

BVGer C-1348/2012 vom 17. September 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-09-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1348_2012

FR: TAF C-1348/2012 du 17 septembre 2015

IT: TAF C-1348/2012 del 17 settembre 2015

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1.1

Zu beurteilen ist die Beschwerde vom 8. März 2012 gegen die Verfügung vom 3. Februar 2012, mit der die Vorinstanz die halbe Invalidenrente des Beschwerdeführers eingestellt hat, da ein ordentliches Rentenverfahren ergab, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gebessert habe. Die Vorinstanz stützte ihre Verfügung auf Art. 17 ATSG und nicht auf Bst. a Abs. 1 Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (erstes Massnahmenpaket der 6. IV-Revision). Vorliegend ist somit einzig zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht eine Verbesserung des Gesundheitszustandes angenommen und gestützt darauf die Aufhebung der halben Invalidenrente verfügt hat.

E. 1.2

Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG (SR 172.021), sofern keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die IVSTA, die mit Verfügungen über Rentengesuche befindet (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.3

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 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. 1.4

Nach Art. 59 ATSG ist zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren als Partei teilgenommen. Als Verfügungsadressat ist er durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse. Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

E. 1.5

Der Beschwerdeführer hat frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG; vgl. auch Art. 50 und Art. 52 VwVG) Beschwerde erhoben. Auf das ergriffene Rechtsmittel ist einzutreten.

E. 1.6

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung und des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

E. 2

Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer hat die kosovarische Staatsangehörigkeit und lebt in der Republik Kosovo. Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben die Bestimmungen des Abkommens vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1; im Folgenden: Sozialversicherungsabkommen) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 198 E. 2b, BGE 122 V 381 E. 1 mit Hinweis). Zwischenzeitlich hat die Schweiz mit einzelnen Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Kroatien, Slowenien, Mazedonien), nicht aber mit Kosovo, neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Mit Wirkung ab dem 1. April 2010 hat der Bundesrat beschlossen (vgl. AS 2010 1203), dieses Sozialversicherungsabkommen sowie das diesbezügliche Zusatzabkommen vom 9. Juli 1982 (AS 1983 1606) und die Verwaltungsvereinbarung vom 5. Juli 1963 (SR 0.831.109.818.12) im Verhältnis zur Republik Kosovo nicht mehr weiter zu führen. Diese Vertragsbeendigung wurde vom Bundesgericht geschützt, so dass die genannten völkerrechtlichen Vereinbarungen seit dem 1. April 2010 auf kosovarische Staatsangehörige nicht mehr anwendbar sind (Urteil des BGer 139 V 263 vom 19. Juni 2013 E. 3 bis 8) und ein Export der Rentenleistungen daher grundsätzlich nicht mehr möglich ist. Vorbehalten bleibt unter bestimmten Voraussetzungen die weitere Anwendung auf serbisch-kosovarische Doppelbürger (vgl. im Einzelnen das genannte Urteil E. 9 ff. und 12.2). Für den Bereich der Invalidenversicherung (IV) hat der Bundesrat im Rahmen eines Notenaustauschs mit dem Kosovo festgehalten, dass Leistungsanträge, über die bis spätestens am 31. März 2010 entschieden werde, noch nach den Regelungen des Sozialversicherungsabkommens beurteilt würden. Spätere Entscheide dagegen würden nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht beurteilt (vgl. die diplomatische Note vom 18. Dezember 2009). Entscheidend ist im Bereich der IV mithin der Verfügungszeitpunkt (vgl. das IV-Rundschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] Nr. 290 vom 29. Januar 2010). Gemäss dem Grundsatz, wonach in zeitlicher Hinsicht regelmässig diejenigen Rechtsätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. E. 2.2 hiernach), bildet für die Frage, ob das für Angehörige der heutigen Republik Kosovo per Ende März 2010 ausser Kraft gesetzte Abkommen weiterhin zur Anwendung gelangt, die Entstehung des IV-Rentenanspruchs und nicht der Zeitpunkt des Verfügungserlasses den massgebenden Anknüpfungspunkt (BGE 139 V 335). Dem Beschwerdeführer wurde mit dem die Verfügung vom 29. März 2004

bestätigenden Einspracheentscheid vom 12. Mai 2004 ab 1. September 1993 eine halbe Invalidenrente gewährt, womit beim vorliegenden Revisionsverfahren weiterhin das Sozialversicherungsabkommen anwendbar ist. Nach Art. 2 dieses Sozialversicherungsabkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Betreffend die Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sind keine abweichenden Vorschriften auszumachen.

E. 2.2

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - diejenigen materiellen Rechtssätze anzuwenden, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Rechts- und Sachverhaltsänderungen, die nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 3. Februar 2012) eintraten, sind im vorliegenden Verfahren grundsätzlich nicht zu berücksichtigen (vgl. BGE 121 V 366 E. 1b, BGE 130 V 329, BGE 130 V 64 E. 5.2.5 sowie BGE 129 V 1 E. 1.2, je mit Hinweisen).

E. 2.3

Vorliegend ist auf die materiellen Bestimmungen des IVG und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung vom 21. März 2003 und den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) abzustellen, ausser diese hätten durch die mit dem auf den 1. Januar 2012 in Kraft getretenen ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) eine Änderung erfahren (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]).

E. 3

Der Beschwerdeführer machte in formeller Hinsicht beschwerdeweise geltend, die Vorinstanz habe sein Gehörsanspruch verletzt, indem die Namen der ABI-Gutachter nicht im Vorfeld eröffnet worden seien und keine Gelegenheit eingeräumt worden sei, den begutachtenden Ärzten und Fachpersonen Ergänzungsfragen, insbesondere in neurologischer Hinsicht, zu stellen. Weiter sei ihm das Gutachten erst nach dem Vorbescheid auf Gesuch hin zugestellt worden. Weiter rügte er, das ABI sei nicht unabhängig.

E. 3.1

Der Anspruch auf rechtliches Gehör (vgl. Art. 29 Abs. 2 BV, Art. 42 ATSG) gewährleistet der vom Entscheid in ihrer Rechtsstellung betroffenen Person insbesondere das Recht, sich vor Erlass des Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1). Der Gehörsanspruch verpflichtet die Behörde, die Vorbringen der betroffenen Person auch tatsächlich zu hören, zu prüfen und in der Entscheidungsfindung zu

berücksichtigen, weshalb sie ihren Entscheid zu begründen hat (BGE 134 I 83 E. 4.1). Die Pflicht der Behörde, ihre Verfügungen - sofern sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG) - zu begründen, bezweckt insbesondere, die betroffene Person in die Lage zu versetzen, eine Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anfechten zu können (BGE 124 V 180 E. 1a, vgl. auch BGE 134 I 83 E. 4.1 mit Hinweisen).

E. 3.2

Der Anspruch auf rechtliches Gehör ist formeller Natur. Deshalb führt dessen Verletzung ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung (BGE 127 V 431 E. 3d/aa, BGE 126 I 19 E. 2d/bb). Nach der Rechtsprechung kann jedoch eine Verletzung des Gehörsanspruchs dann geheilt werden, wenn die unterbliebene Gewährung des rechtlichen Gehörs in einem Rechtsmittelverfahren nachgeholt wird, in dem die Beschwerdeinstanz mit der gleichen Prüfungsbefugnis entscheidet wie die untere Instanz. Die Heilung ist aber ausgeschlossen, wenn es sich um eine besonders schwerwiegende Verletzung der Parteirechte handelt. Zudem darf den Beschwerdeführenden kein Nachteil erwachsen und die Heilung soll die Ausnahme bleiben (BGE 129 I 129 E. 2.2.3, BGE 126 V 130 E. 2b, BGE 126 I 68 E. 2). Bei Verstössen gegen die Begründungspflicht wird der Mangel als behoben erachtet, wenn die Rechtsmittelbehörde eine hinreichende Begründung liefert oder wenn die unterinstanzliche Behörde im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eine genügende Begründung nachschiebt. Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist jedoch im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 116 V 182 E. 3d; zum Ganzen ausführlich Urteil des Bundesgerichts [BGer] I 193/04 vom 14. Juli 2006 sowie Urteil des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer] C 884/2010 vom 18. Oktober 2012 E. 4 ff. mit Hinweisen).

E. 3.3

Das Bundesverwaltungsgericht geht mit der Vorinstanz einig, dass das Gutachten vom 23. Juni 2011 betreffend der Untersuchung vom 10. Mai 2011 vor der mit BGE 137 V 210 vom 28. Juni 2011 begründeten Rechtsprechung eingeholt, und dass dabei die vor dem 28. Juni 2011 üblichen Verfahrensstandards eingehalten worden sind. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (BGer 8C_767/2013 vom 20. Februar 2014) gelten die mit BGE 137 V 210 definierten Anforderungen an die Einholung von Gutachten durch die Invalidenversicherung grundsätzlich auch in laufenden Verfahren. Das ABI wurde bereits vor diesem Urteil als Gutachterstelle eingesetzt, womit die Mitwirkungsrechte der versicherten Person und die Anforderung der Vergabe des Gutachtensauftrags nach dem Zufallsprinzip nach neuer Rechtsprechung noch nicht zum Tragen kommen konnten. Dieser Umstand führt nicht zwangsläufig zu einer neuen Begutachtung. Es wäre nicht verhältnismässig, wenn nach den alten Regeln eingeholte Gutachten ungeachtet ihrer jeweiligen Überzeugungskraft den Beweiswert einbüssten. Bildet ein nach altem Standard in Auftrag gegebenes Gutachten die massgebende Entscheidungsgrundlage, so ist diesem Umstand allenfalls bei der Beweiswürdigung Rechnung zu tragen. Ähnlich wie bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen genügen schon relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, um

eine (neue) Begutachtung anzuordnen (vgl. BGer 8C_767/2013 vom 20.2.2014 E. 5.2 mit Hinweisen). Über den Beweiswert des ABI-Gutachtens ist im materiellen Teil dieses Urteils zu befinden.

E. 3.4

Das ABI-Gutachten wurde dem Beschwerdeführer unbestrittenermassen nach dem Vorbescheid vom 12. September 2011 (IVSTA act. 250) am 11. Oktober 2011 zugestellt (IVSTA act. 252). Die angefochtene Verfügung wurde erst am 3. Februar 2012 erlassen, womit der Beschwerdeführer genügend Zeit gehabt hat, seine Vorbringen gegen den Vorbescheid rechtzeitig einzureichen. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liegt nicht vor.

E. 4

Im Folgenden werden für die Beurteilung der vorliegenden Streitsache wesentliche Bestimmungen und von der Rechtsprechung dazu entwickelte Grundsätze dargestellt.

E. 4.1.1

Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall. Erwerbsunfähigkeit ist gemäss Art. 7 ATSG 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. 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. 4.1.2

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 ein 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).

E. 4.2

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes im schweizerischen Invalidenversicherungsverfahren ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und gegebenenfalls bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige

Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, 115 V 134 E. 2; AHI-Praxis 2002, S. 62, E. 4b/cc).

E. 4.3

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, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Bezüglich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der 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 (vgl. dazu das Urteil des BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3.a). Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte der behandelnden Ärzte schliesslich sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

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; vgl. auch Art. 87 Abs. 2 und 3, Art. 88a und Art. 88bis IVV). Anlass zur Revision von Invalidenrenten gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist daher nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann etwa revidierbar,

wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben oder eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt (BGE 130 V 343 E. 3.5). Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 54 [9C_899/2009] E. 2.1). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. SVR 2010 IV Nr. 30 [9C_961/2008] E. 6.3; zum Ganzen: Urteil BGer 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.1).

E. 5

Streitig ist, ob die Vorinstanz die halbe Invalidenrente des Beschwerdeführers zurecht per 1. April 2012 eingestellt hat. Vorliegend ist zu prüfen, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse derart verändert haben, dass damit eine Änderung des IV-Grades einhergeht.

E. 5.1

Für die Beantwortung der Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verändert hat und somit ein Revisionsgrund vorliegt, ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der erstmaligen, in Rechtskraft erwachsenen Rentenzusprache (Verfügung vom 29. März 2004) mit dem Sachverhalt im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Revisionsverfügung vom 3. Februar 2012 zu vergleichen, da anlässlich der im Jahre 2006 eingeleiteten Rentenrevision keine eingehenden Abklärungen stattgefunden haben.

E. 5.2.1

Gemäss Aktenlage stützte sich die IVSTA im Ausgangszeitpunkt auf folgende ärztliche Unterlagen: - Der Unfallmeldung vom 2. November 1992 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 27. Oktober 1992 auf einer Leiter ausrutschte und auf den Rücken fiel. Dabei zog er sich eine Quetschung des Rückens zu (SUVA act. 3). - Der Beschwerdeführer wurde wegen des Unfalls vom 27. Oktober 1992 im G. _____-Spital, behandelt (SUVA act. 1, 2; IVSTA act. 1, 2). Es wurde als Diagnose ein akuter Lumbago der LWS mit Sensibilitätsstörungen im Bereich L3/L4 festgestellt. Die Röntgenuntersuchung ergab keinen Nachweis einer traumatischen ossären Läsion oder einer Discusreduktion. Es wurden eine Fehlhaltung in Form einer leichten linkskonvexen Torsionsskoliose und ein lumbosakraler Übergangswirbel festgestellt. Der Patient sei vom 28. Oktober 1992 bis voraussichtlich 2. November 1992 arbeitsunfähig. - Aufgrund des Unfalls vom 27. Oktober 1992 war der Beschwerdeführer bei seinem damaligen Hausarzt, Dr. H. _____, in Behandlung (SUVA act. 4 - 6, 10, 12). Dieser hielt am 10. November 1992, 9. Dezember 1992, 17. Februar 1993 und 19. April 1993 fest, der Patient habe sich eine Contusion und Zerrung der Lendengegend zugezogen und leide an traumatisch ausgelöstem Lumbovertebralsyndrom. Es bestehe eine 100% Arbeitsunfähigkeit seit dem 27. Oktober 1992 und eine 50% Arbeitsunfähigkeit seit dem 15. Februar 1993. - Der Kreisarzt der SUVA, Dr. I. _____, untersuchte den Beschwerdeführer am 12. Januar 1993, 19. Januar 1993, 10. Februar 1993 und 4. Mai 1993 (SUVA 7, 8, 11, 13, 16) und berichtete am 14. Januar 1993, 22. Januar 1993, 12. Februar 1993, 10. Mai 1993 und 4. Juli 1994 der Patient wirke etwas depressiv verstimmt. Das Bewegungsmuster sei wenig

auffällig. Es liege eine leicht eingeschränkte Lendenwirbelsäulenfunktion vor. Der psychogene Schmerz bei psychosozial desolater Situation sei mitzuberücksichtigen. Die Szintigraphie vom 25. Januar 1993 im Röntgeninstitut J. _____ (SUVA act. 9) weise einen unauffälligen Befund im Bereich von Lendenwirbelsäule und Sacrum auf. Der Beschwerdeführer sei ab 15. Februar 1993 zu 50% und ab 10. Mai 1993 zu 100% arbeitsfähig. Die Untersuchungsberichte von Dr. K. _____ vom 8. Juli 1993 und vom 25. Januar 1994 würden keine neuen Gesichtspunkte ergeben, vielmehr liege der sekundäre Krankheitsgewinn im Vordergrund mit Aussicht auf Aufenthaltsbewilligung und Ersatzeinkommen. - Der Beschwerdeführer wurde am 8. Juli 1993 in der Klinik L. _____ von Dr. K. _____ untersucht und am 12. April 1994 wurde eine radiologische Untersuchung durchgeführt. Dr. K. _____ hielt am 8. Juli 1993, 26. Juli 1993, 14. April 1994, 19. April 1994, und 5. Juli 1994 fest (SUVA act. 15, IVSTA act. 5, 13-16, 26), der Versicherte leide an einem rechtsbetonten chronischen Lumbovertebralsyndrom mit Funktionseinschränkung im lumbosacralen Übergang sowie ISG rechts ohne Ischialgie, Übergangsanomalie mit Hemisacralisation rechts. Er hielt den Versicherten für reisefähig und für eine adaptierte leichte Arbeit arbeitsfähig. - In der Folge war der Beschwerdeführer bei Dr. M. _____ in Behandlung, welcher am 1. Februar 1994, 13. Juni 1994, 16. August 1994 und 20. März 1995 berichtete, der Versicherte leide an einer Diskushernie, welche auf den Unfall vom 27. Oktober 1992 zurückzuführen sei. Er sei vom 27. Oktober 1992 bis zum 15. Februar 1993 zu 100% und vom 16. Februar 1994 bis zum 9. Mai 1993 zu 50% arbeitsunfähig gewesen (IVSTA act. 12, 20, 22 - 24, 29). Am 18. September 1995 hielt Dr. M. _____ fest, es bestehe eine eindeutige Verschlechterung mit Nervenwurzelkompression durch dieselbe Hernie (IVSTA act. 72). - Im Arztbericht vom N. _____-Spital vom 21. Juli 1994 ist als Diagnose ein rechtsbetontes, chronisches Lumbovertebralsyndrom mit Funktionseinschränkung im lumbosakralen Übergang, sowie Iliosakralgelenk rechts mit Ischialgien und psychosoziales Problem bei Asylantenstatus mit Ausschaffungsverfügung aufgeführt (SUVA act. 17, IVSTA act. 27). - Am 22. August 1994 wurde im Röntgeninstitut J. _____ ein MRI durchgeführt (IVSTA act. 28), welches eine Chondrose auf der Höhe L4/L5 ergab mit dorsomedianer Begleitprotrusion/Hernie ohne Beeinträchtigung der Nervenwurzeln. Der übrige kernspintomographische Befund der Lendenwirbelsäule war normal. - In diversen kosovarischen Arztberichten vom 14. Februar 1995, 17. Juli 1995, 22. September 1995, 22. April 2001, 30. April 2002 wurde als Diagnose eine Diskushernie L4/L5, eine Lumbalisation S1, eine Discarthrose L2-L3 und eine Cervicalspondylose aufgeführt und eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 45% angenommen (IVSTA act. 59-62, 85, 87, 89, 90, 130, 132). - Der Versicherte wurde vom 4. November 2002 bis 8. November 2002 im Zentrum für medizinische Begutachtung (ZMB) pluridisziplinär untersucht. Dem entsprechenden Gutachten vom 30. Januar 2003 (IVSTA act. 141) sind in neurologischer Hinsicht folgende Diagnosen zu entnehmen: chronische Kreuzschmerzen unklarer Ursache, insbesondere sei kein organisches Korrelat fassbar, und Adipositas. Weiter wurde festgehalten, aus neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht prinzipiell eingeschränkt, schwere Arbeiten seien jedoch nicht mehr realistisch. Wechselnd belastende, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten seien aus organischer Sicht zu 100% zumutbar. Aus rheumatologischer Sicht wurden folgende Diagnosen gestellt: chronisches Lumbovertebralsyndrom mit/bei klinischer Fehlhaltung der Wirbelsäule und radiologisch festgestellter lumbosakraler Übergangsanomalie. Äusserst fraglich sei der Zusammenhang mit dem 1992 in der Schweiz erlittenen Arbeitsunfall. Hinsichtlich der psychischen Beschwerden wurden folgende psychiatrischen Diagnosen aufgeführt:

anhaltende somatoforme Schmerzstörung ICD-10 F45 und leichte depressive Störung mit somatischem Syndrom ICD-10 F32. Aufgrund seiner psychischen Leiden sei der Versicherte in seiner Kraftanstrengung, Ausdauer und psychischen Belastbarkeit deutlich eingeschränkt, sodass er eine deutlich verminderte Arbeitsfähigkeit aufweise. Es bestehe ein sekundärer Krankheitsgewinn. Aufgrund der regressiven Züge müsse jedoch vor einer gänzlichen Invalidisierung dringend abgeraten werden. Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, als Hauptdiagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünde ein chronisches Lumbovertebralsyndrom, eine klinische Fehlhaltung der Wirbelsäule, eine radiologisch festgestellte lumbosakrale Übergangsanomalie, wobei der Zusammenhang mit dem 1992 in der Schweiz erlittenen Unfall äusserst fraglich sei, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine leichte depressive Störung mit somatischem Syndrom zur Zeit leichtgradige Episode. Als Nebendiagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde Adipositas erwähnt. Für schwere Arbeiten bestehe seit 1992 eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 30%. In Berücksichtigung der somatischen und psychiatrischen Befunde sei der Beschwerdeführer in einer körperlich adaptierten Tätigkeit zu 60% arbeitsfähig.

E. 5.2.2

Die Eidgenössische Rekurskommission (heute Bundesverwaltungsgericht) sprach dem ZMB-Gutachten mit rechtskräftigem Urteil vom 4. April 2006 E. 6b Beweiswert zu (IVSTA act. 167), womit erstellt ist, dass der Beschwerdeführer im Ausgangszeitpunkt insbesondere an einem chronischen Lumbovertebralsyndrom mit/bei klinischer Fehlhaltung der Wirbelsäule, radiologisch festgestellter lumbosakraler Übergangsanomalie, anhaltender somatoformer Schmerzstörung und leichter depressiver Störung mit somatischem Syndrom litt.

E. 5.3

Für die Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit im Revisionszeitpunkt stützte sich die Vorinstanz auf folgende Arztberichte: - Der kosovarische Arzt, A._____, Neurochirurg, untersuchte den Versicherten am 28. Dezember 2006 (IVSTA act. 173, 176 - 178, 185) und diagnostizierte ein zervikozephalales und zervikobrachiales Syndrom beidseits links grösser rechts, einen Status nach Kompressionsfraktur Th5, ein anamnestisch chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei Diskusprotrusion L4-L5 und eine Lumboischialgie rechts (Kurzarztbericht vom 9. Januar 2007; Übersetzung vom 15. Januar 2007, IVSTA act. 179). - Dem kosovarischen Kurzarztbericht von Dr. B._____, Neurochirurg, vom 13. August 2007, sind die folgenden Diagnosen zu entnehmen (IVSTA act. 203 - 205): zervikobrachiales Syndrom beidseits bei zervikaler Spondylose, Status nach Kompressionsfraktur Th5, Diskushernie L5/S1 mit Lumboischialgie rechts, PTSD (posttraumatische Belastungsstörung), Schwindelsyndrom und neurodepressives Syndrom. Es wurde eine 70% Arbeitsunfähigkeit für leichte Arbeiten attestiert, da der Beschwerdeführer Schmerzen habe, wenn er sich setze (Übersetzung vom 13. August 2007, IVSTA act. 204). - Der IV-Arzt Dr. C._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, hielt in seiner medizinischen Stellungnahme vom 24. August 2007 fest (IVSTA act. 208), die am 24. August 2007 eingetroffenen medizinischen Dokumente ergäben keine neuen Gesichtspunkte. Sie würden einen sehr unprofessionellen Eindruck machen, eventuell würde es sich um eine Fälschung handeln. Er schlug vor, beim bisherigen Grad der Arbeitsunfähigkeit sowohl in der ehemaligen Tätigkeit als auch in leichten Verweisungstätigkeiten zu bleiben. Im Rahmen einer erneuten Revision riet er auf

Anfrage der IVSTA am 22. Dezember 2010 (IVSTA act. 221, 222), der Versicherte sei orthopädisch, neurologisch und psychiatrisch zu untersuchen und die frühere Somatisierungstendenz und die nie belegte Dikushernie zu überprüfen. Dabei sei festzuhalten, ob immer noch eine Arbeitsunfähigkeit bestehe und wie diese sich entwickelt habe. - Am 10. Mai 2011 wurde der Versicherte im Ärztlichen Begutachtungsinstitut GmbH Basel (ABI) internistisch, allgemeinmedizinisch, psychiatrisch und orthopädisch untersucht (IVSTA act. 243). Im psychiatrischen Teilgutachten wird ausgeführt, der Versicherte leide an einer Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54). Weitere Diagnosen könnten nicht gestellt werden, insbesondere könne keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und keine leichte depressive Episode festgestellt werden. Die im ZMB-Gutachten diagnostizierte leichte depressive Episode habe sich zwischenzeitlich vollständig zurückgebildet, auch ohne ärztliche oder psychopharmakologische Behandlung. Eine psychiatrische Komorbidität liege nicht vor. Der Explorand leide nicht mehr unter psychosozialen Belastungssituationen oder emotionalen Belastungen. Er habe schnell und viel gesprochen, sowie eine lebhaftige Mimik und Gestik gezeigt. Die Stimmung sei ausgeglichen und heiter gewesen. Zuweilen habe er gelächelt, wenn er über erfreuliche Dinge berichtet habe. Das Ausmass der geklagten körperlichen Beschwerden, die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, könne durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestehe nicht. Ab Datum der Untersuchung könne somit aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr attestiert werden. Im orthopädischen Teilgutachten wurde ausgeführt, die vom Exploranden angegebenen völlig diffusen Beschwerden könnten durch die klinischen und radiologischen Befunde in keiner Weise begründet werden, auch falle es schwer einen Zusammenhang mit dem 19 Jahre zurückliegenden Unfall zu sehen. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde aufgeführt: äusserst diffuse anatomisch nicht eingrenzbar Rückenschmerzen ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 52.9), Status nach Leitersturz am 27. Oktober 1992, radiologisch wiederholter Ausschluss traumatischer Läsionen sowie lumbaler Neurokompressionen oder relevanter degenerativer Veränderungen. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde erwähnt: Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54), Adipositas (ICD-10 E66.0) und Nikotinabusus (ICD-10 F17.1). Aus polydisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, der Beschwerdeführer sei für körperlich schwer belastende berufliche Tätigkeiten, wie für die angestammte Tätigkeit auf dem Bau, zu 100% arbeitsunfähig, jedoch bestehe für körperlich leichte bis mittelschwere, angepasste Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 100%. - Das ABI-Gutachten wurde dem RAD-Arzt Dr. C. _____ zur Stellungnahme unterbreitet, welcher am 15. August 2011 festhielt (act. IV 248), die allgemein-internistischen, psychiatrischen, orthopädischen und klinischen Untersuchungen im ABI seien professionell einwandfrei durchgeführt worden, umfassend und würden auf einer eingehenden Anamnese beruhen. Die Schlussfolgerungen seien gut nachvollziehbar und gut begründet. Es bestünde eine 100% Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit. Hinsichtlich einer Verweisungstätigkeit bestehe seit dem 10. Mai 2011 für leichte und mittelschwere Tätigkeiten eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Mögliche Tätigkeitsfelder seien qualifizierter Hilfsarbeiter in der Industrie, Hausmeister, Aufseher einer Baustelle, Museumsaufseher und Magaziner/Lagerist.

E. 5.4

Anlässlich des Beschwerdeverfahrens holte die Vorinstanz bei ihrem regionalen ärztlichen Dienst eine Stellungnahme zum psychiatrischen Teilgutachten des ABI ein. Dr. F. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielt am 26. April 2014 fest (BVGer act. 17/1), das ABI-Gutachten vom 23. Juni 2011 stütze sich auf die vorhandenen Akten, die Beschwerden des Versicherten seien aufgenommen und der Versicherte gründlich untersucht worden. Die Befunde seien klar dokumentiert und der psychiatrische Befund sei nach dem AMDP-System erhoben worden. Der Orthopäde habe im ABI-Gutachten die Diagnose von äusserst diffusen, anatomisch nicht eingrenzbaeren Rückenschmerzen ohne radikuläre Symptomatik gestellt und auf den wiederholten Ausschluss einer traumatischen Läsion nach dem Unfallereignis hingewiesen. Der Befund des Orthopäden entspreche der Beurteilung durch den Kreisarzt im Jahre 1993 und der Beurteilung durch den rheumatologischen Gutachter im Jahre 2003. Eine neurologische Untersuchung sei nicht indiziert, da sich bei der Untersuchung keine Hinweise auf eine neurologische Erkrankung ergeben hätten. Dementsprechend sei auch keine neue radiologische Untersuchung durchgeführt worden. Hinsichtlich der psychiatrischen Untersuchung im ABI wies Dr. F. _____ darauf hin, dass die Sprache des Versicherten schnell, die Mimik und Gestik lebhaft, die Stimmung ausgeglichen, heiter, Intentionalität und Antrieb unauffällig und die kognitiven Fähigkeiten nicht beeinträchtigt gewesen seien. Demgemäss seien die Kriterien einer depressiven Episode nicht erfüllt. Bisher sei der Versicherte nie in psychiatrischer Behandlung gewesen und würde keine entsprechenden Medikamente einnehmen. Die Schmerzen des Versicherten würden einer subjektiven Wahrnehmung entsprechen. Diese würden sich anhand der eingehenden Untersuchung des ABI medizinisch nicht erklären lassen, seien sie doch diffus und wechselnd. Der Psychiater codiere die subjektiven Angaben des Versicherten unter ICD-10 F54 (Schmerzverarbeitungsstörung), der Orthopäde berichte, von einer Schmerzausweitung. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung habe der Psychiater ausgeschlossen. Gegen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung spreche nicht nur der Umstand, dass kein ursächlicher schwerwiegender emotionaler Konflikt habe gefunden werden können, sondern auch die Tatsache, dass der Versicherte keine übermässige medizinische Hilfe in Anspruch nehme. Aktuell fehle eine psychische oder eine ausgewiesene somatische Komorbidität. Die Verbesserung betreffe den Umstand, dass keine psychische Komorbidität mehr nachgewiesen werden könne. Ein Leidensabzug von 20% wie vorliegend vorgenommen, sei im Vergleich zu den medizinisch begründbaren Einschränkungen sehr grosszügig.

E. 6.1

Der Beschwerdeführer machte geltend, sein Gesundheitszustand habe sich keineswegs verbessert. Entgegen dem ABI-Gutachten liege nach wie vor eine somatoforme Schmerzstörung vor. Es habe keine neurologische Untersuchung stattgefunden.

E. 6.2

Die IVSTA hielt dagegen, das eingeholte Gutachten sei gemäss Feststellungen ihres medizinischen Dienstes überzeugend. Die IV-Stellenärztin habe die psychische Besserung bestätigt und dargelegt, dass der Sachverhalt in neurologischer Hinsicht keiner weiteren Abklärung bedürfe.

E. 6.3

Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des

Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den - hier dem medizinischen Gutachten zu entnehmenden - Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befundes und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht (vgl. Urteil des BGer 9C_418/2010 vom 28. August 2011 E. 4.2).

6.4.1 In somatischer Hinsicht litt der Beschwerdeführer im Ausgangszeitpunkt insbesondere an einem chronischen Lumbovertebralsyndrom mit/bei klinischer Fehlhaltung der Wirbelsäule und an einer radiologisch festgestellten lumbosakralen Übergangsanomalie (vgl. E. 5.2.2 hiervor). Die ZMB-Gutachter schlossen aufgrund dieser Beschwerden, die Arbeitsfähigkeit für körperlich strenge Arbeiten aus (vgl. ZMB-Gutachten S. 11, Vorakten 141). Die ABI-Gutachter bestätigten die Schlussfolgerung der ZMB-Gutachter und hielten fest, aus orthopädischer Sicht bestehe für körperlich andauernd schwer belastende berufliche Tätigkeiten, wie die zuletzt ausgeübte Tätigkeit auf dem Bau, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. ABI-Gutachten S. 18, Vorakten 243). Die ABI-Gutachter wiesen, gleich wie die ZMB-Gutachter, auf die Diskrepanz zwischen den subjektiven Schmerzen bzw. den diffusen Beschwerden und den geringfügigen somatischen Befunden hin (vgl. ZMB-Gutachten S. 11 und S. 16, Vorakten 141; ABI-Gutachten S. 17, Vorakten 243). Sie hielten den Beschwerdeführer aus somatischer Sicht für Verweisungstätigkeiten zu 100% arbeitsfähig.

6.4.2 Den vom Beschwerdeführer eingereichten medizinischen Kurzarztberichten von Dress. A. _____ und B. _____ vom 9. Januar 2007 und vom 13. August 2007 sind in somatischer Hinsicht zusätzliche von den ZMB- und den ABI-Gutachtern nicht aufgeführte Diagnosen zu entnehmen, wie Status nach Kompressionsfraktur Th5 und Schwindelsyndrom. Es stellt sich somit die Frage, ob diese Kurzarztberichte geeignet sind, die Einschätzung der ABI-Gutachter, wonach sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers gegenüber dem Ausgangszeitpunkt nicht verändert hat, in Zweifel zu ziehen und in somatischer Hinsicht von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen ist.

6.4.2.1 Dr. A. _____ äusserte sich in seinem Kurzarztbericht vom 9. Januar 2007, betreffend die Untersuchung vom 28. Dezember 2006 (Übersetzung vom 15. Januar 2007), nicht zur Arbeitsfähigkeit. Er hielt lediglich fest, es müsse ein MRI spinal der zervikalen Region (IRM spinal e regionit cervical) und über die Invaliditätskommission eine Kategorisierung vorgenommen werden. Ob in Kosovo ein MRI durchgeführt wurde und die Invaliditätskommission zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers Stellung bezogen hat, ist nicht aktenkundig. Der ärztliche Attest ist sehr kurz gehalten, führt er doch lediglich die Diagnosen (zervikozephal und zervikobrachiales Syndrom, Status nach Kompressionsfraktur Th5, anamnestisch chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei Diskusprotrusion L4-L5, eine Lumboischialgie rechts) und in Stichworten Untersuchungen auf, wobei nicht ersichtlich ist, wann und wo diese durchgeführt wurden und welche Erkenntnisse sich daraus ergaben. Als Therapie wurde einzig das Wort "Symptomatike" aufgeführt. Der Attest enthält weder eine Begründung, noch wurde er in Kenntnis der Vorakten erstellt bzw. ist es inhaltlich nicht erkennbar, dass sich Dr. A. _____ damit auseinandergesetzt hätte. Bereits aus diesem Grund kommt diesem ärztlichen Attest keine volle Beweiskraft zu. Der Beschwerdeführer gab anlässlich der Begutachtung im ABI an, er habe die Röntgenbilder, betreffend das MRI bei welchem

ein Wirbelschaden auf der Höhe L4/L5 festgestellt worden sei, im Zug nach Basel liegengelassen (ABI-Gutachten S. 16). Andererseits gab er an, dass seit acht Jahren keine radiologische Bildgebung durchgeführt worden sei (ABI-Gutachten S. 14). Es fällt auf, dass der Beschwerdeführer bereits anlässlich des ZMB-Gutachtens vom 30. Januar 2003 angab, kosovarische MRI-Untersuchungen hätten einen Wirbelschaden auf der Höhe L4/L5 gezeigt, er diese Unterlagen jedoch im Zug nach Basel liegen gelassen habe (IVSTA act. 141 S. 18 Ziff. 5). Somit ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer dieselben Unterlagen meinte. Ein Wirbelschaden wurde im ZMB-Gutachten vom 30. Januar 2003 nicht festgestellt. Hingegen ist bekannt, dass der Beschwerdeführer an einem chronischen Lumbovertebralsyndrom mit/bei klinischer Fehlhaltung der Wirbelsäule und einer radiologisch festgestellten lumbosakralen Übergangsanomalie leidet. Dr. A. _____ hat der Diagnose Status nach Kompressionsfraktur Th5 aa XIV angefügt "pro anamnesis", womit er zum Ausdruck brachte, dass er die Diagnose einzig auf die Anamnese, mithin auf die Aussagen des Beschwerdeführers, und nicht auf eigene Untersuchungen abgestützt hat. Der Beschwerdeführer wurde nach dem Unfall im Jahre 1992 im ZMB einlässlich untersucht und aus dem ZMB-Gutachten vom 30. Januar 2013, welchem wie dargelegt wurde Beweiswert zukommt (vgl. E. 5.2.2 hiervor), ist keine Schädigung des Wirbelkörpers Th5 zu entnehmen. Es wird auch nicht ein weiterer Unfall, der zur Kompressionsfraktur Th5 geführt hätte oder das Vorhandensein einer Osteoporose erwähnt. Somit kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer im zu beurteilenden Zeitraum an einer Kompressionsfraktur auf der Höhe Th5 litt. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers hat sich das ABI mit diesem Attest auseinandergesetzt, sind die von Dr. A. _____ diagnostizierten Leiden doch unter dem Titel "Auszug aus den wichtigsten Vordokumenten" wörtlich wiedergegeben. Da der Attest von Dr. A. _____ wie bereits erörtert nur Stichworte und keine Begründung enthält, konnten sich die ABI-Gutachter auch nicht dazu äussern. Sie berücksichtigten jedoch die geklagten Beschwerden und untersuchten den HWS-Bereich eingehend (vgl. ABI-Gutachten S. 5 Ziff. 3.2.1, S. 6 Ziff. 3.3, S. 10 Ziff. 4.2.1.1, S. 11 Ziff. 4.2.2.1, S. 13/14 Ziff. 4.2.4). Im orthopädischen Teilgutachten wird erörtert, auf neurologischer Ebene hätten sich keine Hinweise für das Vorliegen einer Pathologie im Bereich des peripheren Nervensystems gezeigt. So könne eine spinale Kompressionsproblematik oder die Läsion eines grösseren peripheren Nervs klinisch weitestgehend ausgeschlossen werden (ABI-Gutachten S. 14). Damit wurde im ABI-Gutachten ausreichend begründet, warum entgegen dem Vorschlag von Dr. A. _____ kein MRI der HWS-Region durchgeführt wurde. 6.4.2.2 Der ärztliche Attest von Dr. B. _____ vom 13. August 2007 ist sehr kurz gehalten, führt er doch lediglich die Beschwerden und die Diagnosen (zervikobrachiales Syndrom beidseits bei zervikaler Spondylose, Status nach Kompressionsfraktur Th5, Diskushernie L5/S1 mit Lumboischialgie rechts, PTSD, Schwindelsyndrom und neurodepressives Syndrom) auf. Er enthält weder eine Begründung, noch wurde er in Kenntnis der Vorakten erstellt bzw. es ist inhaltlich nicht erkennbar, dass eine Auseinandersetzung stattgefunden hätte. Bereits deshalb kommt diesem ärztlichen Attest keine volle Beweiskraft zu. Wie bereits weiter oben erörtert (vgl. E. 5.8.2.1), ist die Diagnose einer Kompressionsfraktur auf der Höhe Th5 nicht nachvollziehbar. Ebenso wenig nachvollziehbar ist die Diagnose Schwindelsyndrom. Der Beschwerdeführer hatte vor sämtlichen ABI-Gutachtern die Möglichkeit seine Beschwerden zu schildern, von einem Schwindel berichtete er jedoch nicht. Entgegen der Annahme des Beschwerdeführers wurde der Attest von den ABI-Gutachtern dennoch berücksichtigt, ist er doch unter dem Titel "Vorakten" aufgeführt und die Diagnosen auf S.

2 des ABI-Gutachtens wörtlich wiedergegeben. Inhaltlich setzten sich die ABI-Gutachter mit den Diagnosen auseinander, indem sie Tests durchführten, wie zum Beispiel eine Hirnnervenprüfung, welche unauffällig war (ABI-Gutachten S. 7) und eine HWS-Untersuchung, welche eine frei bewegliche HWS mit maximal leichtgradiger ubiquitärer Druckdolenz ergab (ABI-Gutachten S. 14 und S. 12). Die Beurteilung der ABI-Gutachter, wonach eine spinale Kompressionsproblematik oder eine Läsion eines grösseren peripheren Nervs klinisch weitestgehend ausgeschlossen werden kann, bei freier Beweglichkeit der HWS sowie der oberen und unteren Extremitäten mit guter Kraftentfaltung, ist nachvollziehbar. Die früheren radiologischen Befunde enthalten keine Hinweise für eine neurologische Beschwerdekomponekte. Eine solche ergibt sich auch nicht aus den Untersuchungsbefunden des ABI. Mangels Hinweisen auf neurologische Beschwerden, wurde zurecht keine weitergehende neurologische Testung durchgeführt.

6.4.3 Als Zwischenfazit ist festzuhalten, dass das somatische Teilgutachten des ABI auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Es ist zudem in der Darlegung der Beurteilung der medizinischen Situation für die hier interessierenden Fragen einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind begründet. Es bestehen keine Indizien gegen die Zuverlässigkeit dieser Expertise in somatischer Hinsicht. Somit ist gestützt auf das ABI-Gutachten davon auszugehen, dass die somatische gesundheitliche Situation seit dem Ausgangszeitpunkt gleich geblieben ist, was denn auch der Beschwerdeführer selber in seiner Beschwerde vom 8. März 2012 (Beschwerde S. 7 act. 1) sinngemäss feststellte.

E. 6.5.1

In psychiatrischer Hinsicht litt der Beschwerdeführer im Ausgangszeitpunkt an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer leichten depressiven Störung mit somatischem Syndrom (vgl. ZMB-Gutachten S. 18, Vorakten 141).

E. 6.5.2

Der Beschwerdeführer legte betreffend seinem psychiatrischen Gesundheitszustand im Verfügungszeitpunkt den Kurzarztbericht von Dr. B. _____ ins Recht. Wie bereits weiter oben erörtert kommt diesem Kurzarztbericht mangels Begründung und Berücksichtigung der Vorakten keine volle Beweiskraft zu. Hinzukommt, dass Dr. B. _____ nicht über die von der Rechtsprechung geforderte Facharztqualifikation verfügt, ist er doch Neurochirurg und nicht Psychiater. Dr. B. _____ stellt die Diagnosen neurodepressives Syndrom und PTSD (posttraumatische Belastungsstörung), jedoch ist nicht ersichtlich, gestützt auf welche Akten oder Untersuchungen diese Diagnosen gestellt wurden. Die Diagnosen neurodepressives Syndrom und PTSD sind daher nicht nachvollziehbar.

E. 6.5.3

Zur Frage der psychiatrischen Beschwerden und einer eventuellen Besserung des Gesundheitszustandes äusserten sich weiter die ABI-Gutachter im Teilgutachten vom 23. Juni 2011 (Vorakten 243), der RAD-Arzt Dr. C. _____ im Aktengutachten vom 15. August 2011 (Vorakten 248) und die RAD-Ärztin Dr. F. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierte medizinische Gutachterin SIM, Fähigkeitsausweis Vertrauensärztin, im Aktengutachten vom 26. April 2014 (BVGer act. 17).

E. 6.5.3.1

Die Stellungnahme von Dr. F. _____ erfolgte am 26. April 2014 (BVGer act. 17) und damit nach Verfügungserlass. Sie ist dennoch zu berücksichtigen, da sie rückwirkend

Bezug auf den bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vorliegenden Gesundheitszustand nimmt, mit dem Streitgegenstand in engem Zusammenhang steht und geeignet ist, die Beurteilung zu beeinflussen (BGE 116 V 80 E. 6b; ZAK 1989 S. 111 E. 3b). Bei diesem ärztlichen Dokument handelt es sich um ein entscheiderelevantes Aktenstück im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG (vgl. hierzu Urteil I 143/07 des BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5).

E. 6.5.3.2

Betreffend die Stellungnahme von Dr. C._____ ist festzuhalten, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung auf die Stellungnahme eines RAD-Arztes grundsätzlich nur abgestellt werden kann, wenn er die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügt (vgl. Urteile des Bundesverwaltungsgerichts 9C_736/2009 vom 26. Januar 2009 E. 2.1, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1). Dr. C._____ verfügt zwar nicht über einen Facharztstitel in den vorliegend insbesondere interessierenden Gebieten Psychiatrie und Orthopädie, jedoch konnte er sich bei seiner Stellungnahme auf das ABI-Gutachten stützen. Ausserdem hielt Dr. F._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, sie stimme mit der Beurteilung des RAD-Arztes Dr. C._____ vom 15. August 2011 überein.

E. 6.5.3.3

Das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte psychiatrische Teilgutachten des ABI basiert auf einer umfassenden psychiatrischen Untersuchung und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben. Dr. D._____ hat detailliert die Anamnese sowie die Befunde erhoben, nachvollziehbare Diagnosen gestellt und sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem wurden die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und die Schlussfolgerung nachvollziehbar begründet, wobei auch eine Auseinandersetzung mit abweichenden ärztlichen Beurteilungen stattgefunden hat. Das psychiatrische Teilgutachten des ABI entspricht damit grundsätzlich den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage. Zu prüfen bleibt im Folgenden, ob konkrete Indizien gegeben sind, die gegen die Zuverlässigkeit des ABI-Gutachtens sprechen.

E. 6.5.4.1

Der Beschwerdeführer stellte die Qualität des psychiatrischen Teilgutachtens in Frage. Die Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung" der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) vom Februar 2012 (zugänglich unter <http://www.psychiatrie.ch>) sehen in Ziffer 4.3.1 vor, dass die psychiatrischen Befunde nach dem AMDP-System zu erstellen sind. Das AMDP-System ist ein System zur standardisierten Erfassung und Dokumentation eines psychopathologischen Befundes, das international Anwendung findet (vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/AMDP-System>). Die IV-Stellenärztin Dr. F._____, hielt in ihrer ausführlichen Stellungnahme vom 26. April 2014 fest, die psychiatrischen Befunde im ABI-Gutachten seien nach dem AMDP-System durchgeführt worden (BVGer act. 17). Das psychiatrische Teilgutachten wurde somit nach einem ankerkannten Klassifikationssystem erstellt.

E. 6.5.4.2

Der Beschwerdeführer machte geltend, das psychiatrische Teilgutachten sei sehr kurz. Eine psychiatrische Untersuchung, bei der wie im vorliegenden Fall die Suizidalität, die schwermütig gedrückte Stimmung, das Vorherrschen von mürrischen Anteilen, die regelmässige Tagesgestaltung etc. analysiert werden müssten, könnten nicht anlässlich einer einzigen kurzen Sitzung stattfinden. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein (Urteil des BGer 8C_767/2013 E. 6.1 mit Hinweisen). Mit Blick auf die umfangreichen, vom ABI berücksichtigten Vorakten erscheint der für die psychiatrische Begutachtung betriebene zeitliche Untersuchungsaufwand hinreichend. Es bestehen keine konkreten Hinweise, dass sich die Untersuchungsdauer negativ auf die Qualität des ABI-Gutachtens ausgewirkt hätte.

E. 6.5.4.3

Der Beschwerdeführer brachte weiter vor, Dr. D. _____ habe ihn nicht richtig verstanden und über traumatische Ereignisse wie den Kosovokrieg habe er gar nicht erst berichten können. Die Untersuchung von Dr. D. _____ wurde bei Anwesenheit eines Dolmetschers durchgeführt. Verständigungsprobleme sind deshalb eher unwahrscheinlich. Hinzukommt, dass der Gutachter sich bei seiner Beurteilung nicht nur auf die Aussagen des Beschwerdeführers stützte, sondern auch dessen Erscheinungsbild, sowie seine Mimik und Gestik miteinbezog. Bei einer Gegenüberstellung des ZMB-Gutachtens mit dem ABI-Gutachten fällt folgendes auf: Der Beschwerdeführer wurde im ZMB-Gutachten vom 30. Januar 2003 beschrieben als ein äusserlich wenig gepflegter Mann, welcher durch eine leise Sprechweise, eine fast fehlende Mimik und eine bedrückte depressive Stimmungslage auffiel. Es wurde festgehalten, dass der Gedankengang in formaler Hinsicht leicht verlangsamte war, sowie in inhaltlicher Hinsicht als am Konkreten haftend und auf die somatischen Beschwerden eingeengt war. Es wurde eine Begriffsstutzigkeit festgestellt (ZMB-Gutachten S. 13, IVSTA act. 141). Hingegen hielt Dr. D. _____ im ABI-Gutachten vom 23. Juni 2011 fest, der Beschwerdeführer mache einen gepflegten Eindruck, er habe schnell und viel gesprochen, die Mimik und Gestik sei lebhaft und die Stimmung ausgeglichen und heiter gewesen. Zuweilen habe der Beschwerdeführer gelächelt. Die Auffassungsgabe und die Konzentrationsfähigkeit wurden als nicht eingeschränkt beschrieben. Befürchtungen und Zwänge seien nicht feststellbar gewesen. Es wurden keine Hinweise für sozialen Rückzug, Aggressivität, Suizidalität oder Selbstschädigung gefunden. Die Realitätsprüfung und die Urteilsbildung seien ungestört gewesen. Das Selbstwertgefühl sei ausgeglichen. Zeichen für eine gestörte Intentionalität oder einen gestörten Antrieb hätten sich nicht finden lassen (ABI-Gutachten S. 8, IVSTA act. 243). Aus der Gegenüberstellung der beiden Gutachten ist eine gesundheitliche Verbesserung erkennbar und gestützt auf die Tatsache, dass der Beschwerdeführer sich noch nie in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung befand und noch nie psychopharmakologisch behandelt worden ist, ist es daher nachvollziehbar, dass der psychiatrische Gutachter Dr. D. _____ zum Schluss kam, die im Jahre 2002 diagnostizierte leichte depressive Episode habe sich in der Zwischenzeit vollständig zurückgebildet und die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne

nicht mehr bestätigt werden.

E. 6.5.4.4

Die Vorbringen des Beschwerdeführers vermögen keine Zweifel am Beweiswert des ABI-Gutachtens zu wecken, womit es für die Beurteilung des Gesundheitszustandes ausschlaggebend ist.

E. 6.6

Zusammenfassend ergibt sich, dass die somatische Situation im Vergleich mit dem Ausgangszeitpunkt gleichgeblieben ist, sich die psychiatrischen Beschwerden jedoch zurückgebildet haben, womit insgesamt von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen ist. Die vom RAD-Arzt Dr. C._____ gestützt auf das beweiskräftige ABI-Gutachten angenommene 100% Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Verweisungstätigkeiten ist nicht zu beanstanden.

E. 7

Zu prüfen bleibt, ob der Beschwerdeführer die ihm von den Gutachtern attestierte Arbeitsfähigkeit in leichten bis mittelschweren Tätigkeiten tatsächlich verwerten kann.

E. 7.1

Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass im Gebiet der Invalidenversicherung ganz allgemein der Grundsatz gilt, dass die versicherte Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern. Es ist primär Sache des Einzelnen, sich um eine angemessene Eingliederung zu bemühen. Kann eine versicherte Person ihre erwerbliche Beeinträchtigung in zumutbarer Weise selber beheben, so besteht gar keine Invalidität, womit es an der unabdingbaren Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Invalidenversicherung - auch für Eingliederungsmassnahmen - fehlt. Die Selbsteingliederung als Ausdruck der allgemeinen Schadenminderungspflicht geht nicht nur dem Renten-, sondern auch dem gesetzlichen Eingliederungsanspruch vor (BGE 113 V 22 E. 4a). Daher geht die ständige Rechtsprechung vom Regelfall aus, der darin besteht, dass eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar ist; praktisch bedeutet dies, dass aus einer medizinisch attestierten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen und damit ein entsprechender Einkommensvergleich vorgenommen werden kann, und zwar auch bei langjährigem Rentenbezug. Dennoch hat die Rechtsprechung in ganz besonderen Ausnahmefällen nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente zugesprochen, bis mit Hilfe medizinisch-rehabilitativer und/oder beruflich-erwerblicher Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann. Im Sinne eines rechtslogisch gebotenen Schrittes muss sich die Verwaltung nach dem Gesagten vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür - ausnahmsweise - im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne vorausgesetzt ist (vgl. Urteil des BGer 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2 mit weiteren Hinweisen). Diese Rechtsprechung ist jedoch dahingehend zu präzisieren, dass sie grundsätzlich auf Sachverhalte zu beschränkt ist, in denen die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente

eine versicherte Person betrifft, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (Urteil des BGer 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3, vgl. aber auch Urteil des BGer 9C-367/2011 vom 10. August 2011 E. 3.2 f.). Die Übernahme der beiden Abgrenzungskriterien bedeutet nicht, dass die darunter fallenden Rentnerinnen und Rentner in dem revisionsrechtlichen (Art. 17 Abs. 1 ATSG) Kontext einen Besitzstandsanspruch geltend machen könnten; es wird ihnen lediglich zugestanden, dass - von Ausnahmen abgesehen - aufgrund des fortgeschrittenen Alters oder einer langen Rentendauer die Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar ist (Urteile des BGer 9C_367/2011 vom 10. August 2011 E. 3.3, 8C_161/2012 vom 5. Juni 2012 E. 5.2).

E. 7.2

Im massgebenden Zeitpunkt (Datum der Verfügung: 3. Februar 2012) war der im Jahr 1961 geborene Beschwerdeführer 51 Jahre alt und seit 1993, also seit 18½ Jahren, Rentenbezüger. Aufgrund der langen Rentendauer ist die Selbsteingliederung grundsätzlich nicht mehr zumutbar (9C_228/2010 E. 3.5). Die Selbsteingliederung kann daher im vorliegenden Revisionsverfahren nicht ohne weiteres vorausgesetzt werden.

E. 7.3

Die Vorinstanz ist der Ansicht, trotz des langjährigen Rentenbezugs sei vorliegend von der Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung auszugehen, da beim Beschwerdeführer schon immer eine erhebliche Restarbeitsfähigkeit von 60% in Verweisungstätigkeiten bestanden habe und daher der Zugewinn an Leistungsfähigkeit keinen Eingliederungsbedarf nach sich ziehe.

E. 7.4

Das Bundesgericht hat mit Urteil vom 10. September 2010 erkannt (9C_768/2009 E. 4.1.2), dass eine Eingliederungsmassnahme nicht nur aus medizinischer, sondern auch aus beruflich-erwerblicher Sicht *conditio sine qua non* für eine Umsetzung eines (wiedergewonnenen) funktionellen Leistungsvermögens sein kann. Es können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist. Bestand jedoch schon bisher eine erhebliche Restarbeitsfähigkeit, zieht der anspruchserhebliche Zugewinn an Leistungsfähigkeit kaum zusätzlichen Eingliederungsbedarf nach sich, vor allem wenn das hinzugewonnene Leistungsvermögen in einer Tätigkeit verwertet werden kann, welche die versicherte Person bereits ausübt oder unmittelbar wieder ausüben könnte.

E. 7.5

Im Folgenden ist zu beurteilen, ob der Beschwerdeführer auf berufliche Erfahrungen zurückgreifen kann, welche ihm eine Selbsteingliederung ermöglichen.

E. 7.5.1

Der Beschwerdeführer bezog während 18½ Jahren, mithin im Alter von 31 bis 51 Jahren, eine Rente. Davor war er von 1987 bis 1992 als Bodenleger/Hilfsarbeiter auf dem Bau tätig. Diese langjährige schwere Tätigkeit kann er seit 1992 nicht mehr ausüben.

E. 7.5.2

Hinsichtlich der Ausbildung ergeben sich aus den Akten unterschiedliche Informationen: Anlässlich des SUVA-Verfahrens gab der Beschwerdeführer auf dem Formular "Zeugnis zur unentgeltlichen Prozessführung in Zivil- und Strafsachen" an, er sei ausgebildeter Elektrotechniker (SUVA act. 47). Auf der IV-Anmeldung vom 2. September 1994 deklarierte er als Beruf Elektriker und als Ausbildung 4 Jahre Grundschule, 4 Jahre höhere Schule und 4 Jahre Elektrizitätsschule (IVSTA act. 30). Im ZMB-Gutachten wurde festgehalten, der Explorand habe 8 Jahre die Schule und 4 Jahre die Handelsschule respektive die Wirtschaftsschule besucht und von 1976 bis 1981 als Kassierer in einem Elektrikergeschäft in Pristina gearbeitet (ZMB-Gutachten S. 5, 7; IVSTA act. 41). Im ABI-Gutachten wurde ausgeführt, der Explorand habe an einer Mittelschule die Ausbildung zum Elektriker abgeschlossen sowie diesen Beruf während eines Jahres von 1984 bis 1985 ausgeübt. Er sei 12 Monate im Militär gewesen und sei 1987 in die Schweiz gereist, wo er zuerst drei Monate in der Gastronomie in einer Küche und danach auf einer Baustelle gearbeitet habe. Trotz nachfragen seitens des Gutachters konnte die Tätigkeit als Kassier nicht geklärt werden (ABI-Gutachten S. 15, 16). Der Beschwerdeführer wurde 1961 geboren. In der ehemaligen Sozialistischen Föderativen Republik Jugoslawien war der Besuch der achtjährigen allgemeinbildenden Grundschule für alle Kinder im Alter zwischen 7 und 15 Jahren verbindlich (vgl. S. Pavicevic: Das Bildungssystem der Sozialistischen Föderativen Republik Jugoslawien; http://www.jstor.org/stable/3442860?seq=1#page_scan_tab_contents), womit davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer von 1968 bis 1976 die Grundschule besuchte. Danach absolvierte er während vier Jahren die Elektrizitätsschule und arbeitete von 1984 bis 1985 auf diesem Beruf. Die Tätigkeit als Kassier von 1976 bis 1981 kann aufgrund der Akten nicht eindeutig eingeordnet werden. Entweder war der Beschwerdeführer zwischen der Grundschule und der Elektrizitätsschule als Kassier tätig oder während der Ausbildung zum Elektriker. Dies ist vorliegend jedoch nicht entscheidend, da die Tätigkeit als Kassier weit zurückliegt, sich die berufliche Situation eines Kassiers aufgrund des technischen Fortschritts stark geändert hat und es sich nicht um eine gefestigte, unter den heute herrschenden Verhältnissen aktualisierbare berufliche Erfahrung handelt. Der Beschwerdeführer ist ausgebildeter Elektrotechniker, wobei er auf diesem Beruf nur von 1984 bis 1985 arbeitete und somit nicht über einschlägige Berufserfahrung verfügt. Damit steht fest, dass er nicht auf eine gefestigte und unter den heute herrschenden Verhältnissen aktualisierbare berufliche Erfahrung zurückgreifen kann, welche für die Selbsteingliederung nutzbar gemacht werden könnte, noch verfügt er über eine besonders breite Ausbildung.

E. 7.5.3

Das Bundesgericht bejahte die Zumutbarkeit der Selbsteingliederung bei einem über 55-jährigen Mann, da dieser besonders agil und gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert war (Urteil des BGer 9C_68/2011 E. 3.3), was auf den im vorliegenden Fall betroffenen Beschwerdeführer jedoch nicht zutrifft.

E. 7.5.4

Vorliegend fehlen konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zuliessen, der Beschwerdeführer könne sich trotz 18½-jähriger Abstinenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die Rentenaufhebung ohne vorherige Abklärungen bzw. ohne eine den Verhältnissen angepasste Durchführung befähigender Massnahmen ist bundesrechtswidrig. Die Vorinstanz wird die Verwertbarkeit der wiedergewonnenen Arbeitsfähigkeit zu prüfen und gegebenenfalls

Eingliederungsmassnahmen an die Hand zu nehmen haben. Anschliessend wird über die revisionsweise Aufhebung des Rentenanspruchs neu zu verfügen sein (vgl. Urteil des BGer 9C_183/2015 E. 5).

E. 8

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

E. 9

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung gilt praxismässig als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E 6). Der unterliegenden Vorinstanz sind jedoch keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG und Art. 6 Bst. B des Reglementes vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR. 173.320.2]).

E. 9.1

Dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer 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 VGKE), 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 seines anwaltlichen Vertreters (vgl. Art. 10 Abs. 1 und 2 VwVG). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands erachtet das Bundesverwaltungsgericht eine Parteientschädigung von Fr. 3'300.- 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).

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