

# **BVGer C-106/2010 vom 16. Januar 2013**

Bundesverwaltungsgericht, 2013-01-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-106\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-106_2010)

FR: TAF C-106/2010 du 16 janvier 2013

IT: TAF C-106/2010 del 16 gennaio 2013

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA.

### **E. 1.2**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Indes findet das VwVG 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.

### **E. 1.3**

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist eine Verfügung der IVSTA. Der Beschwerdeführer ist als Adressat durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG). Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (Art. 60 Abs. 1 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Auch der Kostenvorschuss wurde innert Frist geleistet (Art. 63 Abs. 4 VwVG). Damit ist auf die Beschwerde einzutreten.

### **E. 2**

Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes sowie Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Serbien und hat dort seinen Wohnsitz. Die Schweiz hat mit diversen Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens neue Abkommen über soziale Sicherheit abgeschlossen, nicht aber mit der Republik Serbien. Daher findet im vorliegenden Verfahren weiterhin das Abkommen vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über

Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) Anwendung (vgl. BGE 126 V 198 E. 2b; 122 V 381 E. 1; 119 V 98 E. 3). Nach Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenrente gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Sozialversicherungsabkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Demnach beantwortet sich die Frage, ob die Vorinstanz die Invalidenrente des Beschwerdeführers zu Recht aufgehoben hat, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 1, 2 und 4 des Sozialversicherungsabkommens).

### **E. 3.2**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Weiter sind in zeitlicher Hinsicht - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_419/2009 vom 3. November 2009 E. 3.1; BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Die angefochtene, undatierte Verfügung der IVSTA wurde mit Begleitschreiben vom 13. November 2009 an die serbische Wohnadresse des Beschwerdeführers versandt (IV-act. 141/2). Aus diesem Begleitschreiben geht hervor, dass die übermittelte Verfügung am 13. November 2009 erlassen wurde (vgl. auch act. 14/1, 26/1). In Bezug auf den massgeblichen Sachverhalt ist folglich auf den 13. November 2009 abzustellen. Weiter finden jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die zu diesem Zeitpunkt in Kraft standen. Da mit der angefochtenen Verfügung der Rentenanspruch des Beschwerdeführers für die Zukunft aufgehoben wurde, sind bei deren Erlass bereits ausser Kraft getretene Vorschriften nicht von Belang. In Bezug auf das IVG ist somit auf die Fassung gemäss den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision, AS 2007 5129 und AS 2007 5155) abzustellen. Im Folgenden wird jeweils auf diese Fassung Bezug genommen. Weiter ist die Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1991 (IVV, SR 832.201) anzuwenden. Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (für das IVG: Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]). Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar.

### **E. 4**

Im Folgenden sind die für die Beurteilung der Streitsache massgebenden Bestimmungen des Invalidenversicherungsrechts und die von der Rechtsprechung dazu 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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 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**

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50%, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG), soweit nicht völkerrechtliche Bestimmungen eine abweichende Regelung vorsehen, was vorliegend nicht der Fall ist. Vielmehr sieht Art. 8 Bst. e des Sozialversicherungsabkommens ausdrücklich vor, dass ordentliche (schweizerische) Invalidenrenten für Versicherte, die weniger als zur Hälfte invalid sind, jugoslawischen (bzw. heute unter anderem serbischen) Staatsangehörigen nur gewährt werden, solange sie ihren Wohnsitz in der Schweiz haben.

#### **E. 4.3**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

##### **E. 4.3.1**

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne 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. 4.3.2**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Auch auf Stellungnahmen eines regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) kann nur abgestellt werden, sofern sie diesen beweisrechtlichen Anforderungen genügen. Zudem müssen die Ärztinnen und Ärzte des RAD über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1; 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 mit weiteren Hinweisen). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person persönlich untersucht wird. Das Fehlen eigener Untersuchungen vermag daher einen RAD-Bericht für sich alleine nicht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung der erwerblichen Folgen eines bereits feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht, folglich die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen medizinischen Beurteilung als Bericht, Gutachten oder Stellungnahme (vgl. zum Ganzen die Urteile des Bundesgerichts 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3; BGE 125 V 351 E. 3.a und E. 3b/ee, je mit Hinweisen). Der Umstand, dass die Stellungnahme des RAD-Arztes in Form eines Protokolleintrags und nicht als separater Bericht Eingang in die Akten gefunden hat, schliesst dessen Berücksichtigung bei der Beweiswürdigung nicht gänzlich aus (Urteil des Bundesgerichts 9C\_617/2009 vom 15. Januar 2010 E. 4.2 mit Hinweisen).

#### **E. 4.3.3**

Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Dieser Grad übersteigt einerseits die Annahme einer blossen Möglichkeit bzw. einer Hypothese und liegt andererseits unter demjenigen der strikten Annahme der zu beweisenden Tatsache. Die Wahrscheinlichkeit ist insoweit überwiegend, als der begründeten Überzeugung keine konkreten Einwände entgegenstehen (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich 2009, Art. 43 Rz. 30; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Bern 2003, § 68, Rz. 43 ff.).

#### **E. 4.4**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

#### **E. 4.4.1**

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des

Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes revidierbar (BGE 134 V 131 E. 3 mit Hinweisen). Dagegen ist die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes, namentlich auch des Gesundheitsschadens, unerheblich (BGE 112 V 371 E. 2b mit Hinweisen; Sozialversicherung Rechtsprechung [SVR] 2006 IV Nr. 45 E. 2; 2004 IV Nr. 5 E. 3.3, 3.4; 1996 IV Nr. 70 E. 3a; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, a.a.O., Art. 17 Rz. 16 f.). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil der versicherten Person (BGE 135 V 201 E. 6.1.1 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 115 V 308 E. 4a/dd).

#### **E. 4.4.2**

Ob eine unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten erhebliche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Das Bundesgericht hat im Urteil 9C\_46/2009 inzwischen darauf hingewiesen, dass eine Verfügung verzichtbar ist, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74ter Bst. f IVV) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen, wo ein neuer Einkommensvergleich nur durchgeführt werden muss, wenn dieser mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheint. Diese Umschreibung zeigt, dass offensichtlich unveränderte Elemente und Voraussetzungen der Invalidität nicht bei jeder Überprüfung der Dauerleistung erneut abgeklärt und im betreffenden Verwaltungsakt explizit abgehandelt worden sein müssen, damit dieser als zeitlicher Ausgangspunkt für die vergleichende Prüfung herangezogen werden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C\_771/2009 vom 10. September 2010 E. 2.2 mit Hinweisen).

#### **E. 4.4.3**

Bei einer in Aussicht genommenen Einstellung bzw. Herabsetzung einer bisher ausgerichteten Leistung trägt diejenige Partei die Beweislast, welche daraus Rechte ableiten will. Dies ist in der Regel der Versicherungsträger (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, a.a.O., Art. 43 Rz. 40 mit Hinweis auf Kranken- und Unfallversicherung: Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 U 206 S. 329, 1992 U 142 S. 76; vgl. auch BGE 121 V 208 E. 6a). Ergibt die Beweiswürdigung, dass eine rentenaufhebende Tatsachenänderung nicht (mit überwiegender Wahrscheinlichkeit) bewiesen ist, trägt daher der Versicherungsträger die Folgen der Beweislosigkeit (Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010, § 25, Rz. 1538).

#### **E. 5**

Streitig und zu prüfen ist die revisionsweise Aufhebung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers.

#### **E. 5.1**

Zunächst ist zu klären, von welchem zeitlichen Referenzpunkt für die Prüfung der von der Vorinstanz behaupteten Änderung des Invaliditätsgrades auszugehen ist. Die ursprüngliche (erstmalige) Gewährung der ganzen Invalidenrente erfolgte mit rechtskräftiger Verfügung der IV-Stelle Thurgau vom 30. April 1999 (IV-act. 45) gestützt auf ein versicherungsexternes neuropsychologisches Gutachten und nach eingehenden erwerblichen Abklärungen sowie der Durchführung eines Einkommensvergleichs (siehe IV-act. 32 ff.). Es fand somit eine umfassende materielle Anspruchsprüfung statt. In den Jahren 2003 und 2006 überprüfte die IV-Stelle Thurgau von Amtes wegen den bisherigen Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers (100%) und bestätigte diesen mit formloser Mitteilung vom 8. Oktober 2003 (IV-act. 57) und 19. Januar 2007 (IV-act. 67). Den Akten ist nicht zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer diese Mitteilungen beanstandet hätte. Vor deren Erlass wurde aber jeweils nur ein Formular- bzw. Verlaufsbericht beim behandelnden Psychiater bzw. Neurologen eingeholt (IV-act. 54, 65). Die entsprechenden ärztlichen Beurteilungen fielen kurz aus (insbesondere IV-act. 65) und der Beschwerdeführer wurde nicht umfassend untersucht. Weitere, eingehende Abklärungen fanden nicht statt. Unter diesen Umständen erscheint es vorliegend gerechtfertigt, hinsichtlich des Referenzzeitpunkts - in Übereinstimmung mit der Vorinstanz bzw. IV-Stelle Thurgau (IV-act. 87/3) und dem der angefochtenen Verfügung zu Grunde liegenden ABI-Gutachten (IV-act. 131/27) - auf die ursprüngliche Verfügung vom 30. April 1999 abzustellen.

## **E. 5.2**

Im Folgenden ist somit zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitraum vom 30. April 1999 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 13. November 2009 in rentenrelevanter Weise verbessert hat.

### **E. 5.2.1**

Die ursprüngliche Zusprache der ganzen Rente am 30. April 1999 beruhte auf dem neuropsychologischen Gutachten des Kantonsspitals Z. \_\_\_\_\_ vom 31. Juli 1998 (IV-act. 35). Laut Beurteilung der Gutachterin lic. phil. G. \_\_\_\_\_, Psychologin FSP/Neuropsychologin, zeigten sich beim Beschwerdeführer aus neuropsychologischer Sicht mittelschwere bis schwere Funktionsstörungen, wobei insbesondere eine schwere Verlangsamung im Vordergrund stand, welche bereits in einfachsten Reizreaktionszeiten zum Ausdruck kam. Die Gutachterin stellte beim Beschwerdeführer auch eine deutliche Verminderung bzw. Störung im Antrieb, in der Denkflexibilität und im logischen Denken sowie in der sprachlichen Leistungsfähigkeit und visuellen Wahrnehmung fest. Im emotionalen und Persönlichkeitsbereich wirkte der Beschwerdeführer gemäss Gutachten im Ausdrucksverhalten und in der Belastbarkeit stark reduziert. Die Gutachterin bezifferte die theoretische Arbeitsfähigkeit aufgrund der festgestellten Störungen auf ca. 30% und die verwertbare Arbeitsfähigkeit bei günstigen Bedingungen auf maximal 40%. Sie ging davon aus, dass der Beschwerdeführer nur im geschützten Rahmen eingesetzt werden könne, da er insbesondere in einfachen praktischen Tätigkeiten und in der Handlungsausführung sehr schwer verlangsamt sei. Aus neuropsychologischer Sicht sah die Gutachterin keine Möglichkeiten zur Verbesserung und eine Umschulung war gemäss ihrer Beurteilung nicht indiziert (IV-act. 35/3 f.). Die IV-Stelle Thurgau errechnete in der Folge für den Beschwerdeführer einen Invaliditätsgrad von 99% (IV-act. 45).

### **E. 5.2.2**

Nach der Rentengewährung im April 1999 erhielt der Beschwerdeführer bis zur angefochtenen Verfügung während über 10 Jahren eine ganze Invalidenrente. Zwar wurde der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers - wie erwähnt - in den Jahren 2003 und 2006 von Amtes wegen überprüft. Die zuständige IV-Stelle holte zu diesem Zweck bei den behandelnden Ärzten in der Schweiz einen medizinischen Bericht ein. Die beiden Spezialärzte erkannten aber keine Verbesserung des Gesundheitszustandes, sondern stellten dem Beschwerdeführer im Gegenteil eine schlechte Prognose. Sein Anspruch auf die ganze Invalidenrente wurde folglich von der IV-Stelle Thurgau bestätigt. Im Einzelnen äusserten sich die genannten Arztberichte zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wie folgt:

#### **E. 5.2.2.1**

Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH in Z.\_\_\_\_\_, stellte in seinem Bericht vom 31. Januar 2003 (IV-act. 54) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: eine schizotype Störung (F21, ICD-10) und als Differenzialdiagnose (DD) eine paranoide Schizophrenie (F20.0, ICD-10). Er attestierte dem Beschwerdeführer eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 100% ab dem 1. Januar 2000 und bezeichnete dessen Gesundheitszustand als sich verschlechternd (IV-act. 54/1 f.). Dr. D.\_\_\_\_\_ gab an, dass der Beschwerdeführer seit dem 23. Dezember 1995 bei ihm in Behandlung stehe. Der Beschwerdeführer habe seit Jahren das Neuroleptikum Leponex in hoher Dosis (200 mg) zu sich genommen, konsumiere die Medikamente inzwischen aber nach eigenem Gutdünken. Der Beschwerdeführer trinke wieder vermehrt und sei seit 2002 eindeutig paranoid. Er äussere Wahnideen. Die familiäre Situation sei belastend. Dr. D.\_\_\_\_\_ stellte dem Beschwerdeführer eine schlechte Prognose aus und beurteilte ihn als nicht eingliederungsfähig (IV-act. 54/2 ff.). Andere Tätigkeiten seien nicht mehr zumutbar, weil der Beschwerdeführer "psychotisch, geistig abgebaut" sei (IV-act. 54/4).

#### **E. 5.2.2.2**

Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Spezialarzt für Neurologie FMH in S.\_\_\_\_\_, führte in seinem Bericht vom 12. Januar 2007 (IV-act. 65) unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus: "deutliche Zeichen einer organischen Frontalhirnschädigung mit eropktivem emotionsgeladenem Verhalten, das nicht sehr berechenbar ist" (IV-act. 65/1). Die medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers bezifferte er mit 100% und dessen Gesundheitszustand bezeichnete er als stationär. Dr. E.\_\_\_\_\_ gab an, dass die Behandlung seit dem 29. November 2005 dauere. Der Beschwerdeführer klage über innere Unruhe, sei unter der Medikation von Seroquel (100 mg morgens und abends) und Dafalgan aber einigermaßen ausgeglichen und umgebungsfreundlich. Dr. E.\_\_\_\_\_ verneinte eine berufliche Belastbarkeit (IV-act. 65/2). Dem Beschwerdeführer seien keine anderen Tätigkeiten zumutbar, aus emotionalen Gründen sei nicht mehr damit zu rechnen. Aufgrund der charakterlichen Instabilität sei seine Team- und Eingliederungsfähigkeit in die Arbeitswelt nicht mehr vorhanden. Eine Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit sei nicht zu sehen (IV-act. 65/3 f.).

#### **E. 5.2.3**

In den Akten finden sich sodann zahlreiche serbische Dokumente, die sich zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im hier massgebenden Zeitraum (1999-2009) äussern.

#### **E. 5.2.3.1**

Allerdings wird einzig im von der Ex-Frau des Beschwerdeführers eingereichten, übersetzten Dokument vom 17. November 2006 (IV-act. 77) eine gesundheitliche Beeinträchtigung des Beschwerdeführers verneint und sinngemäss das Vorhandensein seiner Arbeitsfähigkeit und Prozessfähigkeit ("Fähigkeit für ein Streitverfahren") attestiert (IV-act. 77/4). Das übersetzte Dokument ist betitelt als "neuropsychiatrischer Befund und Meinung". Es wurde von Dr. H.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neuropsychiatrie, zu Händen des Gemeindegerichts W.\_\_\_\_ (Serbien) erstellt und stützt sich auch auf eine neuropsychiatrische Untersuchung des Beschwerdeführers im Gesundheitszentrum V.\_\_\_\_ (Serbien) vom 11. Juli und 31. Oktober 2006 (IV-act. 77/1). Gemäss dem erwähnten Dokument erfolgte der neurologische Befund "ohne Herdausfälle und Lateralisation" und konnten bei der psychiatrischen Exploration "keine Zeichen akuter und chronischer Geisteserkrankungen, vorübergehender Geistesstörungen und geistlicher Zurückgebliebenheit" festgestellt werden.

### **E. 5.2.3.2**

Aus den übrigen sich bei den Vorakten befindenden bzw. seitens des Beschwerdeführers eingereichten medizinischen Unterlagen aus Serbien ergeben sich beim Beschwerdeführer indessen im Wesentlichen die folgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. Diagnosen: - Laut dem übersetzten, undatierten "Entlassungsschein mit Epikrisis" des medizinischen Zentrums U.\_\_\_\_ (Serbien) war der Beschwerdeführer vom 16. bis 21. Oktober 2008 in stationärer Behandlung. Als Enddiagnose wurden eine Spondylose und eine Uncarthrose der Halswirbelsäule (M47.8, ICD-10), eine Discarthrose (C5-C6, C6-C7.M50.3, ICD-10) sowie ein Zervikobrachial-Syndrom (M53.1, ICD-10) festgehalten (IV-act. 100/2 ff.; act. 2/10 f., 24/36). - Gemäss dem psychologischen Befund und der Beurteilung des Gesundheitszentrums V.\_\_\_\_ vom 21. November 2008, signiert von einem Facharzt für medizinische Psychologie und ebenfalls in deutscher Übersetzung vorliegend, ist im Zusammenhang mit dem beim Beschwerdeführer festgestellten IQ von 88 ("Niveau niedrigen Durchschnitts") von einem "depressiven Typ" sowie "teilweise diskreten organischer Indikatoren" die Rede. Klare fokale und typische Indikatoren von "Psychoorganizität" werden aber verneint (act. 12/1, 24/10). - Im übersetzten Facharztbericht von Dr. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie des Gesundheitszentrums V.\_\_\_\_, wurde am 25. November 2008 festgehalten, dass der Beschwerdeführer seit seiner Rückkehr (nach Serbien) im Juli 2008 psychiatrisch und neurologisch behandelt werde. Die Behandlung erfolge aufgrund der Diagnosen F33.2 (gemäss ICD-10: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome) und F01 (gemäss ICD-10: vaskuläre Demenz) sowie persistenter Angst vor Menschen und geschlossenen Räumen. Der Beschwerdeführer stehe unter ständiger Psychopharmakotherapie (act. 2/8, 12/11, 24/43). Im Facharztbericht vom 4. Februar 2009 erneuerte Dr. I.\_\_\_\_ diese Angaben und fügte hinzu, dass der Beschwerdeführer bei Verschlimmerung unter "Hypertensie" (gemeint wohl: Hypertension oder Hypertonie) begleitet von Anxiosität bis zur Panik sowie unter "willens-antriebs-Dynamismen" (Hypobulie, Insomnie, sozialer Rückzug) leide (IV-act. 104/2, 132/1; act. 2/5). - Nach der deutschen Übersetzung des Facharztberichts von Dr. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie des Gesundheitszentrums V.\_\_\_\_, vom 25. November 2008 sind beim Beschwerdeführer in neurologischer Hinsicht Zeichen eines chronischen psychoorganischen Syndroms sowie eine rechtsseitige Cervicobrachialgie vorhanden und daneben auch depressive Elemente gegeben (act. 24/44). In ihrem Bericht vom 4. Februar 2009 hielt Dr. J.\_\_\_\_ Folgendes fest: eingeschränkte Beweglichkeit im rechten

Schultergelenk und Schmerzsyndrom als Folge der Radikulopathie und degenerativen Veränderungen des zervikalen Teils der Wirbelsäule (IV-act. 104/3; act. 2/6, 24/55). - Laut "Entlassungsschein mit Epikrisis" des Gefängniskrankenhauses T.\_\_\_\_\_, welcher ebenfalls in deutscher Übersetzung vorliegt, war der Beschwerdeführer ab dem 7. Mai 2009 in stationärer Behandlung und besteht folgende Enddiagnose: "Cervicobrachialgia bil pp I. Dex, Radiculopathia L3-4, L5-S1 I. Dex chr, Stat. post contusionem cerebri aa XXII". Ausserdem ist im Bericht von Merkmstörungen die Rede, welche das unmittelbare Gedächtnisvermögen beeinträchtigten, sowie eine Hypertensio erwähnt. Schliesslich wird eine medikamentöse Therapie (mit Norvasc, Enalapril, Bensedin) genannt (IV-act. 124; act. 2/3 f., 24/27). - Die von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers eingereichten medizinischen Berichte aus Serbien (act. 43/1-3) wurden nach Erlass der angefochtenen Verfügung ausgestellt. Sie lassen aber Rückschlüsse auf den im relevanten Zeitraum gegebenen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zu (BGE 121 V 362 E. 1b), da sie die bereits in anderen medizinischen Dokumenten gestellten Diagnosen im Wesentlichen bestätigen: Der Spitalbericht (act. 43/3) bezieht sich auf einen stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers in der psychiatrischen Abteilung vom 12. bis 25. Mai 2010 und erwähnt eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2, ICD-10) und eine Hypertensio arterialis. Im Bericht des Neuropsychiaters Dr. K.\_\_\_\_\_ vom 20. Mai 2011 (act. 43/1) wurden die folgenden Diagnosen gestellt: eine organische Halluzinose (F06.0, ICD-10), Läsionen der Zervikalwurzeln (G54.2, ICD-10) und Lumbosakralwurzeln (G54.4, ICD-10), eine Myofibrositis cervicalis und eine depressive Episode (F32.0, ICD-10). Ausserdem ist in letzterem Bericht auch von einer medikamentösen Therapie die Rede (Zolof, Xanax, AD Perle, Movalis, Zodol).

#### **E. 5.2.4**

Infolge der von der Ex-Frau des Beschwerdeführers gemachten Missbrauchsmeldung und angesichts der widersprüchlichen Diagnosen leitete die IV-Stelle Thurgau im Mai 2008 ein Revisionsverfahren ein (IV-act. 78). Sie forderte zunächst beim behandelnden Neurologen Dr. E.\_\_\_\_\_ einen Bericht an (IV-act. 79, 82/1), gab anschliessend ein interdisziplinäres Gutachten in Auftrag (IV-act. 88/4 f., 87) und holte die Stellungnahme der RAD-Ärztin ein (IV-act. 138/6 f.).

##### **E. 5.2.4.1**

In seinem Bericht vom 2. bzw. 3. Juni 2008 (IV-act. 84/1-4) diagnostizierte Dr. E.\_\_\_\_\_ "St.n. Schädel-Hirntrauma durch rückwärtigen Sturz" sowie eine "Psychoorganische Wesensveränderung". Den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bezeichnete er weiterhin als stationär. Dr. E.\_\_\_\_\_ gab an, dass der Beschwerdeführer nach wie vor über Schmerzen, Nervosität, innere Unruhe, leichte Erregbarkeit sowie diffuse Schmerzen am Kopf, Rumpf und Arm klage. Bei Bedarf nehme er Mephadolor und regelmässig Seroquel (100 mg morgens, 300 mg abends) ein. Dr. E.\_\_\_\_\_ hält eine Besserung für wenig wahrscheinlich und einen Eingliederungsversuch des Beschwerdeführers als realitätsfremd. Eine Wiedereingliederung sei sowohl aus sprachlichen wie auch temperamentmässigen Gründen bei hirnorganischer Wesensveränderung eine Illusion. In Beantwortung der Zusatzfragen der IV-Stelle Thurgau (IV-act. 84/7-12) machte Dr. E.\_\_\_\_\_ am 2. Juni 2008 sodann ausführliche Angaben zum Krankheitsverlauf, ausgehend vom Arbeitsunfall, den der Beschwerdeführer am 19. Dezember 1986 erlitten hatte und bei welchem sich dieser laut Diagnose der Unfallarztes eine Commotio cerebri zugezogen hatte (IV-act. 11/4). Dr. E.\_\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass die Genese der hirnorganischen

Wesensveränderung offenbleiben müsse, weil der Beschwerdeführer die eingehenden somatischen Untersuchungen für einen entsprechenden Nachweis verweigere. Möglicherweise bestehe aber ein Zusammenhang mit dem Unfall. Das klinische Bild seit mindestens dem Jahre 2004 spreche für eine fronto-basale Hirnschädigung, welche für die aggressive aufbrausende Art des Beschwerdeführers verantwortlich gemacht werden könne. Vorher sei eher eine depressive hypochondrische Symptomatik im Vordergrund gestanden. Der Beschwerdeführer lehne eine psychiatrische Behandlung ab. Die Behandlung mit Seroquel führe aber zu einem psychischen Gleichgewicht (vgl. auch IV-act. 84/5). Autofahrten des Beschwerdeführers nach Serbien seien theoretisch zwar möglich, jedoch nicht ohne Risiko. Beim Beschwerdeführer stehe die Wesensveränderung und nicht ein Zervikalsyndrom im Vordergrund. Schliesslich nahm Dr. E. \_\_\_\_\_ zu dem von der Ex-Ehefrau des Beschwerdeführers eingereichten Gutachten Stellung, welches in Serbien erstellt wurde. Gemäss seinen Ausführungen zeigt sich darin die oben erwähnte Unvollständigkeit in der anamnestischen Zuordnung.

#### **E. 5.2.4.2**

Das beim ABI eingeholte interdisziplinäre Gutachten (IV-act. 131) datiert vom 25. August 2009 und basiert auf einer internistischen/allgemeinmedizinischen, psychiatrischen, neurologischen und neuropsychologischen Untersuchung. Es wurden darin die nachstehenden Diagnosen gestellt (IV-act. 131/24): Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: Leichtes, chronisches zervikozephal und -brachiales Schmerzsyndrom rechts (ICD-10 M53.8) Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - unspezifisches, multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9) - unspezifische Beschwerden mit geringfügigem, organischem Kern - unspezifische Kreuzschmerzen (ICD-10 M54.5) - Verdacht auf bilaterale Meralgia paraesthetica (ICD-10 G57.1) 2. Status nach Commotio cerebri / milder traumatischer Hirnschädigung am 19.12.1986 (ICD-10 S06.0) - keinerlei nachweisbare neuropsychologische Einschränkungen (aktuelle Untersuchung) - deutliches aggraviorisches Verhalten in der neurologischen Untersuchung nachweisbar 3. Arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt (ICD-10 I10) 4. Fortgesetzter Nikotinkonsum (ca. 20 packyears) (ICD-10 F17.1) Das Gutachten kommt zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer aus somatisch-neurologischer Sicht für jegliche leichten bis mittelschweren Tätigkeiten eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 100% besteht. Lediglich anhaltend körperlich schwer belastende Tätigkeiten scheinen laut Gutachten für den Beschwerdeführer ungeeignet zu sein. Aus psychiatrischer Sicht wird keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt und dem Beschwerdeführer die Willensanstrengung zugemutet, leichten bis mittelschweren Tätigkeiten nachzugehen. Im Gutachten wird ausgeführt, dass die Arbeitsfähigkeit mit Sicherheit ab dem Juni 2009 vorgelegen habe, wobei anzunehmen sei, dass schon seit vielen Jahren die gleiche Arbeitsfähigkeit bestehe. Gemäss Gutachten sind keine medizinischen Massnahmen und aufgrund der Selbstlimitierung und der bestehenden Berentung auch keine beruflichen Massnahmen vorzuschlagen (IV-act. 131/24 ff.).

#### **E. 5.2.4.3**

Die Stellungnahmen der zuständigen RAD-Ärztin Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (Deutschland), erfolgten jeweils in Form von Protokolleinträgen und nicht als separate Berichte, was deren Berücksichtigung - wie erwähnt (E. 4.3.2) - nicht gänzlich ausschliesst. In ihrem Eintrag vom 7. September 2009

(IV-act. 138/6 f.) nahm die RAD-Ärztin zum ABI-Gutachten Stellung, welches sie als umfassend, in sich konsistent und widerspruchsfrei bezeichnete. Anamnese und Befunde seien ausführlich erhoben und wiedergegeben, die hieraus abgeleiteten Diagnosen und Arbeitsfähigkeit bzw. -unfähigkeit seien nachvollziehbar. Laut RAD-Ärztin kann daher auf das Gutachten vollumfänglich abgestellt werden. Sie geht entsprechend davon aus, dass beim Beschwerdeführer als psychischer Gesundheitsschaden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und somatischerseits degenerative HWS-Veränderungen vorliegen. Die RAD-Ärztin nimmt eine 100%ige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab dem Datum des Gutachtens (25. August 2009) an, da unklar sei, ab wann der jetzige Zustand bestehe.

### **E. 5.2.5**

Die IV-Stelle Thurgau stützte sich im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung auf das polydisziplinäre ABI-Gutachten sowie die Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 7. September 2009. Entsprechend geht sie von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers spätestens seit dem 25. August 2009 aus. Zur revisionsrechtlich entscheidenden Frage, inwiefern sich die tatsächlichen Verhältnisse - insbesondere der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers - seit der rentenzusprechenden Verfügung im Jahre 1999 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung im November 2009 erheblich verändert hat, werden in der angefochtenen Verfügung aber keine Ausführungen gemacht. Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt Folgendes:

#### **E. 5.2.5.1**

Das ABI-Gutachten erscheint vordergründig vollständig und die geklagten Beschwerden sowie Vorakten scheinen berücksichtigt. Bei genauerer Betrachtung werden jedoch die Vorakten und abweichenden ärztlichen Feststellungen nur ungenügend gewürdigt und gegenübergestellt. Die ABI-Gutachter begnügen sich häufig damit, die eigenen Erhebungen, welche im Bericht meist nur als Aufzählung erscheinen und nicht im Detail wiedergegeben werden (vgl. IV-act. 131/13 ff.), den abweichenden ärztlichen Befunderhebungen und Diagnosestellungen gegenüberzustellen und darauf hinzuweisen, dass die eigenen Feststellungen diese nicht bestätigen könnten, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne (siehe IV-act. 131/15, 21). Insofern fällt das ABI-Gutachten einseitig aus, weshalb dieses den bundesgerichtlichen Anforderungen an ein umfassendes Gutachten (vgl. BGE 134 V 109 E. 9.5 und 134 V 231 E. 5.1, je mit Hinweisen) nur teilweise genügt und ihm nur beschränkter Beweiswert zuzusprechen ist. Hinsichtlich einer allfälligen Veränderung der gesundheitlichen Situation äussert sich das ABI-Gutachten wie folgt: Es hält in psychiatrischer Hinsicht zwar fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers insbesondere seit den Berichten von Dr. D. \_\_\_\_\_ aus den Jahren 1996 und 2003 wesentlich verbessert habe. Dazu führt es aber lediglich aus, dass abgesehen von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden könne (IV-act. 131/15). Aus einer neuen oder anderen Diagnose kann jedoch noch nicht abgeleitet werden, der Gesundheitszustand habe sich verändert (Andreas Brunner/Noah Birkhäuser, Somatoforme Schmerzstörung - Gedanken zur Rechtsprechung und deren Folgen für die Praxis, insbesondere mit Blick auf die Rentenrevision, Basler juristische Mitteilungen [BJM] 2007, S. 196). Herleitung und Begründung der im Gutachten diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung sind zudem mangelhaft (vgl. IV-act. 131/ 2 ff.); insbesondere fehlt auch eine Prüfung der Gesamtsituation nach den "Foerster-Kriterien" (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.3). Wann eine Verbesserung des Gesundheitszustandes stattgefunden haben soll, wird im Gutachten

mangels klarer Feststellbarkeit offengelassen (IV-act. 131/15). Das ABI-Gutachten bezeichnet die bisherigen Diagnosen als teilweise falsch und ungenau (IV-act. 131/26 f.). Die Abweichungen von den früheren ärztlichen und neuropsychologischen Einschätzungen werden im Gutachten jedoch nicht ausführlich diskutiert, sondern die bisherigen Beurteilungen werden ohne detailliertes Aufzeigen der eigenen Befunderhebung angezweifelt: Laut Gutachten kann aus psychiatrischer Sicht bereits die (im Jahre 1996) zur Berentung führende Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsstörung sowie die in der Folge attestierte hohe Arbeitsunfähigkeit durch den damals behandelnden Psychiater Dr. D. \_\_\_\_\_ in keiner Weise nachvollzogen werden (IV-act. 131/27). Ebenfalls in keinsten Weise nachvollziehbar sei die Einschätzung der neuropsychologischen Untersuchung von 1998; sie müsse retrospektiv, insbesondere mit den Schlüssen hinsichtlich Arbeitsfähigkeit, als klar falsch eingestuft werden bei nicht validen Befunden und schon damals aggravatorischem Verhalten (IV-act. 131/25, 27). Ein solches Verhalten wurde zu jenem Zeitpunkt aber nicht festgestellt (vgl. IV-act. 35), sondern erstmals im ABI-Gutachten erwähnt. Die Interpretation des seit einigen Jahren behandelnden Neurologen Dr. E. \_\_\_\_\_, wonach zumindest seit 2004 eine fronto-basale Hirnschädigung vorliege, ist gemäss Gutachten ebenfalls nicht nachvollziehbar (IV-act. 131/21). Seine Diagnosen mit schwerer Hirnleistungsschwäche seien nicht verständlich und es stelle sich die Frage eines falschen Zeugnisses (IV-act. 131/26). Bezüglich der aktuell festgestellten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wird im Gutachten ausgeführt, es sei nach Durchsicht der vorliegenden Arztzeugnisse, insbesondere der nicht validen Untersuchung aus dem Jahre 1998 und den haltlosen Arztzeugnissen von Dr. E. \_\_\_\_\_, anzunehmen, dass diese seit vielen Jahren bestehe (act. 131/25). Mit der in der Zwischenzeit mehrfach diagnostizierten Radikulopathie (IV-act. 24/36, 24/55, 24/27) setzt sich das Gutachten aber nicht auseinander. Aus dem Gesagten ergibt sich, dass gestützt auf das ABI-Gutachten - dem, wie erwähnt, nur ein beschränkter Beweiswert zukommt - nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im Zeitraum 1999-2009 ausgegangen werden kann. Dem Gutachten sind auch keine Anhaltspunkte für eine tatsächliche Änderung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im genannten Vergleichszeitraum zu entnehmen. Vielmehr werden die der ursprünglichen vollen Berentung im Jahre 1999 bzw. deren Bestätigung (letztmals 2007) zu Grunde liegenden neuropsychologischen bzw. ärztlichen Einschätzungen hinsichtlich Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers - ohne eingehende Begründung - massiv in Zweifel gezogen, sodass die im ABI-Gutachten enthaltenen Diagnosen und Schlussfolgerungen lediglich auf eine unterschiedliche Beurteilung des Sachverhaltes schliessen lassen und nicht Ausdruck einer Änderung der tatsächlichen Verhältnisse sind.

#### **E. 5.2.5.2**

Aus den Protokolleinträgen der RAD-Ärztin, deren Beweiswert -wie gesagt - auch eingeschränkt ist, kann ebenso wenig mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf eine eindeutige Verbesserung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers im massgebenden Zeitraum geschlossen werden. Die RAD-Ärztin hielt in ihrem Eintrag vom 7. September 2009 (IV-act. 138/7) zwar vage fest, dass das von Dr. D. \_\_\_\_\_ im Jahre 2003 im Rahmen seiner Diagnosestellung beschriebene paranoide Zustandsbild unter Umständen als typische Folgeerscheinung mit dem damals genannten exzessiven Alkoholkonsum des Beschwerdeführers in Zusammenhang zu bringen sei. Inzwischen bestehe aber eine laborchemisch nachgewiesene Abstinenz und auch die Einnahme von

Neuroleptika sei offenbar ohne Probleme sistiert worden, weshalb betreffend die genannte Diagnose von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden könne. Das (für die volle Berentung ausschlaggebende) Ergebnis der neuropsychologischen Testung aus dem Jahre 1998 sowie die seitens des Neurologen (in den Jahren 2007/2008) attestierte organische Frontalhirnschädigung werden von der RAD-Ärztin entsprechend dem ABI-Gutachten aber als falsch eingestuft. Von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes hinsichtlich dieser Beurteilungen ist keine Rede. Laut RAD-Ärztin verbleiben daher nur die anhaltende somatoforme Schmerzstörung und die degenerativen HWS-Veränderungen. Weitere Störungen seien entweder nicht mehr nachweisbar, der Gesundheitszustand diesbezüglich verbessert, oder nie existent gewesen, da vorgängig medizinisch falsch beurteilt worden. Diese Aussage der RAD-Ärztin zeigt deutlich, dass eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers ihrer Ansicht nach bloss eine Möglichkeit (und keine überwiegende Wahrscheinlichkeit) darstellt. Sie hielt denn auch bereits in ihrem Eintrag vom 26. Juni 2008 (IV-act. 138/4) fest, dass der vorliegende Fall diagnostisch unklar sei; die Diagnosen würden variieren und seien teils fragwürdig. Einträge, die auf eine erhebliche Veränderung der Arbeitsfähigkeit oder erwerblichen Situation des Beschwerdeführers hindeuten würden, finden sich keine.

#### **E. 5.2.5.3**

Auch aus den übrigen aktenkundigen medizinischen Unterlagen lässt sich nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers oder anderer revisionsbegründender Tatsachen ableiten. In den Jahren 1999-2009 wurden dem Beschwerdeführer zahlreiche Diagnosen gestellt, wobei der Beweiswert der verfügbaren Dokumente unterschiedlich ist. Insbesondere die serbischen Unterlagen (E. 5.2.3.2) erfüllen die beweisrechtlichen Anforderungen an einen Arztbericht (vgl. E. 4.3.2) nicht ohne Weiteres, da sie sehr knapp gehalten sind. Die darin attestierten Diagnosen lassen aber jedenfalls nicht darauf schliessen, dass beim Beschwerdeführer in gesundheitlicher Hinsicht eine eindeutige Besserung des Zustandes eingetreten wäre. Vielmehr liefern sie Hinweise dafür, dass der Beschwerdeführer nach wie vor erhebliche gesundheitliche Probleme hat und deswegen auch in Serbien in (zeitweise stationärer) psychiatrischer und neurologischer Behandlung steht. Ausführliche Berichte der behandelnden serbischen Spezialärzte bzw. -ärztinnen mit Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sind zwar keine vorhanden. Entgegen der Ansicht der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers waren solche Berichte von der Vorinstanz aber nicht zwingend einzuholen, nachdem sich diese für den Beizug eines polydisziplinären Gutachtens entschieden hatte. Das von der Ex-Frau des Beschwerdeführers eingereichte serbische Dokument vom 17. November 2006, welches in neuropsychiatrischer Hinsicht keinen Befund feststellt und als Einziges von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgeht (E. 5.2.3.1), enthält keine genügende und überzeugende Darlegung der (arbeits-)medizinischen Situation, sodass selbst die IV-Stelle Thurgau nicht darauf abstellen wollte, sondern das ABI-Gutachten in Auftrag gab (IV-act. 138/4). Ebenso wenig erkannten die den Beschwerdeführer in der Schweiz behandelnden Spezialärzte in den Jahren nach der Rentenzusprache (letztmals im Jahre 2008) eine Verbesserung des Gesundheitszustandes oder der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (vgl. E. 5.2.2, 5.2.4.1). Wenngleich die Berichte der behandelnde Ärzte aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten grundsätzlich mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc) und deren Diagnosen im vorliegenden Fall seitens der ABI-Gutachter und der RAD-Ärztin als nicht nachvollziehbar bzw. falsch bezeichnet

wurden, dienten sie der IV-Stelle Thurgau in den Jahren 2003 und 2007 immerhin als Grundlage für die rechtskräftige Bestätigung des vollen Rentenanspruchs des Beschwerdeführers.

### **E. 5.3**

Aus dem Dargelegten folgt, dass vorliegend eine anspruchrelevante Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im massgeblichen Zeitraum (1999-2009) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist. Auch eine tatsächliche Erhöhung seiner Arbeitsfähigkeit ist nicht ausgewiesen. Vielmehr ist den Akten eine unterschiedliche Beurteilung des Sachverhaltes zu entnehmen, welche aber keinen Anlass zur Rentenrevision gibt. In den Akten finden sich zudem keine Anhaltspunkte, die auf eine erhebliche Änderung der erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes im erwähnten Zeitraum schliessen lassen. Eine berufliche Wiedereingliederung des Beschwerdeführers fand in keiner Weise statt. Damit bleibt das Vorliegen einer wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG unbewiesen. Die Vorinstanz hat die Folgen dieser Beweislosigkeit zu tragen (vgl. vorne E. 4.4.3). Die revisionsweise Aufhebung der ganzen Invalidenrente des Beschwerdeführers ist demnach zu Unrecht erfolgt.

### **E. 5.4**

Es ist darauf hinzuweisen, dass auch die neue Rechtspraxis zur somatoformen Schmerzstörung die Anpassung der laufenden Rente nicht rechtfertigen könnte: Selbst wenn die ursprüngliche volle Rentenzusprache im Jahre 1999 aufgrund dieser Diagnose gewährt worden wäre, würde die mit BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung, wonach eine somatoforme Schmerzstörung allein keine Invalidität zu bewirken vermag, keinen Grund für die Aufhebung der laufenden Rente unter dem Titel der Anpassung an geänderte Rechtsgrundlagen bilden (BGE 135 V 201 E. 7).

### **E. 6**

Zu prüfen bleibt, ob die mit Verfügung vom 30. April 1999 gewährte ganze Invalidenrente unter dem Rechtstitel der Wiedererwägung aufzuheben gewesen wäre.

#### **E. 6.1**

Gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG kann die IV-Stelle auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit erst vom Gericht festgestellt, so kann es den auf Art. 17 ATSG gestützten Revisionsentscheid der Verwaltung mit dieser substituierten Begründung schützen (BGE 125 V 368 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2).

#### **E. 6.2**

Die Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung - unter Einschluss unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhaltes (Urteil des Bundesgerichts 9C\_215/2007 vom 2. Juli 2007 E. 3.1; vgl. auch BGE 117 V 8 E. 2c; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 545/02 vom 17. August 2005 E. 1.2). Ein Verwaltungsakt ist

zweifelloos unrichtig, wenn kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit möglich ist. Es ist nur ein einziger Schluss - derjenige der Unrichtigkeit der Verfügung - möglich. Bei Renten der Invalidenversicherung im Besonderen ist zu beachten, dass die Invaliditätsbemessung mit Einschätzung von Gesundheitszustand und Arbeitsunfähigkeit verschiedene Ermessenszüge aufweisende Elemente und Schritte umfasst und regelmässig komplex ist. Es bedarf für die Annahme einer zweifellosen Unrichtigkeit einer qualifiziert rechtsfehlerhaften Ermessensbetätigung. Scheint die Einschätzung vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Rentenzusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (Ulrich Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2010, 390; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_215/2007 vom 2. Juli 2007 E. 3.2 mit Hinweisen).

### **E. 6.3**

Die ursprüngliche, rentenzusprechende Verfügung vom 30. April 1999 kann nicht als zweifelloos unrichtig im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG gelten. Dieser Verwaltungsakt stützte sich auf ein neuropsychologisches Gutachten sowie weitere, eingehende Abklärungen. Zudem wurde die Verfügung anlässlich von Revisionen in den Jahren 2003 und 2007 bestätigt, welche ihrerseits auf einem psychiatrischen bzw. neurologischen Arztbericht beruhten. Die Invaliditätsbemessung mit Einschätzung von Gesundheitszustand und Arbeitsunfähigkeit weist Ermessenszüge auf und ist vorliegend komplex (vgl. E. 6.2). Das im Revisionsverfahren eingeholte ABI-Gutachten, dem ohnehin nur beschränkter Beweiswert zukommt, kann im Übrigen nicht herangezogen werden, um die ursprüngliche Verfügung aus dem Jahre 1999 als unvertretbar erscheinen zu lassen. Denn die zweifelloos Unrichtigkeit einer Rentenverfügung ist nicht anhand einer im Revisionsverfahren eingeholten Expertise, sondern aufgrund der damaligen Aktenlage zu beurteilen. Die angefochtene Verfügung kann demzufolge auch nicht mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung geschützt werden.

### **E. 7**

Damit steht fest, dass die angefochtene Verfügung vom 13. November 2009 nicht rechtmässig und daher in Gutheissung der Beschwerde vom 8. Januar 2010 aufzuheben ist. Dem Beschwerdeführer ist folglich über den 1. Januar 2010 hinaus eine ganze Invalidenrente auszurichten.

### **E. 8**

Schliesslich ist über die Verfahrenskosten sowie eine allfällige Parteientschädigung zu befinden.

#### **E. 8.1**

Angesichts des Obsiegens des Beschwerdeführers sind keine Verfahrenskosten zu erheben (vgl. Art. 63 Abs. 1 und 2 VwVG). Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.- ist ihm nach Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten.

#### **E. 8.2**

Dem durch die amtlich beigeordnete Rechtsanwältin vertretenen Beschwerdeführer (vgl. lit. K) steht eine von der Vorinstanz zu entrichtende Parteientschädigung zu (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 Abs. 1 und Art. 12 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173. 320).

2]), die mangels einer Kostennote auf Grund der Akten zu bestimmen ist (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). Das dem Beschwerdeführer zu entschädigende Honorar bestimmt sich nach dem notwendigen Zeitaufwand seiner anwaltlichen Vertreterin (vgl. Art. 10 Abs. 1 und 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands erachtet das Bundesverwaltungsgericht eine Parteientschädigung von Fr. 1'200.- für angemessen (inklusive Auslagen; Mehrwertsteuer ist nicht geschuldet, vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a des Bundesgesetzes vom 12. Juni 2009 über die Mehrwertsteuer [MWSTG, SR 641.20] i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE). Vermögenswerte Interessen sind nicht zu berücksichtigen (Art. 10 Abs. 3 VGKE i.V.m. Art. 61 Bst. g ATSG in analogiam).

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