

BVGer B-5141/2013 vom 24. September 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-09-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-5141_2013

FR: TAF B-5141/2013 du 24 septembre 2015

IT: TAF B-5141/2013 del 24 settembre 2015

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

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 Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) 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. 1.3

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Verfügung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland vom 8. August 2013. 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 das ergriffene Rechtsmittel 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 gut-heissen 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 blossе 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

Der Beschwerdeführer ist türkischer Staatsangehöriger und hat dort seinen Wohnsitz, weshalb das Abkommen vom 1. Mai 1969 zwischen der Schweiz und der Republik Türkei über soziale Sicherheit (SR 0.831.109.763.1; im Folgenden: Sozialversicherungsabkommen) Anwendung findet. Nach Art. 2 Abs. 1 Sozialversicherungsabkommen sind die Staatsangehörigen der einen Vertragspartei in ihren Rechten und Pflichten aus der Gesetzgebung der anderen Vertragspartei - wozu auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört (vgl. Art. 1 Bst. B Abs. 1 Bst. b Sozialversicherungsabkommen) - einander gleichgestellt, soweit nichts anderes bestimmt ist. Insbesondere steht türkischen Staatsangehörigen bei anwendbarem Schweizer Recht ein Anspruch auf ordentliche Invalidenrenten unter den gleichen Voraussetzungen wie Schweizer Bürgern zu (Art. 10 Abs. 1 Sozialversicherungsabkommen). Vorbehalten bleibt die Regelung, dass ordentliche Renten für Versicherte, die weniger als zur Hälfte invalid sind, türkischen Staatsangehörigen, welche die Schweiz endgültig verlassen, nicht ausgerichtet werden können (Art. 10 Abs. 2 Satz 1 Sozialversicherungsabkommen). Weitere, im vorliegenden Verfahren relevante Abweichungen vom Gleichbehandlungsgrundsatz finden sich weder im Abkommen selbst noch in der dazugehörigen Verwaltungsvereinbarung vom 14. Januar 1970 (SR 0.831.109.763.11). Demnach bestimmt sich vorliegend die Frage, ob weiterhin Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 1, 2 und 4 Sozialversicherungsabkommen). Damit richtet sich die Überprüfung des fraglichen Anspruchs sowohl in materiellrechtlicher als auch in verfahrensrechtlicher Hinsicht insbesondere nach 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). Ferner besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E. 4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung durch das Gericht (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 3.2

Nach den allgemeinen intertemporalen Regeln sind in verfahrensrechtlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2). 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). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 8. August 2013 in Kraft standen; weiter aber auch alle übrigen Vorschriften, die für die Beurteilung der streitigen Verfügung im vorliegend massgeblichen Zeitraum von Belang sind.

E. 4

Streitig ist vorliegend, ob die Vorinstanz zu Recht die bisher ausgerichtete ganze Invalidenrente wegen Änderung des Invaliditätsgrades aufgehoben 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). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit kann indessen nicht ohne Weiteres einer Invalidität gleichgesetzt werden. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab erfolgte Beurteilung, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar ist (BGE 127 V 294 E. 4c). Nicht als Folgen eines psychiatrischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungs-rechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei

Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte (BGE 131 V 49 E. 1.2, vgl. auch BGE 102 V 165; AHI-Praxis 2001 S. 228 E. 2b mit Hinweisen).

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 so-wie bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. Die Ermittlung des Invaliditätsgrades erfolgt anhand eines Vergleichs zwischen den möglichen Erwerbseinkommen ohne und mit Gesundheitsschaden. Vorbehalten bleibt - wie erwähnt (E. 3.1 hiervor) - die Regelung, dass ordentliche Renten für Versicherte, die weniger als zur Hälfte invalid sind, türkischen Staatsangehörigen, welche die Schweiz endgültig verlassen, nicht ausgerichtet werden können (Art. 10 Abs. 2 Satz 1 Sozialversicherungsabkommen).

E. 4.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind die Entscheidbehörden 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 V133 E.2; AHI-Praxis 2002 S.62 E.4b/cc).

E. 4.5

Die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht haben die medizinischen Unterlagen nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung - wie alle anderen Beweismittel - 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.

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

Anlass zur Rentenrevision gibt nach der Rechtsprechung jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE125 V 368 E. 2). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen

Gesundheitszustandes erheblich verändert haben; zudem kann auch eine Wandlung des Aufgabenbereichs einen Revisionsgrund darstellen (BGE 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b; AHI 1997 S. 288 E. 2b). Die anspruchsbefehlende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung ist von dem Zeitpunkt an 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. BGE135 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 mit dem Sachverhalt, auf dem die letzte rechtskräftige Verfügung beruhte, bei der eine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs vorgenommen wurde (BGE 133 V 108 E. 5.4). Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung bildet vorliegend die rentenzusprechende Verfügung vom 26. Januar 2005.

E. 5

Die ursprüngliche Rentenverfügung vom 26. Januar 2005 stützte sich insbesondere auf den RAD-Bericht von Dr. med. E. _____, Facharzttitel unbekannt, vom 3. November 2004. Er listete in diesem Bericht sämtliche medizinischen Unterlagen auf und erhob nach einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers folgende Diagnosen: Chronifiziertes Lumbovertebralsyndrom mit linksbetont lumbospondylogener Symptomatik und linksbetont lumboradikulärer Reizsymptomatik bei - Status nach Diskektomie/Mikrofenestration L4/L5 links 2/02 - Status nach drei-Etagen Schrauben Spondylodese 6/04 - Status nach Morbus Scheuermann basale BWS - Deconditioning Syndrom Er kam zum Schluss, dass aufgrund der subjektiv geklagten, glaubhaft objektivierbaren Beschwerden trotz zweimaliger Rückenoperation zusammen mit dem desolaten funktionellen Verhältnissen und den Folgeerscheinungen im Sinne eines

Deconditioning Syndromes keine verwertbare Restarbeitsfähigkeit bestehen würde. Eine eigentlich notwendige Dekompressionsoperation mit Aufbau-Spondylodese werde im aktuellen chronifizierten Zustand keine Besserung mehr erbringen. Funktionell könne mit lang dauernder evt. von der Krankenkasse nicht mehr übernommenen physiotherapeutischen Leistungen eine minime Verbesserung erreicht werden, ohne dass dadurch eine Änderung der Arbeitsfähigkeit eintreten werde.

E. 6

Grundlage der angefochtenen Verfügung vom 8. August 2013 bilden das ABI-Gutachten vom 24. April 2012 sowie die RAD-Stellungnahmen von Dr. med. D._____. Daraus ergibt sich im Wesentlichen Folgendes:

E. 6.1

Das ABI-Gutachten vom 24. April 2012 gliedert sich einerseits in die Wiedergabe der bisherigen Medizinalakten und der Angaben des Versicherten sowie andererseits in die fachärztlichen Untersuchungen in allgemeinmedizinischer/internistischer, psychiatrischer und orthopädischer Hinsicht mit anschliessender Konsenskonferenz.

E. 6.1.1

Im Konsens der am Gutachten beteiligten Ärzte wurden dem Beschwerdeführer folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: - Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne akute radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.5). - fragliches residuelles sensibles Ausfallsyndrom L5 links (ICD-10 G54.4) - Status nach transpedikulärer Spondylodese LWK4 - SWK1 6/2004 (ICD-10 Z98.1) - Status nach Mikrofensteration LWK4/5 links mit Diskektomie bei medianer bis pramedian links gelegener Diskushernie LWK4/5 am 12.2.2002 (ICD-10 Z 98.8) - teilweise nicht ganz adäquat wirkendes Schmerzverhalten mit Symptomausweitung und Selbstlimitation Des Weiteren diagnostizierten die Ärzte folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - Hochgradige Sehschwäche links (ICD-10 H54) - Status nach Perforationsverletzung des linken Auges am 8.11.2006 - Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54)

E. 6.1.2

Im Rahmen der orthopädischen Untersuchung klagte der Beschwerdeführer über Rückenschmerzen, die nicht aufhören würden. Es käme zu Ausstrahlungen über die linke Gesässhälfte und die Dorsalseite des linken Oberschenkels bis etwa auf Höhe der Poplitea, worauf der ganze Unterschenkel und der Fuss betroffen seien. Auf entsprechende Nachfrage räumte der Beschwerdeführer ein, durch beide in der Vergangenheit durchgeführten Operationen eine Beschwerdelinderung erfahren zu haben. Der orthopädische Gutachter Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, führte aus, beim Beschwerdeführer sei am 12. Februar 2002 eine mediane bis paramediane Diskushernie LWK4/5 links durch Mikrofensteration und Diskektomie behandelt worden, was gemäss heutigen Aussagen des Beschwerdeführers offenbar zu einer gewissen Schmerzreduktion geführt habe. Dennoch sei in der Folge die Rückkehr in den Erwerbsprozess nicht mehr gelungen. Im Sommer 2004 sei bei weiterhin persistierenden Beschwerden eine transpedikuläre Spondylodese LWK4-SWK1 erfolgt. Auch diesbezüglich habe der Beschwerdeführer heute angemerkt, dass sich durch den Eingriff eine Besserung ergeben habe, die jedoch offenbar wiederum nicht derart ausgeprägt gewesen sei, als dass ihm die Rückkehr in den Erwerbsprozess gelungen wäre. Der

Beschwerdeführer erscheine mit einem Gehstock links, den er synchron mit dem linken Bein auf dem Boden aufsetzt. Dadurch gelinge ein flüssiges, nahezu hinkfreies Gangbild und auch die Treppe könne in beide Richtungen im Wechselschritt begangen werden. Stockfrei zeige sich wiederum ein Gangbild mit deutlichem Schonhinken links, das sich bei Zehen-, Fersen- und Rückwärtsgang mit leichter Führung durch den Untersucher aber weitgehend normalisiere. Es falle auch auf, dass der Beschwerdeführer beim spontanen Gangbild den Oberkörper deutlich protrahiert, was bei den Gangvarianten mit Führung durch den Untersucher nicht mehr beobachtet werden könne. Der Beschwerdeführer berichte auch heute noch über weiterhin persistierende lumbale Rückenschmerzen, die eher leicht linksbetont seien und von dort ins linke Bein ausstrahlen würden. Eine mögliche Zuordnung zu einer eingrenzenden anatomischen Struktur sei aufgrund seiner Schilderungen für den Untersucher allerdings nicht möglich und der Beschwerdeführer merke zudem an, dass es zumindest intermittierend auch zu Ausstrahlungen ins rechte Bein komme. Anlässlich der Untersuchung gelinge es dem Beschwerdeführer auch, recht zügig eine tiefe Hocke einzunehmen und anschliessend mehrere Schritte im Kauergang zu praktizieren, wobei die Standbeinphase links etwas schwieriger wirke als diejenige rechts, was aufgrund der anamnestischen Beschwerdeangaben habe erwartet werden könne. Die Untersuchung des Rumpfes, bei welcher der Beschwerdeführer einen weichen Lendengurt trage, zeige deutliche Inkonsistenzen, indem im Stehen ein Finger-Boden-Abstand von 55 cm resultiere, der sich später im Langsitz auf etwa 15 cm relativieren lasse. Reklinationsbewegungen seien unter Hinweis auf dadurch entstehende lumbale Rückenschmerzen nicht durchgeführt worden und auch die Rotation und Seitneigung sei bei fokussierter Untersuchung deutlich eingeschränkt gewesen mit wiederholtem Griff jeweils einer Hand in die Lendengegend. Die Spontanbewegungen des Rumpfes bei den Transfers auf dem Untersuchungstisch hätten allerdings Rotations- und Seitneigebewegungen in deutlich grösserem Umfang als zuvor gezeigt. Auch die ausgiebige Palpation des Rückens führe nicht zu verbalen Schmerzäusserungen, doch grimassiere der Beschwerdeführer bei tiefem Druck auf die lumbalen Processus spinosi leichtgradig, wo reizlose Narbenverhältnisse bestehen würden. Die paravertebrale Muskulatur sei nicht übermässig kräftig ausgebildet, zeige jedoch keine Verhärtungen. Auch bei der Prüfung der Kopfbeweglichkeit würden sich in fokussierter Situation deutliche Einschränkungen ergeben, die sich bei gleichzeitiger Ablenkung vollständig normalisieren würden. An den unteren Extremitäten sei in Rückenlage nur eine eingeschränkte Untersuchbarkeit gegeben, da der Explorand massiv muskulär dagegen spanne. Immerhin sei es ihm aktiv gelungen, die Hüften bis auf 90° zu flektieren, was jedoch wiederum einer gewissen Selbstlimitation entspreche, da ihm zuvor beim Kauergang unter Belastung mit vollem Körpergewicht eine Flexion deutlich über den rechten Winkel möglich gewesen sei. An beiden Knien und Füßen würden sich keine wesentlichen Auffälligkeiten ergeben, doch sei wiederum erwähnenswert, dass lediglich auf Höhe des Oberschenkels ein kleines Volumenplus zugunsten von rechts vorhanden sei, nicht jedoch am Unterschenkel, wo der maximale Umfang beidseits gleich sei. Dies spreche gegen das Vorliegen von muskulären Defiziten aufgrund einer eingeschränkten Innervation durch die unteren spinalen Nervenwurzeln. An den oberen Extremitäten zeige sich eine freie Beweglichkeit sämtlicher Gelenke bei sehr guter Kraftentfaltung, was sich insbesondere beim Händedruck manifestiere. Auffallend sei hier, dass die rechte Handfläche deutliche Beschwielungen zeige, kaum jedoch die linke. In Anbetracht des auf der linken Seite eingesetzten Gehstockes und bei anamnestischer Angabe von sonst weitgehender Inaktivität im Alltagsleben wäre allerdings zu erwarten,

dass Schwielen ausschliesslich links zu finden wären. Deren Vorliegen auf der rechten Seite deute auf nicht unwesentliche manuelle Aktivitäten mit der dominanten rechten Hand in jüngerer Zeit hin, was vom Beschwerdeführer auf Nachfrage allerdings in Abrede gestellt werde. Des Weiteren hielt der Gutachter Dr. med. F. _____ fest, dass auf therapeutischer Ebene seit längerem keine spezifischen Massnahmen mehr durchgeführt würden. Der Beschwerdeführer berichte lediglich über die tägliche Einnahme von Zaldiar neben Lyrica und Gabapentin sowie zwei Psychopharmaka und einem Antihypertensivum. Die kursorisch neurologische Untersuchung ergebe Hinweise auf eine mögliche residuelle, vorwiegend sensible Ausfallsymptomatik von L5 links, doch seien die diesbezüglichen Angaben des Beschwerdeführers wenig präzise. Eine akute radikuläre Reizung könne bei negativem Langsitz trotz nicht ganz konklusiver Lasège-Testung weitgehend ausgeschlossen werden. Motorische Ausfälle hätten bei symmetrischer Muskulatur und guter Aktivierung sämtlicher Muskelgruppen weitgehend ausgeschlossen werden können. Vom Beschwerdeführer mitgebrachte Röntgenbilder der Lendenwirbelsäule zeigten eine Spondylodese LWK4 - SWK1, wo die beiden distalsten Schrauben die Deckplatte des Sakrums durchbrechen würden, was nicht einer ganz standardmässigen Versorgung entspreche. Da die Schrauben lediglich in den Intervertebralraum ragen würden, jedoch keine Hinweise auf eine Kompromittierung des Spinalkanals oder der Neuroforamina vorliegen würden, sei allerdings die klinische Bedeutung dieses Umstands fraglich. In jedem Fall ergäben sich keine Hinweise für eine Lockerung der Implantate oder für eine Kompromittierung neuraler Strukturen. In den kranialen Abschnitten liessen sich Deck- und Bodenplattenirregularitäten finden, denen kaum eine wesentliche Bedeutung zukomme, zumal daselbst auch keine Schmerzen angegeben würden. Zusammenfassend könne gesagt werden, dass sich die vom Exploranden angegebenen Beschwerden anlässlich der heutigen Untersuchung nur eingeschränkt objektivieren liessen. Unübersehbar bestehe bei der Prüfung der Beweglichkeit an der gesamten Wirbelsäule sowie an der unteren Extremität eine deutliche Selbstlimitation und auch das Schmerzgebaren des Beschwerdeführers wirke in fokussierter Situation häufig etwas übertrieben, wohingegen die spontanen Bewegungen häufig ohne wesentliche Auffälligkeiten möglich seien. Es sei sicher denkbar, dass weiterhin eine gewisse Restsymptomatik an der unteren Wirbelsäule vorliege, doch würden sich keine objektivierbaren Zeichen einer weiterhin persistierenden akuten Ausstrahlung ins linke Bein ergeben. Auffallend sei auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer deutliche Beschwielen an der rechten Hand aufweise, obwohl er seinen Gehstock ausschliesslich links einsetze, was auch auf Nachfrage bestätigt werde. Woher diese stammten, sei anamnestisch nicht zu eruieren gewesen, doch müssten sie als nahezu untrügliches Zeichen relevanter manueller Tätigkeiten in jüngerer Zeit angesehen werden. Welcher Art diese Aktivitäten gewesen seien, könnte selbstverständlich nur durch Abklärungen direkt vor Ort verifiziert werden. Aufgrund der strukturellen Alterationen an der lumbalen Wirbelsäule bestehe für körperlich belastende mittelschwere und schwere Tätigkeiten, eine volle Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte Tätigkeiten in wechselnder Position, bei denen eine Hebe- und Tragelimit von 10 kg nicht überschritten werde und keine Zwangshaltungen des Rumpfes vorkomme, könne von einer zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Die objektivierbaren Befunde am Bewegungsapparat würden nicht ausreichend erklären, weshalb eine derartige Arbeit nicht mehr möglich sein sollte.

E. 6.1.3

Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung führte der Beschwerdeführer aus, dass das warme Klima in der Türkei sich positiv auf seine Beschwerden auswirken würde. Er habe eine gute Beziehung zu seiner Ehefrau und den beiden Kindern. Den Alltag verbringe er eher passiv. Er lege sich auch tagsüber mehrmals hin und habe abends teilweise Mühe einzuschlafen. Nachts schlafe er aber regelmässig etwa fünf Stunden. Gelegentlich mache er mit seiner Ehefrau einen Ausflug in die Stadt. Er habe einen grossen Bekannten- und Freundeskreis, mit dem er sich regelmässig treffe. 2008/09 sei er während vier Sitzungen in ambulanter psychiatrischer Behandlung gewesen, da er damals etwas nervös und aggressiv gewesen sei. Seither habe keine psychiatrische Behandlung mehr stattgefunden. Von der neurologischen Klinik, in welcher er behandelt werde, erhalte er Antidepressiva. Er nehme täglich 150 mg Efexor und 15 mg Mirtazapin ein. Teilweise habe er auch Mühe mit dem Gedächtnis und könne sich beispielsweise schlecht erinnern, was er vor einer halben Stunde gemacht habe. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Teilgutachten aus, dass das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunden nicht hinreichend objektiviert werden könnten, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden könnte. Beim Beschwerdeführer handle es sich um eine Schmerzverarbeitungsstörung. Er habe nie unter lang anhaltenden psychosozialen oder emotionalen Belastungsfaktoren gelitten, so dass die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden könne. Ausser der Schmerzverarbeitungsstörung könne keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden. Der Blutspiegel der eingenommenen Antidepressiva habe zumindest für das Präparat Mirtazapin unterhalb der Nachweisgrenze gelegen. Dies könne fast nur dahingehend interpretiert werden, dass der Beschwerdeführer im Gegensatz zu seinen Angaben dieses Antidepressivum nicht oder höchstens unregelmässig einnehme. Die unregelmässige Einnahme sei aber auch ein Hinweis darauf, dass sich der Beschwerdeführer selbst nicht besonders depressiv fühle. In der Klinik für Neurologie, in welcher der Beschwerdeführer behandelt werde, würden Ängstlichkeit, Reizbarkeit und totale Amnesie beschrieben. Zudem werde dort ein Zusammenhang mit den langen Narkosen bei durchgeführten Operationen gestellt. Im Rahmen der Untersuchung hätten beim Beschwerdeführer jedoch keinerlei kognitiven Beeinträchtigungen gefunden werden können. Er sei allseits orientiert gewesen und habe sich sowohl an länger als auch an kürzer zurückliegende Ereignisse präzise erinnern können. Es seien auch keinerlei Hinweise auf erhöhte Ängstlichkeit oder verminderte psychische Belastbarkeit feststellbar gewesen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit.

E. 6.2

Der RAD-Arzt Dr. med. D._____ erachtete in seiner Stellungnahme vom 4. Juni 2012 das ABI-Gutachten vom 24. April 2012 als überzeugend und stützte sich vollumfänglich darauf. Seiner Ansicht nach bestehe kein medizinischer Grund, um von den begründeten Befunden der Gutachter Abstand zu nehmen. Im März 2012 habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der zweiten Operation im Juni 2004 objektiv deutlich verbessert, was vom Beschwerdeführer ebenfalls beschrieben werde. Der ABI-Gutachter Dr. med. F._____ habe eindeutig erklärt, dass die objektiven klinischen Befunde von Dr. med. E._____ vom 3. November 2004 während der postoperativen medizinischen Eingliederungsphase gestellt worden seien, also vor der Stabilisierung des Gesundheitszustandes nach der Operation vom Juni 2004. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hätten die ABI-Gutachter jedoch infolge des starken Visusverlustes

des linken Auges festgestellt, wodurch ein Verlust des Binokularsehens (dreidimensionale visuelle Wahrnehmung) verursacht werde und aus berufsordnungsrechtlichen Gründen die Ausübung von beruflichen Tätigkeiten, die beidäugiges Sehen erfordern würden, eingeschränkt oder sogar ausgeschlossen werde. Nach der üblichen Erfahrung der medizinischen Praxis werde der Beginn der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit auf ein Jahr ab dem zweiten Eingriff an der Lendenwirbelsäule vom Juni 2004 festgelegt. Es stehe ausser Frage, dass der Beginn der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit spätestens am Tag der Begutachtung festgestellt werde.

E. 7.1

Nach der ständigen Praxis des Bundesgerichts soll von ärztlichen Gutachten, die den Qualitätsanforderungen entsprechen, nicht ohne zwingende Gründe abgewichen werden, ist es doch Aufgabe der medizinischen Experten, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen (BGE 125 V 351 E. 3 b/aa).

E. 7.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 351 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

E. 7.3

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. 8.1

Im vorliegenden Fall erachtet sowohl der RAD-Arzt Dr. med. D. _____ als auch die Vorinstanz das ABI-Gutachten vom 24. April 2012 als schlüssig. Der Beschwerdeführer dagegen erachtet das ABI-Gutachten vom 24. April 2012 als mangelhaft und nicht schlüssig. Nachfolgend ist daher auf die einzelnen Rügen des Beschwerdeführers einzugehen.

E. 8.2

Der Beschwerdeführer rügt die Feststellung des psychiatrischen ABI-Gutachters, er sei durch psychopathologische Symptome nicht eingeschränkt und es liege lediglich eine Schmerzverarbeitungsstörung vor. Er bemängelt die fehlenden Angaben über den Blutspiegelwert des Antidepressivums Gabapentin sowie die Nichtbeachtung der Nebenwirkungen der restlichen Schmerzmittel, insbesondere des Medikaments Zaldiar, auf seine Psyche. Es hätten diesbezüglich entsprechende Abklärungen des Blutspiegelwertes vorgenommen werden sollen. Dass der Blutspiegel der einzunehmenden Antidepressiva zumindest für das Präparat Mirtazapin unterhalb der Nachweisgrenze liege, bestätige in keiner Weise, dass es dem Beschwerdeführer langfristig besser gehe. Eine unregelmässige Einnahme könne zugleich auch der Nachweis für eine schwankende Stimmung sein. Die Ansicht des RAD-Arztes Dr. med. D. _____ und der Vorinstanz, dass sowohl die angegebenen verschriebenen Dosierungen des Medikaments Gabapentin als auch des Medikaments Zaldiar in den unteren therapeutischen Normwerten liegen würden, erscheint nachvollziehbar. Unter Berücksichtigung dessen sind die vom Beschwerdeführer angegebenen starken Nebenwirkungen, welche er im Übrigen nicht näher ausführt, nicht stichhaltig. Da die Dosierung der genannten Medikamente unter den therapeutischen Normwerten liegt, macht eine entsprechende Überprüfung der Blutspiegelwerte korrekterweise keinen Sinn. Gemäss Dr. med. D. _____ liegt angesichts der positiven klinischen Entwicklung des Beschwerdeführers überdies auch kein medizinischer Grund vor, um die Konzentration dieser Medikamente im Blut des Beschwerdeführers quantitativ zu bestimmen (vgl. IV act. 79 S. 3). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers wird seine Medikamenteneinnahme, welche - wie soeben ausgeführt - unterhalb der Nachweisgrenze oder deutlich im untertherapeutischen Bereich liegt, zu Recht auf eine gesundheitliche Verbesserung resp. deutliche Abnahme des Leidensdruckes zurück geführt.

E. 8.3

Des Weiteren beanstandet der Beschwerdeführer, dass die Beurteilung der halbseitigen Erblindung und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit durch einen Augenarzt hätte erfolgen sollen. Im vorliegenden Fall wurde keine ophtalmologische Untersuchung durchgeführt. Die ABI-Gutachter haben die hochgradige Sehschwäche des linken Auges nach Perforationsverletzung dennoch berücksichtigt. Sie kamen zum Schluss, dass die Sehschwäche zu einer funktionellen Ein-äugigkeit führe und Tätigkeiten mit Anforderungen an das dreidimensionale Sehvermögen ausschliesse. Dabei gilt festzuhalten, dass eine Einäugigkeit nach der auf medizinischer Erkenntnis beruhenden Praxis nur selten die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt, da auch der Einäugige nach einer gewissen Anpassungszeit räumlich zu sehen vermag und in vielen beruflichen Tätigkeiten Binokularsehen nicht zwingend erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_474/2011 vom 26. Oktober 2011 E. 7.2 mit Hinweisen). Wie die Vorinstanz korrekt ausgeführt hat, führt die funktionelle Einäugigkeit demnach lediglich dazu, dass die Wahl der angepassten Tätigkeiten einschränkt ist. Dieser Umstand wurde im Einkommensvergleich vom 21. Juni 2012 entsprechend berücksichtigt (vgl. E. 11.5).

E. 8.4

Sodann bringt der Beschwerdeführer vor, die Vorinstanz habe die Befunde im Kurzbericht von Dr. H. _____ bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht genügend berücksichtigt. Ebenso sei im ABI-Gutachten ein residuelles Ausfallsyndrom als fraglich dargestellt worden. Eine eingehende klinische Untersuchung des Beschwerdeführers und eine

bildgebende Überprüfung wäre vorliegend daher notwendig gewesen. Eine Ausblendung widerspreche dem Untersuchungsgrundsatz. Dr. H._____ hielt in ihrem Arztbericht vom 16. Februar 2012 fest, dass der Beschwerdeführer seit 4. November 2011 bei ihr unter Beobachtung sei. Er leide unter radikulären neurogenen Schmerzen sekundär nach operierter lumbaler Diskopathie, Angststörung, Hypertension und chronischen vaskulären Kopfschmerzen und Spannungskopfschmerzen. Der Bericht von Dr. H._____ vom 16. Februar 2012 ist sehr kurz gehalten und enthält keine Äusserungen zur Arbeitsfähigkeit. Dr. H._____ bestätigte im Wesentlichen die bereits bekannte Symptomatik in Bezug auf das Rückenleiden des Beschwerdeführers. Mit der diagnostizierten Hypertension und den diagnostizierten Kopfschmerzen werden hingegen neue Befunde aufgeführt, welche jedoch - aus Sicht des Bundesverwaltungsgerichts - keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten und wechselbelastenden Tätigkeit haben. Der Bericht von Dr. H._____ wurde - entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers - sowohl von den ABI-Gutachtern als auch vom RAD-Arzt Dr. med. D._____ berücksichtigt und in ihre jeweiligen Beurteilungen miteinbezogen (vgl. IV act. 54 S. 6 und 20 sowie act. 58 S. 1). Die vom Beschwerdeführer geltend gemachte radikuläre Symptomatik seines Rückenleidens wurde von den ABI-Gutachtern ebenfalls thematisiert und berücksichtigt. So ergaben sich im Rahmen der ABI-Untersuchung Hinweise auf eine mögliche residuelle, vorwiegend sensible Ausfallsymptomatik L5 links. Doch konnte eine akute radikuläre Reizung nach der klinischen Untersuchung des Beschwerdeführers nachvollziehbar ausgeschlossen werden. Ausserdem hat der RAD-Arzt Dr. med. D._____ überzeugend festgehalten, dass die positive klinische Entwicklung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers keine zusätzliche Röntgenuntersuchung erfordert habe. So führte er aus, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zum einen auf den subjektiven Erklärungen des Beschwerdeführers und zum anderen auf den objektiven klinischen und paraklinischen (Radiologie, Labor) Untersuchungen beruhe. Die paraklinischen (radiologischen) Untersuchungen würden durchgeführt, um die Feststellungen der klinischen Untersuchung organisch zu untermauern. Beim Beschwerdeführer sei die objektive klinische Entwicklung positiv ausgefallen. Es handle sich bei ihm um einen Zustand nach einer Operation und einer degenerativen Störung der Wirbelsäule ohne defizitäre neurologische Auswirkung. Bei Röntgenaufnahmen, die im Abstand von mehreren Jahren bei derselben Person angefertigt würden, stehe es ausser Frage, dass die auf den Röntgenaufnahmen sichtbaren degenerativen Anomalien mit dem Alter zunehmen würden. Es sei in der allgemeinen medizinischen Praxis jedoch auch sehr wohl erwiesen, dass zwischen den Röntgenbefunden und den klinischen Manifestationen dieser Röntgenbefunde keine Korrelation bestehe. Angesichts der vorliegend bekannten Röntgenbefunde sei die positive klinische Entwicklung beim Beschwerdeführer somit aus medizinischer Sicht nicht überraschend. Die positive klinische Entwicklung des Beschwerdeführers erfordere daher keine weitere Röntgenuntersuchung.

E. 9

Zusammengefasst gilt festzuhalten, dass die medizinischen Unterlagen durch das ABI umfassend sind, sorgfältig erstellt wurden und auf allseitigen, gründlichen und interdisziplinären Untersuchungen in internistischer, psychiatrischer und orthopädischer Hinsicht beruhen. Sie wurden nach jeweils eigener Erhebung von Allgemein- und jeweiligem Spezialstatus durch die entsprechenden Fachärzte sowie unter Berücksichtigung und Würdigung der umfangreichen Vorakten verfasst. Die Gutachter berücksichtigten die geklagten Beschwerden und setzten sich mit diesen sowie dem Verhalten des

Beschwerdeführers auseinander. Die Darlegung der Zusammenhänge sowie der gesamtmedizinischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sind sodann im Ergebnis einleuchtend und nachvollziehbar. Die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. D. _____ vermögen ebenfalls zu überzeugen. Er verfügt über einen Facharztstitel für Physikalische Medizin und Rehabilitation und ist somit grundsätzlich in der Lage, schlüssig und zuverlässig zu beurteilen, ob - nach Einsicht in das ABI-Gutachten - sich die medizinische Situation in einer für den Anspruch erheblichen Weise verändert haben könnte. Aufgrund der Darlegungen in E. 8 ergeben sich keine konkreten Anhaltspunkte, wonach die Schlussfolgerungen des ABI-Gutachtens vom 24. April 2012 und des RAD-Arztes Dr. med. D. _____ in Zweifel gezogen werden könnten.

E. 10.1

Vorliegend ist nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz gestützt auf das ABI-Gutachten und die Berichte des RAD-Arztes Dr. med. D. _____ von einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zwischen Januar 2005 und August 2013 ausgegangen ist. Das schlüssige und voll beweiskräftige ABI-Gutachten und die Berichte des RAD-Arztes Dr. med. D. _____ haben zum einen überzeugend dargelegt, dass sich der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers erheblich verbessert hat und zum anderen, dass sich der psychische Gesundheitszustand nicht in rentenrelevantem Ausmass verändert hat. Ihre Beurteilungen hinsichtlich der Auswirkungen der beim Beschwerdeführer vorhandenen Leiden auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit können als rechtsgenügeliche Entscheidungsbasis dienen. Der genaue Beginn der Gesundheitsverbesserung ist jedoch - entgegen der Ansicht der Vorinstanz und des RAD-Arztes - auf den Zeitpunkt der ABI-Untersuchung am 12. September 2011 festzulegen. Die Annahme einer früheren Gesundheitsverbesserung ist zwar wahrscheinlich, doch wird sie nicht mit echtzeitlichen medizinischen Berichten, die sich über die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äussern, belegt. Daher ist es vorliegend nicht gerechtfertigt, zu Ungunsten des Beschwerdeführers den Zeitpunkt für die Verbesserung des Gesundheitszustandes früher anzusetzen.

E. 10.2

Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Hilfswickler im Elektromotorenbau nach wie vor nicht arbeitsfähig ist, ihm hingegen seit dem 12. September 2011 eine leidensangepasste Tätigkeit mit gewissen Einschränkungen vollumfänglich möglich ist.

E. 11.1

Der auf dieser Grundlage durchgeführte Einkommensvergleich der Vorinstanz ergab - unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs in der Höhe von 10 % - einen Invaliditätsgrad von 31,32 %.

E. 11.2

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist dabei entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 135 V 59 E. 3.1, 134 V 325 E. 4.1 mit Hinweisen). Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist

primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist - wie hier - kein tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen nach Eintritt der Invalidität mehr gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder zumindest keine zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so sind nach der Rechtsprechung die gesamtschweizerischen Tabellenlöhne gemäss den vom BFS periodisch herausgegebenen Lohnstrukturserhebungen (LSE) heranzuziehen (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Massgebend sind dabei die monatlichen Bruttolöhne (Zentralwerte) im jeweiligen Wirtschaftssektor. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens anhand von Tabellenlöhnen bei Versicherten, die nach Eintritt des Gesundheitsschadens lediglich noch leichte Arbeiten verrichten können, ist in der Regel vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn für Männer oder Frauen bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4 des Arbeitsplatzes) auszugehen. Dabei sind in erster Linie die Lohnverhältnisse im privaten Sektor massgebend (SVR 2002 UV Nr. 15 E. 3c cc). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b bb). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitstätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 124 V 321 E. 3b bb; SVR 2007 IV Nr. 11 S. 41 E. 3.2; RKUV 2003 U 494 S. 390 E. 4.2.3). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3, 126 V 75 E. 5b bb und cc; AHI 2002 S. 69 ff. E. 4b).

E. 11.3

Die Vorinstanz ist bei der Ermittlung des Validenlohnes vom im Jahr 2000 zuletzt effektiv erzielten jährlichen Einkommen von Fr. 62'840.20 ausgegangen, welches sie der Nominallohnentwicklung bis 2010 angepasst hat. Die vorliegend relevante Änderung des Gesundheitszustandes und damit die Änderung der Anspruchsgrundlagen (Verbesserung des Gesundheitszustandes am 12. September 2011) datiert aus dem Jahre 2011 (vgl. E. 10.1 hiavor). Die Anpassung an die Nominallohnentwicklung hätte daher korrekterweise bis zum Jahr 2011 erfolgen sollen. Der Nominallohnindex lag im Jahr 2000 bei 1856 Punkten, im Jahr 2011 bei 2171 Punkten. Es ist demnach von einem hypothetischen Valideneinkommen des Beschwerdeführers von rund Fr. 73'505.40 jährlich resp. Fr. 6'125.45 monatlich auszugehen.

E. 11.4

Die Vorinstanz legte das Invalideneinkommen im Zeitpunkt der Änderung der Anspruchsgrundlagen (Verbesserung des Gesundheitszustandes am 12. September 2011) nach dem Tabellenlohn gemäss Lohnstrukturserhebung (LSE) von 2010 des Bundesamts für Statistik nach dem Anforderungsniveau 4, welches einfache und repetitive Tätigkeiten umfasst, fest und ging von einem durchschnittlichen monatlichen Lohn für administrative und unterstützende Tätigkeiten in Unternehmen von Fr. 4'400.- aus. Allerdings resultiert

unter Berücksichtigung der betriebsüblichen durchschnittlichen Arbeitszeit im Dienstleistungssektor im Jahr 2011 von wöchentlich 42,1 Stunden und der Anpassung an die Nominallohnentwicklung von 2010 bis 2011 ein jährliches hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 56'072.15 resp. monatlich Fr. 4'672.70 bei einem 100 %-Pensum (Fr. 4'400.- x 12 [Jahreslohn] : 40 x 42,1 [Umrechnung Wochenstunden] x 1.009 [Aufrechnung Lohnentwicklung 2010 - 2011]).

E. 11.5

Unter Berücksichtigung der persönlichen und beruflichen Umstände des Beschwerdeführers, insbesondere des Zumutbarkeitsgrads der Ersatztätigkeiten (100 %), der umfangreichen Funktionseinschränkungen in Verbindung mit den Gesundheitsbeeinträchtigungen, der sehr begrenzten Auswahl möglicher angepasster Tätigkeiten aufgrund der funktionellen Einäugigkeit und des langen Fernbleibens vom Arbeitsmarkt (11 Jahre), hat ihm die Vorinstanz einen leidensbedingten Abzug von 10 % gewährt. Dies erscheint angemessen und ist nicht zu beanstanden. Demzufolge ergibt sich nach dem leidensbedingten Abzug von 10 % ein Invalideneinkommen von monatlich Fr. 4'205.45 resp. Fr. 50'464.95 jährlich.

E. 11.6

Der Vergleich von Valideneinkommen und Invalideneinkommen ergibt ab dem Zeitpunkt der Verbesserung des Gesundheitszustandes am 12. September 2011 einen Invaliditätsgrad von 31,35 % [(Fr. 73'505.40 - Fr. 50'464.95) x 100 : Fr. 73'505.40]. Dieser Invaliditätsgrad berechtigt nicht zum Bezug einer Invalidenrente.

E. 12

Betrifft die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person, die das 55. Altersjahr zurückgelegt hat oder die Rente mehr als 15 Jahre bezogen hat, muss der Eingliederungsbedarf in gleicher Weise wie im Rahmen einer erstmaligen Invaliditätsbemessung abgeklärt werden (Urteile BGer 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3, 8C_161/2012 vom 5. Juni 2012 E. 5.2, 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1.2, 9C_68/2011 vom 16. Mai 2011 E. 3.3). Der Beschwerdeführer bezog mit Wirkung ab dem 1. September 2001 bis zum Zeitpunkt der angefochtenen, rentenaufhebenden Verfügung vom 8. August 2013 während einer Dauer von insgesamt rund 12 Jahren eine ganze IV-Rente. Er ist mit Jahrgang [...] aber noch in einem Alter, in dem ihm der ausgeglichene Arbeitsmarkt - trotz der funktionellen Einäugigkeit - genügend Tätigkeiten bietet, welche dem gegebenen Zumutbarkeitsprofil entsprechen. Da vorliegend die vom Beschwerdeführer zu fordernde, gegenüber der Eingliederung vorrangige Selbsteingliederung direkt zur rentenausschliessenden arbeitsmarktlichen Verwertbarkeit des wiedergewonnenen funktionellen Leistungsvermögens führt, konnte von der Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen abgesehen werden (vgl. hierzu BGE 113 V 22 E. 4a S. 28; SVR 2007 IV Nr. 1 S. 3 E. 5.1).

E. 13

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen erweist sich die angefochtene Verfügung der Vorinstanz vom 8. August 2013 als rechtens und die Invalidenrente wurde dem Beschwerdeführer in Anwendung von Art. 88bis Abs. 2 Bst. a IVV in korrekter Weise per 1. Oktober 2013 aufgehoben. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen.

E. 14.1

Die Verfahrenskosten sind nach Massgabe von Obsiegen und Unter-liegen zu verlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Da dem unterliegenden Beschwerdeführer mit Zwischenverfügung vom 14. November 2013 die unentgeltliche Prozessführung gewährt und er von der Bezahlung von Verfahrenskosten befreit wurde, sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

E. 14.2

Der Rechtsvertreter des unterliegenden Beschwerdeführers, der mit Zwischenverfügung vom 14. November 2013 als amtlich bestellter Anwalt eingesetzt wurde (Art. 65 Abs. 2 VwVG), hat Anspruch auf ein amtliches Honorar zu Lasten der Gerichtskasse. Mangels Einreichen einer Honorarnote und unter Berücksichtigung des aktenkundigen Anwaltsaufwandes, wird das Honorar auf pauschal Fr. 2'600.- inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer (vgl. Urteil BGer 6B_498/2014 vom 9. September 2015) festgesetzt. Die Vorinstanz hat gemäss Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

E. 14.3

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer der Gerichtskasse Ersatz zu leisten hat, wenn er zu hinreichenden Mitteln gelangt (Art. 65 Abs. 4 VwVG).

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