

BVGer C-1524/2011 vom 13. Mai 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-05-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1524_2011

FR: TAF C-1524/2011 du 13 mai 2013

IT: TAF C-1524/2011 del 13 maggio 2013

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1.1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zuständig für die Beurteilung von Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 (Verwaltungsverfahrensgesetz, VwVG, SR 172.021), sofern kein Ausnahmetatbestand erfüllt ist (Art. 31, 32 des Bundesgesetzes über das Bundesverwaltungsgericht vom 17. Juni 2005 [Verwaltungsgerichtsgesetz, VGG, SR 172.32]). Zulässig sind Beschwerden gegen Verfügungen von Vorinstanzen gemäss Art. 33 VGG. Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland ist eine Vorinstanz im Sinn von Art. 33 Bst. d VGG (vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG, SR 831.20]), und eine Ausnahme nach Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist daher zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Gemäss Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Das VwVG findet aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG jedoch keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG anwendbar ist.

E. 1.2

Der Beschwerdeführer ist durch den angefochtenen Entscheid besonders berührt und hat an dessen Aufhebung oder Änderung ein schutzwürdiges Interesse (Art. 48 Abs. 1 VwVG; vgl. auch Art. 59 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 [ATSG, SR 830.1]). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

E. 1.3

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 VwVG; vgl. auch Art. 60 ATSG) und der Beschwerdeführer hat den einverlangten Kostenvorschuss innert der gesetzten Frist bezahlt, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist serbischer Staatsangehöriger. Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben zunächst die Bestimmungen des Abkommens vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Republik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1, in Kraft seit 1. März 1964) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 198 E. 2b, 122 V 381 E. 1). Zwischenzeitlich hat die Schweiz mit Nachfolgestaaten des ehemaligen

Jugoslawiens (Kroatien, Slowenien, Mazedonien), nicht aber mit der Republik Serbien, neue Abkommen über die Soziale Sicherheit abgeschlossen. Für den Beschwerdeführer als Bürger von Serbien findet demnach weiterhin das schweizerisch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 8. Juni 1962 Anwendung. Gemäss Art. 2 des Abkommens sind Angehörige der Vertragsstaaten in den Rechten und Pflichten aus der Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung einander gleichgestellt, soweit in diesem Abkommen und seinem Schlussprotokoll nichts Abweichendes bestimmt ist. Mangels einer einschlägigen abkommensrechtlichen Regelung ist die Ausgestaltung des Verfahrens sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente grundsätzlich Sache der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 253 E. 2.4). Daraus folgt, dass die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht den Leistungsanspruch der beschwerdeführenden Partei grundsätzlich nach den Regeln des schweizerischen Rechts zu beurteilen haben.

E. 2.2

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 14. Februar 2011) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis).

E. 2.3

In materiell-rechtlicher Hinsicht ist auf jene Bestimmungen des IVG und der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 832.201) respektive des ATSG und der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) abzustellen, die für die Beurteilung eines Rentenanspruchs jeweils relevant waren und in Kraft standen. Da vorliegend der Rentenanspruch ab 1. April 2011 strittig ist, ist vorliegend auf die Fassungen gemäss den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) abzustellen. Im Folgenden wird - ohne anderslautende Hinweise - jeweils auf diese Fassungen Bezug genommen. Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]).

E. 2.4

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

E. 2.5

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2009/65 E. 2.1).

E. 3.1

Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die Schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet (VI 26, VI

84 S. 10), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG erfüllt ist.

E. 3.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Nach Art. 4 IVG kann die Invalidität Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Abs. 1); sie gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Abs. 2). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen 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). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). 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 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [5. IV-Revision], in Kraft seit 1. Januar 2008).

E. 3.3

Der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes ist ein theoretischer und abstrakter Begriff, welcher dazu dient, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Nach der Gerichtspraxis ist für die Annahme eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes zu prüfen, ob die verbliebene Arbeitskraft nutzbar wäre, würden die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen (unveröffentlichter Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 10. Mai 1995, E. 5a; vgl. Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, S. 124 mit weiteren Hinweisen). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt kennzeichnet sich durch ein Gleichgewicht zwischen Angebot von Stellen und Nachfrage nach solchen; dabei muss zudem ein Fächer verschiedenartiger Stellen vorliegen, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Fähigkeiten wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (vgl. BGE 110 V 276 E. 4b; ZAK 1991 321 E. 3b). An einem solchen ausgeglichenen Arbeitsmarkt fehlt es etwa dort, wo die Umsetzung der verbleibenden Erwerbsmöglichkeit einen absolut einmaligen Glücksfall darstellt (SVR 1996 IV Nr. 70) oder wo aufgrund der bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen ein entsprechender Arbeitsplatz nicht ohne weiteres gefunden werden kann (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zürich 2009, Rz. 26 zu Art. 7; Derselbe, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG], in: Ulrich Meyer [Herausgeber], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV: Soziale Sicherheit, 2. Auflage, Basel 2007, S. 249, Rz 37; Thomas Locher, a.a.O., S. 124). Massgebend ist, inwiefern sich das dem Versicherten verbliebene Leistungsvermögen auf dem für ihn in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt wirtschaftlich verwerten lässt (BGE 110 V 276 E. 4b, ZAK 1991 S. 321 E. 3b). Daraus folgt, dass für die Invaliditätsbemessung nicht darauf abzustellen ist, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch

wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (AHI 1998 S. 291 E. 3b).

E. 3.4

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch psychische Gesundheitsschäden eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG [4. Revision]). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen, BGE 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektiven Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1, BGE 127 V 294 E. 4c in fine).

E. 3.5

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70%, auf eine Dreiviertelrente von mindestens 60%, auf eine halbe Rente bei einem solchen von mindestens 50% und auf eine Viertelsrente von mindestens 40%. 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. Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben, was vorliegend nicht zutrifft (Art. 29 Abs. 4 IVG).

E. 3.6

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). Anlass zur Rentenrevision gibt nach der Rechtsprechung jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 125 V 368 E. 2). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben; zudem kann auch eine Wandlung des Aufgabenbereichs einen Revisionsgrund darstellen (BGE 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b; AHI 1997 S. 288 E. 2b). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums zu prüfen (SVR 2004 IV Nr. 17 S. 54 E. 2.3; AHI 2002 S. 164; Urteil des Bundesgerichts 8C_751/2007 vom 8. Dezember 2008 E. 4.3.2). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 104 E. 3a). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs

zum Nachteil des Versicherten (BGE 115 V 308 E. 4a bb). Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten und Hilflosenentschädigungen erfolgt gemäss Art. 88bis Abs. 2 Bst. a IVV frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an.

E. 3.7

Nach der Rechtsprechung ist als zeitliche Vergleichsbasis einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2, 125 V 368 E. 2). Die Rechtsprechung gemäss BGE 130 V 71 hat auch für die Rentenrevision, sei es auf Gesuch hin oder von Amtes wegen, zu gelten. Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet somit auch hier die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismwürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4 mit Hinweis auf 130 V 71 E. 3.2.3).

E. 3.8

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. Es sind demnach nicht nur die Erwerbsmöglichkeit im angestammten Beruf, sondern auch in zumutbaren Verweisungstätigkeiten zu prüfen. Bei der Bemessung der Invalidität ist auf die objektiven wirtschaftlichen Folgen der funktionellen Behinderung abzustellen, welche nicht zwingend mit dem vom Arzt festgelegten Grad der funktionellen Einschränkung übereinstimmen müssen (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b.cc). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a). 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 viel-mehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilich-keit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

E. 4

Streitig und damit zu prüfen ist vorliegend, ob die Vorinstanz zu Recht mit Verfügung vom 14. Februar 2011 die ganze Invalidenrente des Beschwerdeführers mit Wirkung ab dem 1. April 2011 auf eine halbe Rente herabgesetzt hat. Der Beschwerdeführer beantragt, es sei ihm weiterhin eine ganze Rente zu gewähren bzw. es sei eine fachärztliche Untersuchung in der Schweiz durchzuführen. Der rechtserhebliche Sachverhalt wird einerseits durch die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt St. Gallen vom 8. Januar 2007 (VI 35), die auf einer vorhergehenden materiellen Prüfung beruht, und andererseits durch die Verfügung der Vorinstanz vom 14. Februar 2011 bestimmt (VI 101). Nicht relevant sind vorliegend die Verfügung vom 5. September 2006 (VI 34), da diese nachträglich korrigiert wurde, sodann diejenige vom 18. Mai 2007, in welcher die Kinderrenten wegen Überversicherung gekürzt wurden (VI 36), und zuletzt auch die Mitteilung der Vorinstanz vom 30. November 2007 wegen Wegzugs ins Ausland (VI 39). Es ist somit zu prüfen, ob zwischen der Verfügung vom 8. Januar 2007 und der angefochtenen Verfügung vom 14. Februar 2011 eine anspruchsbeflussende Änderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist.

E. 4.1

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen stützte sich in ihrer Verfügung vom 8. Januar 2007 im Wesentlichen auf die Arztberichte von Dr. C. _____ (Allgemeinmediziner) vom 13. Dezember 2005 (VI 19/20) und von Dr. D. _____ des psychiatrischen Zentrums Rorschach vom 31. März 2006 (VI 15/16). Dr. C. _____ gab folgende Beurteilung ab: Valvuläre Herzkrankheit mit schwerer Aorteninsuffizienz, chronisches Lumbovertebralsyndrom bei Diskushernie L4/L5 und Spondylarthrose, jeweils mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Daneben diagnostizierte er ein Cervikalsyndrom ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Er hielt fest, dass die bisherige Tätigkeit dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar und er in einer leichten Verweistätigkeit noch maximal zu 20% arbeitsfähig sei (act. 19/20). Das psychiatrische Zentrum Rorschach (Dr. D. _____) schloss in seinem Bericht auf eine depressive Entwicklung (ICD-10 F32.0) bei psychosozialer Belastungssituation (4-jährige Arbeitslosigkeit und Abhängigkeit vom Sozialamt, Trennung von seiner Familie, die im Kosovo lebt, chronische Rückenschmerzen, Herzkrankheit). Er sei seit dem 6. Mai 2005 in ambulanter Behandlung. Die Prognose sei im Hinblick auf den bisherigen Verlauf der Erkrankung und aufgrund der Komplexität und der auslösenden Faktoren seiner psychischen Störung als eher zweifelhaft einzuschätzen. Aus psychiatrischer Sicht sei eine sitzende, leidensangepasste Tätigkeit zu 4,5 bis 5 Stunden täglich mit einer 10-15% reduzierten Leistung zumutbar (act. 15/16). Der RAD Ostschweiz übernahm in seiner Stellungnahme vom 29. Mai 2006 im Wesentlichen die medizinischen Feststellungen der Ärzte und schloss, v.a. wegen des unbestrittenen schweren Herzleidens, auf eine Arbeitsunfähigkeit von 100% seit März 2005 (rein psychiatrische Arbeitsunfähigkeit [AUF] = 50%). Die zumutbare Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit sei ohne Operation des schweren Klappenfehlers sowie bei vorliegender Depression sehr tief anzusetzen (VI 26). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen sprach dem Beschwerdeführer deshalb eine ganze Rente zu. Daneben befanden sich ein Bericht von Dr. F. _____ (Radiologe) vom 28. April 2004 nach einer

thoraco-lumbalen Computertomographie (VI 25) sowie zwei Arztberichte des Kantonsspitals St. Gallen vom 11. Mai 2004 und vom 11. Mai 2005 in den Akten, welche ein chronisches Lumboischialgie-Syndrom linksseitig (VI 2) bzw. eine schwere Aortenklappeninsuffizienz, Anstrengungsdyspnoe NYHA I-II, und störende Palpationen sowie ein chronisches Rückenleiden (VI 5) diagnostizierten.

E. 4.2

Die angefochtene, rentenherabsetzende Verfügung der Vorinstanz (VI 101) sowie der Schlussbericht des vorinstanzlichen RAD vom 31. Januar 2011 (VI 100) stützten sich hauptsächlich auf das ausführliche polydisziplinäre medizinische Gutachten der MEDAS in Basel vom 9. Juli 2010 (VI 84).

E. 4.2.1

Dem MEDAS-Gutachten lagen sämtliche vorangehenden medizinischen Unterlagen zugrunde (vgl. MEDAS-Gutachten, VI 84, S. 3-8), von denen die nachfolgenden als wesentlich zu betrachten sind: - Entlassungsbericht vom 24. Dezember 2008 von Dr. G._____, Kardiologe, sowie von Dr. H._____, Herzchirurg des Instituts für kardiovaskuläre Krankheiten in Belgrad (VI 63); daraus geht hervor, dass dem Beschwerdeführer am 18. Dezember 2008 erfolgreich eine künstliche Herzklappe eingesetzt wurde (Typus St. Jude). - Entlassungsbericht vom 24. Februar 2009 von Dr. I._____ und von Dr. J._____ des neurologischen Dienstes des Spitals von Jagodina (VI 64) im Anschluss an die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 11. Februar 2009 bis am 24. Februar 2009. Darin wurden folgende Diagnosen gestellt: Discus hernia L5/S1. Lumboischialgia bill. pp. l. sin. (M 51). Depressio (F 33.2). St. post implantationem valvulae aortae a.m. II (I 35). - Bericht von Dr. J._____ des neurologischen Dienstes des Spitals von Jagodina vom 2. März 2009 (VI 65) im Anschluss an eine durchgeführte Elektromyographie; dort wurde eine chronische neurologische Schädigung zwischen S1 und L5 diagnostiziert. - Bericht derselben Ärztin vom 10. August 2009 (VI 73) mit folgenden Diagnosen: Depressio endoreactiva (F 33.3 - F 33.2). Discus hernia L5/S.1 bil pp. l. sin. (M 51). Radiculopathia L/S (G 54.4). St. post implantationem valvulae artefitialis aortae ante monas VI.

E. 4.2.2

Der MEDAS-Bericht selbst ergab folgendes Bild: - Anamnese (Dr. K._____): Der Versicherte gibt an, er habe seit 1987 Rückenschmerzen im Lendenbereich. Nach durchgemachter 24-stündiger Kriegsgefangenschaft (1991) habe sich eine Depression eingestellt, welche nach der Herzoperation schlimmer geworden sei. Seit der Herzoperation könne er nicht mehr auf der linken Seite schlafen, was zu erhöhter Nervosität führe. Auch die Rückenschmerzen seien schlimmer geworden. Ihm erscheine alles sinnlos, er habe schwarze Gedanken. Er sei zur Zeit in seiner Heimat in psychiatrischer Behandlung bei Dr. S. J._____ (recte: J._____). Beruflich habe er nach seiner Rückkehr in die Schweiz (1991) an diversen Stellen als Hilfsarbeiter gearbeitet, zuletzt 2002 bis 2003 in einer Giesserei und 2003-2005 in einer Schleiferei; bei beiden Stellen habe er die Arbeiten wahlweise sitzend oder stehend ausführen können (VI 84 S. 10). - Allgemein- und internistischer Status (Dr. K._____): Status nach St. Jude Aortenklappenersatz, anamnestische Hypercholesterinämie, Adipositas, chronisches Rückenleiden. Aus allgemeinmedizinischer und internistischer Hinsicht bestehe eine gut erhaltene Restarbeitsfähigkeit. Rein kardiologisch bestehe keine Einschränkung für leichte und

mittelschwere Tätigkeiten (VI 84 S. 13 f.). - Rheumatologischer Status (Dr. L._____): Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit pseudoradiculärer Ausstrahlung ins linke Bein bei distal-lumbalen Discopathien und Spondylarthrosen sowie deutlichen Zeichen eines sogenannten vermehrten Schmerzgebarens, ansatztendinotische Beschwerden am medialen Beckenarm links mehr als rechts mit pseudoradiculärer Ausstrahlung ins linke Bein; muskuläre Dysbalance am Beckengürtel beiderseits. Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine verminderte Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine geringgradige Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Sinne eines erhöhten Pausenbedarfs (VI 84 S. 15 ff.). - Neurologischer Status (Dr. M._____): chronisches pseudoradiculäres Reizsyndrom bei Discusprotrusion L4/L5 ohne radiculäre Ausfälle. Der Versicherte leide unter belastungsabhängigen chronischen lumbalen Rückenschmerzen mit intermittierender Lumboischialgie links bei bekannter Discusprotrusion L4/L5 sowie L5/S1. Der Versicherte sei für schwere rückenbelastende Tätigkeiten nicht einsetzbar, aber für körperlich leichte Tätigkeiten mit der Möglichkeit, die Position zu wechseln, voll arbeitsfähig (VI 84 S. 19 ff.). - Kardiologischer Status (Prof. Dr. N._____): Status nach St. Jude-Aortenklappenersatz im Dezember 2008 in Serbien wegen schwerer Aorteninsuffizienz (Koronarographie und LV-EF präoperativ normal). Kardial aktuell keine typischen Beschwerden, aus kardiologischer Sicht keine Einschränkung für leichte und mittelschwere Tätigkeiten (VI 84 S. 21 f.). - Psychiatrischer Status (Dr. O._____): Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F 33.11) mit somatischem Syndrom und mit nächtlichen Panikattacken (ICD-10 F 41.0). Der Versicherte klage über Symptome des depressiven Formenkreises, akzentuiert nach einem operativen Aortenklappenersatz nach vorübergehender Besserung. Er beklage heute insbesondere einen ganz erheblichen Interessensverlust, einen verminderten Antrieb, eine depressive Stimmungslage. Darüber hinaus Insuffizienz und Schuldgefühle, Schlafstörungen, nächtliche Angst- und Panikattacken. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte aktuell zu ca. 50% einsetzbar. Hierbei bestehe aufgrund der erhöhten Ermüdbarkeit sowohl eine verminderte mögliche zeitliche Präsenz, als auch ein vermindertes Rendement, sodass die gesamte Restarbeitsfähigkeit bei 50% liege. Als medizinische Massnahme bezeichnete Dr. O._____ eine Umstellung der Medikation und auch die Intensivierung der psychotherapeutischen Bemühungen, sodass theoretisch eine Besserung der Depression erreichbar sein sollte. Aufgrund der Laborbefunde sei davon auszugehen, dass der Versicherte das Mittel "Remeron" inkonstant einnehme (VI 84 S. 23 ff.).

E. 4.2.3

Die MEDAS-interne Kommission für medizinische Begutachtung (KMB) stellte im Anschluss an diese Untersuchungen im Rahmen einer gemeinsamen Sitzung unter Beisein der Dres. O._____, K._____ und L._____ im Konsens mit den übrigen Gutachtern folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischem Syndrom und mit nächtlichen Panikattacken. Daneben erhoben sie folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: chronisches Lumbovertebralsyndrom mit pseudoradiculärer Ausstrahlung ins linke Bein bei distal-lumbalen Discopathien und Spondylarthrosen; ansatztendinotische Beschwerden am medialen Beckenarm links mehr als rechts mit pseudoradiculärer Ausstrahlung ins linke Bein; muskuläre Dysbalance am Beckengürtel beiderseits; Status nach St. Jude-Aortenklappenersatz im Dezember 2008 in Serbien bei schwerer Aorteninsuffizienz; Adipositas; Anamnestiche Hypercholesterinämie (VI 84 S. 28). Die

Kommission kam im MEDAS-Gutachten zum Schluss, dass im somatischen Bereich heute kein Leiden mit einer wesentlichen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit diagnostiziert werden müsse. Eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit in körperlich schwerer Tätigkeit ergebe sich allerdings bei Status nach Thoracotomie und auch aus rheumatologisch-neurologischen Gründen; aus rheumatologisch-neurologischer Sicht werde die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in der angestammten Tätigkeit nicht eingeschränkt. Führend sei das psychische Leiden, welches die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in angestammter wie adaptierter Tätigkeit heute einschränke. Der Versicherte sei aktuell in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit ab ca. Februar/März 2009 zu 50% einsetzbar. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründe sich aufgrund des psychischen Leidens. Das psychische Leiden des Versicherten werde zur Zeit ungenügend behandelt; bei einer Verbesserung sei prinzipiell mit einer weiteren deutlichen Steigerung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu rechnen (VI 84, S. 29-32).

E. 4.2.4

Der RAD nahm nebst dem MEDAS-Gutachten etliche Berichte von Dr. J. _____, Neuropsychiaterin, im Zeitraum vom 30. April 2009 bis zum 10. August 2009 zu den Akten (VI 66-73), ebenso die im Anschluss an den Vorbescheid vom 4. November 2010 eingereichten medizinischen Unterlagen (VI 89-97), namentlich die Berichte von Dr. J. _____ vom 7. September und 15. November 2010 (VI 96), den ausführliche Bericht derselben Ärztin vom 26. November 2010 (VI 97) sowie diverse Laborberichte. Dr. E. _____ des RAD kam aufgrund der medizinischen Unterlagen, insbesondere des ausführlichen MEDAS-Gutachtens, in ihrer Stellungnahme (VI 100, S. 15) zum Schluss, dass eine aktuell mittelschwere rezidivierende depressive Störung vorhanden sei (F 33.11) mit somatischem Syndrom und nächtlichen Panikattacken. Daneben diagnostizierte sie - ebenfalls mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - ein chronisches lumbovertebrales Syndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung ins linke Bein. Der RAD setzte die Arbeitsfähigkeit sowohl für die bisherige Tätigkeit als auch für eine angepasste Tätigkeit ab Februar 2009 auf 50% fest.

E. 5

Das Gericht würdigt die medizinischen Unterlagen, insbesondere das MEDAS-Gutachten (VI 84), die Stellungnahme von Dr. E. _____ des RAD (VI 100) sowie die vorgängig erstellten medizinischen Unterlagen wie folgt:

E. 5.1

In psychischer Hinsicht legt der MEDAS-Bericht in nachvollziehbarer Weise dar, dass eine rezidivierende mittelgradige Depression vorliegt. Das psychische Leiden begrenzt die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf 50%. Es gibt keinen Grund, an der festgestellten Intensität der psychischen Beeinträchtigung zu zweifeln. Auch der RAD-interne Bericht von Dr. P. _____ (Facharzt FMH Psychiatrie/Psychotherapie) vom 2. August 2011 kommt zum Schluss, dass es keinen Grund gebe, dem MEDAS-Gutachten nicht zu folgen (VI 104, S. 14). Das MEDAS-Gutachten vom 9. Juli 2010 (VI 84) erfüllt in Bezug auf den festgestellten psychischen Gesundheitszustand die an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens gestellten Kriterien hinsichtlich Vollständigkeit, Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit sowie Unabhängigkeit (vgl. vorne, E. 3.8, Bundesgerichtsentscheid 9C_575/2011 vom 12. Oktober 2011 E. 3.3, BGE 134 V 109, BGE 132 V 376, BGE 132 V 93).

E. 5.2

In somatischer Hinsicht hat sich - im Hinblick auf die kardiologische Problematik - nach der Herzoperation eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ergeben. Dem MEDAS-Gutachten ist zu entnehmen, dass ein komplikationsloser Verlauf vorliegt und dass aus kardiologischer Sicht eine leichte oder mittelschwere Tätigkeit ab Februar/März 2009 ohne weiteres ganztags zumutbar ist. Auch hier gibt es keinen Anlass, den Beurteilungen der Ärzte, wonach sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach erfolgreich verlaufener Herzoperation wesentlich verbessert hat, nicht zu folgen.

E. 5.3

Die beschwerdeweise vorgebrachten Argumente zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vermögen die obigen Feststellungen zum psychischen und zum kardiologischen Status nicht zu widerlegen. Der Beschwerdeführer macht geltend, sein Zustand habe sich nicht verbessert, sondern verschlimmert (act. 1), und verweist dabei auf den Arztbericht von Dr. J. _____ vom 26. November 2010 (VI 97). Dort wird die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als erheblich eingeschränkt dargestellt; allerdings liegt dort die Begründung nicht nur im Gesundheitszustand des Beschwerdeführers, sondern vor allem in der Tatsache, dass er nur 8 Jahre Schulbildung genossen habe und dass er in Serbien keine seiner Gesundheit angepasste teilzeitige Arbeit finden könne. Dass in Serbien eine solche Arbeit kaum zu finden sei, ist nach konstanter Rechtsprechung und auch im vorliegenden Fall für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht von Bedeutung, da von einem objektiven Invaliditätsbegriff und von einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auszugehen ist (Art. 7 Abs. 1 ATSG, vgl. vorne ausführlich E. 3.3). Die zusammen mit der Beschwerdeschrift (act. 1) eingereichten Unterlagen für den vorliegend relevanten Zeitraum bis zum 14. Februar 2011 enthalten schon bekannte medizinischen Akten aus der Zeit vor der MEDAS-Untersuchung und bringen zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers keine neuen Erkenntnisse.

E. 6

Zur Intensität der Rückenproblematik bestehen in den medizinischen Akten Widersprüche zwischen den Feststellungen in den Berichten von Dr. J. _____ in den Jahren 2008 bis 2010 und denjenigen im MEDAS-Bericht aus dem Jahr 2010.

E. 6.1

Die in der Heimat des Beschwerdeführers zuständige Neuropsychiaterin, Dr. J. _____, attestierte in all ihren Berichten der Jahre 2008 bis Ende 2010 durchgehend eine Diskushernie L5-S1 (ICD-10 M51 [vgl. VI 57, 64, 66, 67, 73, 92, 96, 97]). Im Bericht vom 2. März 2009 wurde mittels EMG "une lésion neurogène chronique (pour la S1 seulement irritative), et très prononcée des racines S1 à L5 bilatéralement, et une lésion modérément prononcée, chronique de la racine L4 bilatéralement" festgestellt (VI 65). Ebenso wurden in etlichen ihrer Berichte positive Lazarevic-Tests erwähnt (VI 50a, 64, 67). Im Austrittsbericht des Spitals von Jagodina vom 24. Februar 2009 hielt dieselbe Ärztin fest: "Bilan neurologique: Lazarevic positif bilatéralement, 45° à gauche, 55° à droite, réflexes myotatiques sur les membres inférieures..." (VI 64). Auch eine bestehende Radikulopathie wurde mehrfach attestiert (VI 66, 73, 92, 97).

E. 6.2

Der klinische Befund des MEDAS-Gutachtens (VI 84, vgl. vorne E. 4.2.2) zur Rückenproblematik schloss hingegen lediglich auf ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung ins linke Bein (rheumatologischer Status, S. 17) bzw. auf ein chronisches pseudoradikuläres Reizsyndrom bei Discusprotrusion L4/5 ohne radikuläre Ausfälle (neurologischer Status, S. 20). Beide untersuchenden Ärzte (Rheumatologe/Neurologe) führten ebenfalls einen Lazarevic-Test durch, welcher ähnliche Resultate ergab, wie sie im Austrittsbericht von Dr. J. _____ vom 24. Februar 2009 festgehalten wurden (VI 64). Auf die von Dr. J. _____ in ihren Berichten durchgehend festgestellte Diskushernie und Radikulopathie gingen die beiden Spezialärzte nicht weiter ein, ebenso wenig wurde diese Tatsache an der gemeinsamen Sitzung der untersuchenden MEDAS-Ärzte diskutiert. In der schriftlichen Zusammenfassung der Ergebnisse (VI 84 S. 29) wurden die Diagnosen von Dr. J. _____ bezüglich Diskushernie und Radikulopathie zwar kurz erwähnt, auf den Widerspruch zwischen den Diagnosen von Dr. J. _____ und denjenigen der beiden MEDAS-Spezialärzte bezüglich Intensität sowie deren mögliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gingen sie jedoch nicht weiter ein. Auch der RAD hat sich mit diesem Widerspruch nicht weiter auseinandergesetzt mit dem Hinweis, es bestehe keine motorische Ausfallsymptomatik und die angegebene Sensibilitätsstörung am linken Bein habe auch schon 2004 bestanden. "Die vorliegenden Informationen zeigten nicht wirklich eine relevante Veränderung." "Die Situation von Seiten des Rückens ist unverändert." (VI 100 S. 17).

E. 6.3

Angesichts dieses nicht ausgeräumten Widerspruchs kann unter den gegebenen Umständen nicht ausgeschlossen werden, dass die Rückenprobleme des Beschwerdeführers ein Ausmass erreichen, welches über die durch die psychischen Beeinträchtigungen entstandene 50-prozentige Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorne E. 5.1, VI 84 S. 30) hinausgeht; auch kann nicht ausgeschlossen werden, dass der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers ein Mass erreicht, welches die Herabsetzung der ganzen auf eine halbe Rente als unrechtmässig erscheinen liesse. Das Bundesverwaltungsgericht kann somit nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beurteilen, ob die bisher gewährte ganze Rente zu Recht revisionsweise auf eine halbe Rente ab dem 1. April 2011 herabgesetzt wurde (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung hat das Gericht, das den Sachverhalt als ungenügend abgeklärt erachtet, die Sache zur weiteren Beweiserhebung an die Verwaltung zurückzuweisen oder selber die nötigen Instruktionen vorzunehmen (ZAK 1987 S. 264 E. 2a). Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die der Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung an die IVSTA entgegenstehen würden, zumal vorliegend ergänzende Abklärungen in orthopädischer Hinsicht vorzunehmen sind (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Die angefochtene Verfügung ist daher aufzuheben und die Sache an die IVSTA zurückzuweisen, damit sie ergänzende medizinische Abklärungen (Durchführung einer zusätzlichen Begutachtung in Bezug auf die Rückenproblematik des Beschwerdeführers in der Schweiz, Auseinandersetzung mit den abweichenden serbischen Arztberichten, nachvollziehbar begründete Beurteilung betreffend Restarbeitsfähigkeit) vornehme und anschliessend über den revisionsweise bestehenden Rentenanspruch neu verfüge.

E. 7

Anzumerken bleibt, dass die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung dem Beschwerdeführer ausdrücklich angedroht hat, dass Leistungen vor-übergehend oder

dauernd entzogen werden können, falls sich die versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, widersetzt. Dies ist korrekt, stellten doch die Ärzte übereinstimmend fest (VI 84, 97, 100), dass der Beschwerdeführer die Medikamente nicht oder nur unzureichend einnimmt. Der Beschwerdeführer macht zwar geltend, die Einnahme der Antidepressiva würde die antikoagulante Therapie beeinträchtigen; dies sei vom fachärztlichen Dienst der Vorinstanz nicht beachtet worden, der Vorwurf der mangelnden Therapietreue sei deshalb unrichtig. Der Bericht von Dr. J. _____ vom 26. November 2010 (VI 97), auf den sich der Beschwerdeführer dabei beruft, bestätigt indes nur, dass der Beschwerdeführer aus Angst vor dieser Beeinträchtigung die Schmerzmittel und die Antidepressiva nur mit Zurückhaltung einnehme; der Bericht bestätigt jedoch nicht, dass die Einnahme der Mittel tatsächlich die antikoagulante Behandlung beeinflusst oder auch nur Anzeichen dafür bestehen würden. Die RAD-Stellungnahme vom 31. Januar 2011 ihrerseits hält fest, dass eine Blutverdünnung kein Grund sei, die Antidepressiva nicht einzunehmen (VI 100, S. 18). Die Angst des Beschwerdeführers, die Einnahme der Antidepressiva würde die Blutbehandlung erschweren, ist deshalb unbegründet und der Vorwurf der mangelnden Therapietreue berechtigt.

E. 8

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 8.1

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), sodass der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.- dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm anzugebendes Konto zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

Dem obsiegenden, jedoch nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind keine verhältnismässig hohe Kosten im Sinne von Art. 64 Abs. 1 VwVG entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung auszurichten ist. Die Vorinstanz hat keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

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