwerbsbezogene Abklärung (der Eignung, Belastungsfähigkeit usw.) erfolgen und anschliessend die als zweckmässig erachteten beruflichen Eingliederungsmassnahmen durchgeführt werden müssen. Die vorliegend ohne vorherige Durchführung von Eingliederungsschritten angeordnete Rentenherabsetzung erweist sich demnach als unzulässig.

E. 7.4

Die Beschwerde ist daher gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 15. Juni 2011 aufzuheben. Die Sache ist mit der Anweisung an die Vorinstanz zurückzuweisen, die

Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu prüfen und anschliessend neu zu verfügen.

E. 8.1

Die Verfahrenskosten hat in der Regel die unterliegende Partei zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Der unterliegenden Vorinstanz sind allerdings keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Kostennote vom 8. Februar 2012 ein Anwaltshonorar von Fr. 5'250.- und Auslagen von Fr. 73.-, zuzüglich Mehrwertsteuer von Fr. 425.85 ausgewiesen. Mit Blick auf die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens gibt dies nur insofern zu Bemerkungen Anlass, als dass keine Mehrwertsteuer zu vergüten ist (vgl. Art. 9 Abs. 1 Bst. c in Verbindung mit Art. 10 VGKE, 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]). Die Parteientschädigung ist somit auf Fr. 5'323.- festzusetzen.

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