

# **BVGer C-179/2021 vom 28. Juni 2023**

Bundesverwaltungsgericht, 2023-06-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-179\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-179_2021)

FR: TAF C-179/2021 du 28 juin 2023

IT: TAF C-179/2021 del 28 giugno 2023

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft seine Zuständigkeit von Amtes wegen (Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [Verwaltungsverfahrensgesetz, VwVG, SR 172.021]). Vorliegend ist es zur Behandlung der Beschwerde vom 14. Januar 2021 zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht [Verwaltungsgerichtsgesetz, VGG, SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, womit er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 14. Januar 2021 ist damit einzutreten (Art. 60 Abs. 1 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 Bst. c ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 13. November 2020, mit der die Vorinstanz die ganze Rente des Beschwerdeführers revisionsweise auf den ersten Tag des zweiten Monats nach Zustellung der Verfügung aufgehoben hat.

### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer ist türkischer Staatsangehöriger und wohnt in der Türkei, weshalb das Abkommen vom 1. Mai 1969 zwischen der Schweiz und der Republik Türkei über soziale Sicherheit (SR 0.831.109.763.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) Anwendung findet. Nach Art. 2 Abs. 1 Sozialversicherungsabkommen sind die Staatsangehörigen der einen Vertragspartei in ihren Rechten und Pflichten aus der Gesetzgebung der anderen Vertragspartei – wozu auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört (vgl. Art. 1 Bst. B Abs. 1 Bst. b Sozialversicherungsabkommen) – einander gleichgestellt, soweit nichts anderes bestimmt ist. Insbesondere steht türkischen Staatsangehörigen bei anwendbarem Schweizer Recht ein Anspruch auf ordentliche Invalidenrenten unter den gleichen Voraussetzungen wie Schweizer Staatsangehörigen zu (Art. 10 Abs. 1 Sozialversicherungsabkommen). Vorbehalten bleibt die Regelung, dass ordentliche

C-179/2021 Seite 9 Renten für Versicherte, die weniger als zur Hälfte invalid sind, türkischen Staatsangehörigen, welche die Schweiz endgültig verlassen, nicht ausgerichtet werden können (Art. 10 Abs. 2 Satz 1 Sozialversicherungsabkommen). Weitere, im vorliegenden Verfahren relevante Abweichungen vom Gleichbehandlungsgrundsatz finden sich weder im Abkommen selbst noch in der dazugehörigen Verwaltungsvereinbarung vom 14. Januar 1970 (SR 0.831.109.763.11). Demnach bestimmt sich vorliegend die Frage, ob weiterhin Anspruch auf IV-Leistungen besteht, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 1, 2 und 4 Sozialversicherungsabkommen). Ferner besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E. 4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung durch das Gericht (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

### **E. 3.2**

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. 3.3**

Gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen ist das Bundesverwaltungsgericht 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 2013/46 E. 3.2).

### **E. 3.4**

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

### **E. 3.5**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1),

C-179/2021 Seite 10 weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 13. November 2020 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

Im vorliegenden Fall sind damit insbesondere die erst per 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen im Rahmen der sogenannten «Weiterentwicklung der IV» im Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (SR 831.20), in der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (SR 831.201) sowie im Bundesgesetz vom

### E. 3.6

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit- sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 13. November 2020) eingetretenen Sachver- halt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwal- tungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Berichte, die sich über den vorliegend massgebenden Zeitraum aussprechen, hat das Gericht auch dann zu berücksichtigen, wenn sie nach dem Verfügungserlass datieren (Urteil des BGer 9C\_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.2 m.w.H.).

4. 4.1 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgaben- bereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens

C-179/2021 Seite 11 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG [Stand am 1. Januar 2020; vgl. oben E. 3.5 zwei- ter Absatz]). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG; vgl. auch bereits oben E. 3.1).

4.2 4.2.1 Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG ([Stand am 1. Oktober 2019, vgl. dazu oben E. 3.5 zweiter Absatz]) ist die Rente bei einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrades von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zu- kunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Revisi- onsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszu- standes oder der erwerblichen Auswirkungen sein (BGE 141 V 9 E. 2.3). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Renten- anspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, das heisst unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlag- gebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invalidi- tätsschätzungen zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b; SVR 2011 IV Nr. 37 E. 1.1).

4.2.2 Eine abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt indessen nicht zu einer materiellen Revision (BGE 115 V 308 E. 4a/bb). Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Diffe- renzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderun- gen abzugrenzen (URS MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, 2003, Rz. 490). Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unter- schiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen (vgl. Urteil des BGer 9C\_243/2010 vom 28. Juni 2011 E. 3.4.2.3). Auch eine Veränderung von versicherungsmedizinischen Beurteilungsparametern kann zu einer abweichenden ärztlichen Schlussfolgerung hinsichtlich eines tatsächlich gleich gebliebenen Zustandes führen. Eine neue medizinische Beurteilung etwa, die mit der Entwicklung der Rechtspraxis begründet wird, kann weder unter dem Gesichtspunkt von Art. 17 ATSG noch unter einem anderen Anpassungstitel eine neue Beurteilung des Anspruchs veranlas- sen (BGE 135 V

201 und 215; vgl. aber als Ausnahme die – vorliegend

C-179/2021 Seite 12 nicht anwendbaren – am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011). Eine zwischen- zeitlich veränderte Rechtspraxis darf erst im Rahmen einer festgestellten erheblichen Tatsachenänderung berücksichtigt werden (vgl. oben E. 4.2.1 in fine). 4.2.3 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer ma- teriellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhalts- abklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensver- gleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswir- kungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4). Eine Mitteilung nach Art. 74ter Bst. f und Art. 74quater Abs. 1 IVV, mit der eine Re- vision von Amtes wegen abgeschlossen wurde mit der Feststellung, es sei keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse eingetreten, ist einer rechtskräftigen Verfügung gleichgestellt (Urteile des BGer 9C\_474/2013 vom 20. Februar 2014 E. 4.1 und 9C\_882/2010 vom 25. Ja- nuar 2011 E. 3.2.1 m.H.). Die Heranziehung eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf denjenigen Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen. Unter einer Sachverhaltsabklärung im Sinne von BGE 133 V 108 muss eine Abklärung verstanden werden, die – wenn sie inhaltlich zu einem anderen Ergebnis führt – geeignet ist, eine Rentenerhöhung, -her- absetzung oder -aufhebung zu begründen (Urteil 8C\_441/2012 E. 6.2 m.H., in: SVR 2013 IV Nr. 44 S. 134). 4.3 Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begeh- ren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Das Gesetz weist dem Durchführungsor- gan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Unter- suchungsgrundsatz abzuklären, sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; SUSANNE LEU- ZINGER-NAEF, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozi- alversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 413 f.). 4.3.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Für die Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu

C-179/2021 Seite 13 stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurtei- len und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich wel- cher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die strei- tigen 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a m.H.). 4.3.2 Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachteten vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizini- schen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Ren- tenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der

Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen verbesserten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des BGer 8C\_703/2020 vom 4. März 2021 E. 5.2.1.1 m.H.). 4.3.3 Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4). Berichte behandelnder Haus- und Spezialärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten hingegen mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3.b.cc; Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.w.H.), aber auch nicht von vornherein unbeachtlich (Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2). Auf Berichte des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) kann rechtsprechungsgemäss nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit

C-179/2021 Seite 14 und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7; Urteil des BGer 9C\_743/2015 vom 19. September 2016 E. 4.1). 5. Nachfolgend ist zunächst zu prüfen, ob sich der Sachverhalt im vorliegenden Fall anspruchserheblich im Sinne von Art. 17 ATSG (vgl. oben E. 4.2) verändert hat und falls ja, ab welchem Zeitpunkt. 5.1 Es ist festzuhalten, dass vorliegend die rentenzusprechende Verfügung vom 12. Mai 2011 (IVSTA-act. 50) die zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet. Die im Jahr 2014 abgeschlossene erste Rentenrevision (IVSTA-act. 101; vgl. auch oben Bst. D) basierte nämlich nicht auf einer Sachverhaltsabklärung, die geeignet gewesen wäre, eine Rentenerhöhung, -herabsetzung oder -aufhebung zu begründen (vgl. dazu oben E. 4.2.3). Im Übrigen gehen auch die Vorinstanz (vgl. BVGer-act. 7 S. 3) und der Beschwerdeführer (vgl. BVGer-act. 1 Rz. 36, 52 und 59) davon aus, dass grundsätzlich die rentenzusprechende Verfügung vom 12. Mai 2011 den vorliegend relevanten Vergleichszeitpunkt darstellt.

Die Verfügung vom 12. Mai 2011 basierte sodann im Wesentlichen auf den folgenden ärztlichen Unterlagen: 5.1.1 Im Bericht des M.\_\_\_\_\_ (nachfolgend M.\_\_\_\_\_ ) vom 4. März 2010 hielten der Psychologe N.\_\_\_\_\_ und der Oberarzt O.\_\_\_\_\_ als Diagnose eine teilremittierte wahnhafte Störung (F22.0) fest. Unter dem Titel Befund führten sie aus, der Beschwerdeführer sei im Gespräch wach, allseits orientiert, es seien keine formalen Denk-, Sinnes- oder Ich-Störungen erudierbar und ein Rapport sei herstellbar. Der Beschwerdeführer berichte von mehr oder weniger intensiven hypochondrischen Ängsten, sterben zu müssen, die ihn zum Arztbesuch zwingen würden und dem Gefühl, eine tote Mimik zu haben, wie tot zu wirken («Tunnelgefühle»), was ihn zwingt, auf den Balkon oder nach draussen zu gehen, damit Leute ihn entdecken würden, falls er umfalle. Teilweise könne er diese Gedanken kontrollieren, teilweise nicht. In den Konsultationen sei er meist im Affekt leicht deprimiert und unruhig, er bekunde oft Mühe, länger als 30 Minuten im Gespräch zu bleiben. Er entwickle rasch Stresssymptome, wenn Forderungen geäussert

würden, die nicht seinen Vorstellungen entsprechen würden. In der Behandlung zeige er aber eine gute Compliance. In der Beurteilung wurde sodann unter Hinweis auf die Laborberichte (Beobachtungs-

C-179/2021 Seite 15 Zeitraum von drei Monaten) festgehalten, dass der Kokainkonsum gegenwärtig nur minim und höchstens gelegentlich erfolge. Die inhaltlichen Denkstörungen, Zwangsgedanken und Zwangshandlungen seien in der Vergangenheit als Zwangsstörung im Sinne von F42.2 respektive als Folge des Kokainkonsums beurteilt worden. Dr. med. P.\_\_\_\_\_ habe aber zuvor auch schon eine wahnhaftige Störung diagnostiziert. Aufgrund der Anamnese und der aktuellen Krankheitsdynamik werde differentialdiagnostisch eine primär schizophreniforme oder wahnhaftige Erkrankung nicht ausgeschlossen. Aufgrund der Anamnese scheine es plausibel, dass der Kokainkonsum sekundär als Reaktion auf den Beginn der Erkrankung erfolgt sei (IVSTA-act. 27). Den zugehörigen Laborbefunden vom 28. Januar 2010 beziehungsweise 4. März 2010 ist sodann der Verdacht auf verdünnten Urin zu entnehmen (IVSTA-act. 28 f.). 5.1.2 Aufgrund der Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. Q.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. März 2010, dass sich dem Bericht vom 4. März 2010 (vgl. oben E. 5.1.1) nicht entnehmen lasse, inwiefern der Gesundheitsschaden, welcher sich aus der Diagnose einer wahnhaften Störung ergebe, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtige, was im Übrigen auch aufgrund der Aktenlage nicht zu beurteilen sei (IVSTA-act. 36 S. 2 f.), wurde ein (weiterer [vgl. dazu oben Bst. B]) Bericht der M.\_\_\_\_\_ eingeholt:

Im Arztbericht vom 5. Mai beziehungsweise 9. Juni 2010 diagnostizierten Dr. R.\_\_\_\_\_ und Dr. S.\_\_\_\_\_ im Zusammenhang mit der siebten Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 30. Oktober 2009 bis 10. November 2009 eine Zwangsstörung gemischt (F42.2), eine Störung durch Kokain, Abhängigkeitssyndrom (F14.1) und eine Störung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom (F10.1), alle jeweils mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Sie führten in diesem Zusammenhang aus, der Beschwerdeführer sei freiwillig auf Zuweisung des M.\_\_\_\_\_ eingetreten, weil er seit ungefähr drei Wochen vermehrt Stimmen höre, die ihn beschimpfen würden, und er sich ausgelacht fühle. Im stationären Verlauf sei seine vorwiegende Suchtproblematik deutlich geworden. Er habe angegeben, regelmässig grosse Mengen Alkohol und zusätzlich Kokain zu konsumieren. Eine initial begonnene Valium-Medikation sei langsam wieder ausgeschlichen worden. Die im M.\_\_\_\_\_ begonnene Medikamenteneinnahme von Abilify sei vom Beschwerdeführer strikt verweigert worden und er habe auf Entlassung gedrängt, sodass seinem Wunsch habe stattgegeben werden müssen. Er habe die Klinik am 10. November 2009 gegen ärztlichen Rat bei fehlender

C-179/2021 Seite 16 Selbst- und Fremdgefährdung verlassen. Aufgrund des chronischen Verlaufes sei die Prognose schlecht und die Arbeitsfähigkeit abhängig von der therapeutischen Behandlung des Beschwerdeführers. Das primäre Ziel sei die psychologische Stabilisierung sowie eine Entwöhnungstherapie. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit hielten die Ärzte fest, die bisherige Tätigkeit als Informatiker sei nicht mehr zumutbar, der Beschwerdeführer habe eine verminderte Stresstoleranz und Belastbarkeit sowie ein vermindertes Konzentrationsvermögen, was sich in einer Überforderung am Arbeitsplatz auswirke. Seine kognitiven Defizite würden zu einer Einschränkung im Bereich der Konzentration und Belastbarkeit führen. Eine kontinuierliche psychotherapeutische sowie medikamentöse Behandlung wirke sich zwar stützend und stabilisierend aus. Die Arbeitsfähigkeit sei jedoch auf längere Sicht aufgrund

der vielen Schäden nicht gegeben. Bei Austritt habe eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Allenfalls sei eine 50 % Tätigkeit im geschützten Rahmen möglich (IVSTA-act. 30). 5.1.3 In der medizinischen Stellungnahme vom 14. September 2010 hielt die RAD-Ärztin Dr. Q. \_\_\_\_\_ fest, mit den übereinstimmenden Einschätzungen zweier fachpsychiatrischer Institutionen (D. \_\_\_\_\_ und M. \_\_\_\_\_) bei wahrscheinlich einer wahnhaften Störung mit zwanghaften Anteilen, Differentialdiagnose einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, Differentialdiagnose einer Zwangsstörung mit psychotischem Erleben, sei ein Gesundheitsschaden ausgewiesen, wobei die exakte Diagnose aufgrund der in der Symptomatik bedingten funktionellen Einschränkungen bezüglich der Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sekundär sei. Die zwanghaften Beschäftigungen/Fixierungen (Beobachtungen, hypochondrische Ängste) sowie die wahnhaft paranoiden Beobachtungs-ideen würden die im Weiteren beschriebenen Arbeitsunfähigkeitszeiten begründen. Der Kokain- und Alkoholkonsum sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als sekundär zu betrachten (bei insgesamt sieben erfolgten psychiatrischen Hospitalisationen seit 2005). Die Einschränkungen seien massgeblich durch die wahnhafte und die Zwangssymptomatik bestimmt. Der Versicherte sei zu 100 % arbeitsunfähig in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Informatiker seit 30. Oktober 2009, wobei diese Angabe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch für angepasste Tätigkeit gelte. Eine Besserung des Gesundheitsschadens sei jedoch medizin-theoretisch zum aktuellen Zeitpunkt nicht vollständig auszuschliessen, weshalb eine zeitnahe erneute Beurteilung in einem Jahr erfolgen sollte. Der Versicherte befinde sich in fachpsychiatrischer Behandlung (IVSTA-act. 36 S. 3 f.).

C-179/2021 Seite 17 5.2 Im Zeitpunkt des Erlasses der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 13. November 2020 im Rahmen des zweiten Revisionsverfahrens standen der Vorinstanz die folgenden medizinischen Unterlagen zur Verfügung: 5.2.1 Im psychometrischen Bewertungsergebnis vom 28. Februar 2014 hielt T. \_\_\_\_\_, Psychologin, U. \_\_\_\_\_-Krankenhaus, fest, auf Kontrollwunsch sei zwecks diagnostischer Bewertung der «Multiphasische Minnesota Persönlichkeitstest» (MMP) angewandt worden. Das erhaltene Profil sei gültig. Gemäss dem auf den L, F und K-Massstäben zwischen den Punkten 66 t und 29 t auftretenden «verkehrten V» Konfiguration könne man von einer nervösen Ego-Funktionalität sprechen. Der dominante Anstieg sei im klinischen Profil mit den Punkten 83 t, 82 t und 81 t und dem Code 8-2-4 aufgetreten. Bei Personen, die diesen Code verzeichnen würden, könnten neben den Eigenschaften unruhig, misstrauisch und hostile auch referentielle Gedanken auftreten. Schizoide Eigenschaften seien deutlich. Soziale Isolation, das Meiden von Menschen und engeren Beziehungen würden auffallen. Unvorhersehbarkeit, Widersinnigkeit und Anpassungsschwierigkeiten seien charakteristisch. Es gebe Probleme bei der angemessenen Äusserung von Gefühlen. Auch wenn im Anschluss Schuldgefühle auftreten würden, gestalte sich der Prozess auf ähnliche Weise. Die Anpassung in der Ehe sei schlecht. Unter den möglichen Diagnosen für diesen Code befinde sich «Schizoide Persönlichkeit, mit Depression einhergehend» (IVSTA-act. 97=99 [Übersetzung]). 5.2.2 Dr. V. \_\_\_\_\_, W. \_\_\_\_\_ und Dr. X. \_\_\_\_\_ vom U. \_\_\_\_\_-Krankenhaus hielten im Bericht des Gesundheitsausschusses vom 26. März 2014 fest, der Beschwerdeführer werde seit 1.5 Jahren im staatlichen Krankenhaus Y. \_\_\_\_\_ in der Türkei beobachtet. Medikamentös werde er mit Lustral 50 mg/Tag und Zyprexa 2.5 mg/Tag behandelt. Er könne sich nicht unter vielen Menschen aufhalten, Männern nicht direkt ins Gesicht blicken und habe Beziehungsideen. Im MMP habe er schizoide Eigenschaften, nämlich soziale Isolation,

Verweigerung, Inkonsequenz und eine schizoide Persönlichkeit. Er habe ein Profil, das von Depressionen und schizoidem Verhalten geprägt sei. Er sei bei Bewusstsein, kooperativ, orientiert, die Orientierung und das Empfinden seien normal. In der Beurteilung würden Beziehungsideen, Isolation und Unfähigkeit existieren. Die Ärzte diagnostizierten eine obsessiv-kompulsive Störung, wobei die Funktionalität nicht therapierbar sei und der Verlauf zu 70 % psychotisch sei (IV-STA-act. 89=92 [Übersetzung]).

C-179/2021 Seite 18 5.2.3 In der medizinischen Stellungnahme vom 30. April 2014 führte RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, aus, dass sich aus dem Vergleich der medizinischen Unterlagen keine Besserung des Zustandes nachweisen lasse (IVSTA-act. 100). 5.2.4 Dr. Z.\_\_\_\_\_, Psychiatrie, AA.\_\_\_\_\_-Krankenhaus, hielt im Statusbericht vom 15. August 2018 als Diagnose und Befund eine obsessiv-kompulsive Störung, nicht bestimmt (F42.9), fest. Weiter wurde ausgeführt, die Behandlung werde seit Januar 2014 entsprechend der Diagnose regelmässig in der psychiatrischen Poliklinik im Krankenhaus durchgeführt (IV-STA-act. 107 S. 1=110 [Übersetzung]). 5.2.5 Die Psychiaterin Dr. BB.\_\_\_\_\_ bestätigte im Schreiben vom 18. August 2018, dass sie den Beschwerdeführer seit dem 19. Mai 2015 regelmässig mit der Diagnose obsessiv-kompulsive Störung medikamentös mit den Wirkstoffen Sertralin (Antidepressivum), Olanzapin (Neuroleptikum) und Diazepam (Benzodiazepin) sowie mittels psychotherapeutischer Sitzungen behandle (IVSTA-act. 107 S. 2=109 [Übersetzung]). 5.2.6 In seiner medizinischen Stellungnahme vom 29. Oktober 2018 hielt der RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aufgrund der neu vorgelegten «Berichte» aus der Türkei von August 2018 nicht ausreichend beurteilen und sich nicht feststellen lasse, ob eine Verbesserung oder ein gleichbleibender Zustand oder gar eine Verschlechterung eingetreten sei. Die behandelnden Ärzte in der Türkei sollten um eine etwas detailliertere Auskunft betreffend Diagnose, Verlauf, Zustandsbild, aktuelle Symptomatik, psychischen Befund sowie Einschätzung der Belastbarkeit und Arbeitsfähigkeit gebeten werden (IVSTA-act. 114). 5.2.7 Dr. CC.\_\_\_\_\_, Dr. DD.\_\_\_\_\_ und W.\_\_\_\_\_, U.\_\_\_\_\_-Krankenhaus, empfahlen im Gutachten der Ärztekommision vom 11. März 2019, den Beschwerdeführer zur genauen Beurteilung der Funktionalität stationär in einer komplett ausgestatteten Psychiatrieklinik zu untersuchen (IVSTA-act. 121=123 [Übersetzung]). In der Folge wurde der Beschwerdeführer gemäss vorliegendem Pflegeprotokoll vom 10. Juli 2019 bis 22. August 2019 im K.\_\_\_\_\_-Krankenhaus stationär behandelt (IVSTA-act. 162=204 S. 3 f.=170 [Übersetzung]=209 [Übersetzung]). Im Bericht des Gesundheitsausschusses zur Behinderung erwachsener Personen vom 3. Oktober 2019 wurde wiederum die Diagnose obsessiv-kompulsive

C-179/2021 Seite 19 Störung (F42), eine Behinderung von 40 % und als Einschätzung der Abhängigkeit «unabhängig» festgehalten (IVSTA-act. 204 S. 1=210 [Übersetzung]).

5.2.8 In seiner Stellungnahme vom 19. Juni 2019 empfahl der RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_\_ aufgrund des in jenem Zeitpunkt lediglich vorliegenden Gutachtens der Ärztekommision vom 11. März 2019 und des daraus nicht eindeutig beurteilbaren Gesundheitszustands eine Begutachtung in der Schweiz (IVSTA-act. 129). Entsprechend wurde der Beschwerdeführer am

#### **E. 4.1**

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 wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG [Stand am 1. Januar 2020; vgl. oben E. 3.5 zweiter Absatz]). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG; vgl. auch bereits oben E. 3.1).

#### **E. 4.2.1**

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG ([Stand am 1. Oktober 2019, vgl. dazu oben E. 3.5 zweiter Absatz]) ist die Rente bei einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrades von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein (BGE 141 V 9 E. 2.3). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, das heisst unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b; SVR 2011 IV Nr. 37 E. 1.1).

#### **E. 4.2.2**

Eine abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt indessen nicht zu einer materiellen Revision (BGE 115 V 308 E. 4a/bb). Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen (Urs Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, 2003, Rz. 490). Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen (vgl. Urteil des BGer 9C\_243/2010 vom 28. Juni 2011 E. 3.4.2.3). Auch eine Veränderung von versicherungsmedizinischen Beurteilungsparametern kann zu einer abweichenden ärztlichen Schlussfolgerung hinsichtlich eines tatsächlich gleich gebliebenen Zustandes führen. Eine neue medizinische Beurteilung etwa, die mit der Entwicklung der Rechtspraxis begründet wird, kann weder unter dem Gesichtspunkt von Art. 17 ATSG noch unter einem anderen Anpassungstitel eine neue Beurteilung des Anspruchs veranlassen (BGE 135 V 201 und 215; vgl. aber als Ausnahme die - vorliegend nicht anwendbaren - am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011). Eine zwischenzeitlich veränderte Rechtspraxis darf erst im Rahmen einer festgestellten erheblichen Tatsachenänderung berücksichtigt werden (vgl. oben E. 4.2.1 in fine).

#### **E. 4.2.3**

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhalts-abklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines

Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4). Eine Mitteilung nach Art. 74ter Bst. f und Art. 74quater Abs. 1 IVV, mit der eine Revision von Amtes wegen abgeschlossen wurde mit der Feststellung, es sei keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse eingetreten, ist einer rechtskräftigen Verfügung gleichgestellt (Urteile des BGer 9C\_474/2013 vom 20. Februar 2014 E. 4.1 und 9C\_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 3.2.1 m.H.). Die Heranziehung eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf denjenigen Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen. Unter einer Sachverhaltsabklärung im Sinne von BGE 133 V 108 muss eine Abklärung verstanden werden, die - wenn sie inhaltlich zu einem anderen Ergebnis führt - geeignet ist, eine Rentenerhöhung, -herabsetzung oder -aufhebung zu begründen (Urteil 8C\_441/2012 E. 6.2 m.H., in: SVR 2013 IV Nr. 44 S. 134).

### **E. 4.3**

Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; Susanne Leuzinger-Naef, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 413 f.).

#### **E. 4.3.1**

Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Für die Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a m.H.).

#### **E. 4.3.2**

Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht. Einer für sich allein betrachteten vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es

evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen verbesserten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des BGer 8C\_703/2020 vom 4. März 2021 E. 5.2.1.1 m.H.).

### **E. 4.3.3**

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4). Berichte behandelnder Haus- und Spezialärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten hingegen mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3.b.cc; Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.w.H.), aber auch nicht von vornherein unbeachtlich (Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2). Auf Berichte des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) kann rechtsprechungsgemäss nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7; Urteil des BGer 9C\_743/2015 vom 19. September 2016 E. 4.1).

## **E. 5**

Nachfolgend ist zunächst zu prüfen, ob sich der Sachverhalt im vorliegenden Fall anspruchserheblich im Sinne von Art. 17 ATSG (vgl. oben E. 4.2) verändert hat und falls ja, ab welchem Zeitpunkt.

### **E. 5.1**

Es ist festzuhalten, dass vorliegend die rentenzusprechende Verfügung vom 12. Mai 2011 (IVSTA-act. 50) die zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet. Die im Jahr 2014 abgeschlossene erste Rentenrevision (IVSTA-act. 101; vgl. auch oben Bst. D) basierte nämlich nicht auf einer Sachverhaltsabklärung, die geeignet gewesen wäre, eine Rentenerhöhung, -herabsetzung oder -aufhebung zu begründen (vgl. dazu oben E. 4.2.3). Im Übrigen gehen auch die Vorinstanz (vgl. BVGer-act. 7 S. 3) und der Beschwerdeführer (vgl. BVGer-act. 1 Rz. 36, 52 und 59) davon aus, dass grundsätzlich die rentenzusprechende Verfügung vom 12. Mai 2011 den vorliegend relevanten Vergleichszeitpunkt darstellt. Die Verfügung vom 12. Mai 2011 basierte sodann im Wesentlichen auf den folgenden ärztlichen Unterlagen:

#### **E. 5.1.1**

Im Bericht des M.\_\_\_\_\_ (nachfolgend M.\_\_\_\_\_) vom 4. März 2010 hielten der Psychologe N.\_\_\_\_\_ und der Oberarzt O.\_\_\_\_\_ als Diagnose eine teilremittierte wahnhaftige Störung (F22.0) fest. Unter dem Titel Befund führten sie aus, der Beschwerdeführer sei im Gespräch wach, allseits orientiert, es seien keine formalen Denk-, Sinnes- oder Ich-Störungen eruierbar und ein Rapport sei herstellbar. Der Beschwerdeführer berichte von mehr oder weniger intensiven hypochondrischen Ängsten, sterben zu müssen, die ihn zum Arztbesuch zwingen würden und dem Gefühl, eine tote Mimik zu haben, wie tot zu wirken («Tunnelgefühle»), was ihn zwingt, auf den Balkon oder nach draussen zu gehen, damit Leute ihn entdecken würden, falls er umfalle. Teilweise könne er diese Gedanken kontrollieren, teilweise nicht. In den Konsultationen sei er meist

im Affekt leicht deprimiert und unruhig, er bekunde oft Mühe, länger als 30 Minuten im Gespräch zu bleiben. Er entwickle rasch Stresssymptome, wenn Forderungen geäußert würden, die nicht seinen Vorstellungen entsprechen würden. In der Behandlung zeige er aber eine gute Compliance. In der Beurteilung wurde sodann unter Hinweis auf die Laborberichte (Beobachtungszeitraum von drei Monaten) festgehalten, dass der Kokainkonsum gegenwärtig nur minim und höchstens gelegentlich erfolge. Die inhaltlichen Denkstörungen, Zwangsgedanken und Zwangshandlungen seien in der Vergangenheit als Zwangsstörung im Sinne von F42.2 respektive als Folge des Kokainkonsums beurteilt worden. Dr. med. P. \_\_\_\_\_ habe aber zuvor auch schon eine wahnhaftige Störung diagnostiziert. Aufgrund der Anamnese und der aktuellen Krankheitsdynamik werde differentialdiagnostisch eine primär schizophreniforme oder wahnhaftige Erkrankung nicht ausgeschlossen. Aufgrund der Anamnese scheine es plausibel, dass der Kokainkonsum sekundär als Reaktion auf den Beginn der Erkrankung erfolgt sei (IVSTA-act. 27). Den zugehörigen Laborbefunden vom 28. Januar 2010 beziehungsweise 4. März 2010 ist sodann der Verdacht auf verdünnten Urin zu entnehmen (IVSTA-act. 28 f.).

### **E. 5.1.2**

Aufgrund der Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. Q. \_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. März 2010, dass sich dem Bericht vom 4. März 2010 (vgl. oben E. 5.1.1) nicht entnehmen lasse, inwiefern der Gesundheitsschaden, welcher sich aus der Diagnose einer wahnhaften Störung ergebe, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtige, was im Übrigen auch aufgrund der Aktenlage nicht zu beurteilen sei (IVSTA-act. 36 S. 2 f.), wurde ein (weiterer [vgl. dazu oben Bst. B]) Bericht der M. \_\_\_\_\_ eingeholt: Im Arztbericht vom 5. Mai beziehungsweise 9. Juni 2010 diagnostizierten Dr. R. \_\_\_\_\_ und Dr. S. \_\_\_\_\_ im Zusammenhang mit der siebten Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 30. Oktober 2009 bis 10. November 2009 eine Zwangsstörung gemischt (F42.2), eine Störung durch Kokain, Abhängigkeitssyndrom (F14.1) und eine Störung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom (F10.1), alle jeweils mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Sie führten in diesem Zusammenhang aus, der Beschwerdeführer sei freiwillig auf Zuweisung des M. \_\_\_\_\_ eingetreten, weil er seit ungefähr drei Wochen vermehrt Stimmen höre, die ihn beschimpfen würden, und er sich ausgelacht fühle. Im stationären Verlauf sei seine vorwiegende Suchtproblematik deutlich geworden. Er habe angegeben, regelmässig grosse Mengen Alkohol und zusätzlich Kokain zu konsumieren. Eine initial begonnene Valium-Medikation sei langsam wieder ausgeschlichen worden. Die im M. \_\_\_\_\_ begonnene Medikamenteneinnahme von Abilify sei vom Beschwerdeführer strikt verweigert worden und er habe auf Entlassung gedrängt, sodass seinem Wunsch habe stattgegeben werden müssen. Er habe die Klinik am 10. November 2009 gegen ärztlichen Rat bei fehlender Selbst- und Fremdgefährdung verlassen. Aufgrund des chronischen Verlaufes sei die Prognose schlecht und die Arbeitsfähigkeit abhängig von der therapeutischen Behandlung des Beschwerdeführers. Das primäre Ziel sei die psychologische Stabilisierung sowie eine Entwöhnungstherapie. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit hielten die Ärzte fest, die bisherige Tätigkeit als Informatiker sei nicht mehr zumutbar, der Beschwerdeführer habe eine verminderte Stresstoleranz und Belastbarkeit sowie ein vermindertes Konzentrationsvermögen, was sich in einer Überforderung am Arbeitsplatz auswirke. Seine kognitiven Defizite würden zu einer Einschränkung im Bereich der Konzentration und Belastbarkeit führen. Eine kontinuierliche psychotherapeutische sowie medikamentöse Behandlung wirke sich zwar stützend und stabilisierend aus. Die Arbeitsfähigkeit sei jedoch auf längere Sicht aufgrund

der vielen Schäden nicht gegeben. Bei Austritt habe eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Allenfalls sei eine 50 % Tätigkeit im geschützten Rahmen möglich (IVSTA-act. 30).

### **E. 5.1.3**

In der medizinischen Stellungnahme vom 14. September 2010 hielt die RAD-Ärztin Dr. Q.\_\_\_\_\_ fest, mit den übereinstimmenden Einschätzungen zweier fachpsychiatrischer Institutionen (D.\_\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_\_) bei wahrscheinlich einer wahnhaften Störung mit zwanghaften Anteilen, Differentialdiagnose einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, Differentialdiagnose einer Zwangsstörung mit psychotischem Erleben, sei ein Gesundheitsschaden ausgewiesen, wobei die exakte Diagnose aufgrund der in der Symptomatik bedingten funktionellen Einschränkungen bezüglich der Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sekundär sei. Die zwanghaften Beschäftigungen/Fixierungen (Beobachtungen, hypochondrische Ängste) sowie die wahnhaft paranoiden Beobachtungsideen würden die im Weiteren beschriebenen Arbeitsunfähigkeitszeiten begründen. Der Kokain- und Alkoholkonsum sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als sekundär zu betrachten (bei insgesamt sieben erfolgten psychiatrischen Hospitalisationen seit 2005). Die Einschränkungen seien massgeblich durch die wahnhafte und die Zwangssymptomatik bestimmt. Der Versicherte sei zu 100 % arbeitsunfähig in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Informatiker seit 30. Oktober 2009, wobei diese Angabe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch für angepasste Tätigkeit gelte. Eine Besserung des Gesundheitsschadens sei jedoch medizin-theoretisch zum aktuellen Zeitpunkt nicht vollständig auszuschliessen, weshalb eine zeitnahe erneute Beurteilung in einem Jahr erfolgen sollte. Der Versicherte befinde sich in fachpsychiatrischer Behandlung (IVSTA-act. 36 S. 3 f.).

### **E. 5.2**

Im Zeitpunkt des Erlasses der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 13. November 2020 im Rahmen des zweiten Revisionsverfahrens standen der Vorinstanz die folgenden medizinischen Unterlagen zur Verfügung:

#### **E. 5.2.1**

Im psychometrischen Bewertungsergebnis vom 28. Februar 2014 hielt T.\_\_\_\_\_, Psychologin, U.\_\_\_\_\_-Krankenhaus, fest, auf Kontrollwunsch sei zwecks diagnostischer Bewertung der «Multiphasische Minnesota Persönlichkeitstest» (MMP) angewandt worden. Das erhaltene Profil sei gültig. Gemäss dem auf den L, F und K-Massstäben zwischen den Punkten 66 t und 29 t auftretenden «verkehrten V» Konfiguration könne man von einer nervösen Ego-Funktionalität sprechen. Der dominante Anstieg sei im klinischen Profil mit den Punkten 83 t, 82 t und 81 t und dem Code 8-2-4 aufgetreten. Bei Personen, die diesen Code verzeichnen würden, könnten neben den Eigenschaften unruhig, misstrauisch und hostile auch referentielle Gedanken auftreten. Schizoide Eigenschaften seien deutlich. Soziale Isolation, das Meiden von Menschen und engerer Beziehungen würden auffallen. Unvorhersehbarkeit, Widersinnigkeit und Anpassungsschwierigkeiten seien charakteristisch. Es gebe Probleme bei der angemessenen Äusserung von Gefühlen. Auch wenn im Anschluss Schuldgefühle auftreten würden, gestalte sich der Prozess auf ähnliche Weise. Die Anpassung in der Ehe sei schlecht. Unter den möglichen Diagnosen für diesen Code befinde sich «Schizoide Persönlichkeit, mit Depression einhergehend» (IVSTA-act. 97=99 [Übersetzung]).

### **E. 5.2.2**

Dr. V.\_\_\_\_\_, W.\_\_\_\_\_, und Dr. X.\_\_\_\_\_ vom U.\_\_\_\_\_-Krankenhaus hielten im Bericht des Gesundheitsausschusses vom 26. März 2014 fest, der Beschwerdeführer werde seit 1.5 Jahren im staatlichen Krankenhaus Y.\_\_\_\_\_ in der Türkei beobachtet. Medikamentös werde er mit Lustral 50 mg/Tag und Zyprexa 2.5 mg/Tag behandelt. Er könne sich nicht unter vielen Menschen aufhalten, Männern nicht direkt ins Gesicht blicken und habe Beziehungsideen. Im MMP habe er schizoide Eigenschaften, nämlich soziale Isolation, Verweigerung, Inkonsequenz und eine schizoide Persönlichkeit. Er habe ein Profil, das von Depressionen und schizoidem Verhalten geprägt sei. Er sei bei Bewusstsein, kooperativ, orientiert, die Orientierung und das Empfinden seien normal. In der Beurteilung würden Beziehungsideen, Isolation und Unfähigkeit existieren. Die Ärzte diagnostizierten eine obsessiv-kompulsive Störung, wobei die Funktionalität nicht therapierbar sei und der Verlauf zu 70 % psychotisch sei (IVSTA-act. 89=92 [Übersetzung]).

### **E. 5.2.3**

In der medizinischen Stellungnahme vom 30. April 2014 führte RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, aus, dass sich aus dem Vergleich der medizinischen Unterlagen keine Besserung des Zustandes nachweisen lasse (IVSTA-act. 100).

### **E. 5.2.4**

Dr. Z.\_\_\_\_\_, Psychiatrie, AA.\_\_\_\_\_-Krankenhaus, hielt im Statusbericht vom 15. August 2018 als Diagnose und Befund eine obsessiv-kompulsive Störung, nicht bestimmt (F42.9), fest. Weiter wurde ausgeführt, die Behandlung werde seit Januar 2014 entsprechend der Diagnose regelmässig in der psychiatrischen Poliklinik im Krankenhaus durchgeführt (IVSTA-act. 107 S. 1=110 [Übersetzung]).

### **E. 5.2.5**

Die Psychiaterin Dr. BB.\_\_\_\_\_ bestätigte im Schreiben vom 18. August 2018, dass sie den Beschwerdeführer seit dem 19. Mai 2015 regelmässig mit der Diagnose obsessiv-kompulsive Störung medikamentös mit den Wirkstoffen Sertralin (Antidepressivum), Olanzapin (Neuroleptikum) und Diazepam (Benzodiazepin) sowie mittels psychotherapeutischer Sitzungen behandle (IVSTA-act. 107 S. 2=109 [Übersetzung]).

### **E. 5.2.6**

In seiner medizinischen Stellungnahme vom 29. Oktober 2018 hielt der RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aufgrund der neu vorgelegten «Berichte» aus der Türkei von August 2018 nicht ausreichend beurteilen und sich nicht feststellen lasse, ob eine Verbesserung oder ein gleichbleibender Zustand oder gar eine Verschlechterung eingetreten sei. Die behandelnden Ärzte in der Türkei sollten um eine etwas detailliertere Auskunft betreffend Diagnose, Verlauf, Zustandsbild, aktuelle Symptomatik, psychischen Befund sowie Einschätzung der Belastbarkeit und Arbeitsfähigkeit gebeten werden (IVSTA-act. 114).

### **E. 5.2.7**

Dr. CC.\_\_\_\_\_, Dr. DD.\_\_\_\_\_ und W.\_\_\_\_\_, U.\_\_\_\_\_-Krankenhaus, empfahlen im Gutachten der Ärztekommision vom 11. März 2019, den Beschwerdeführer zur genauen Beurteilung der Funktionalität stationär in einer komplett ausgestatteten Psychiatrieklinik zu untersuchen (IVSTA-act. 121=123 [Übersetzung]). In der Folge wurde

der Beschwerdeführer gemäss vorliegendem Pflegeprotokoll vom 10. Juli 2019 bis 22. August 2019 im K. \_\_\_\_\_-Krankenhaus stationär behandelt (IVSTA-act. 162=204 S. 3 f.=170 [Übersetzung]=209 [Übersetzung]). Im Bericht des Gesundheitsausschusses zur Behinderung erwachsener Personen vom 3. Oktober 2019 wurde wiederum die Diagnose obsessiv-kompulsive Störung (F42), eine Behinderung von 40 % und als Einschätzung der Abhängigkeit «unabhängig» festgehalten (IVSTA-act. 204 S. 1=210 [Übersetzung]).

#### **E. 5.2.8**

In seiner Stellungnahme vom 19. Juni 2019 empfahl der RAD-Arzt Dr. G. \_\_\_\_\_ aufgrund des in jenem Zeitpunkt lediglich vorliegenden Gutachtens der Ärztekommision vom 11. März 2019 und des daraus nicht eindeutig beurteilbaren Gesundheitszustands eine Begutachtung in der Schweiz (IVSTA-act. 129). Entsprechend wurde der Beschwerdeführer am 11. und 12. November 2019 von Dr. H. \_\_\_\_\_ in E. \_\_\_\_\_ psychiatrisch begutachtet (IVSTA-act. 176):

##### **E. 5.2.8.1**

Der Gutachter hielt als Verhaltensbeobachtungen insbesondere fest, der Beschwerdeführer sei in gutem Gesundheits- und Ernährungszustand, wirke altersentsprechend, sei gepflegt und gewählt angezogen. Zur Krankengeschichte, sozialen Situation, Lebensgeschichte gebe er bereitwillig und ausführlich Auskunft, wohingegen die Angaben zur kürzlich stattgefundenen stationären psychiatrischen Behandlung in der Türkei wenig präzise und diffus seien, als ob er nicht darüber sprechen wolle. Das vom Beschwerdeführer beklagte Zwangsverhalten habe während der vier Stunden dauernden Untersuchung nicht beobachtet werden können. Zum Untersuchungsbefund führte der Gutachter aus, es würden keine Bewusstseins- oder Orientierungsstörungen bestehen und klinisch seien keine Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörungen eruierbar. An formalen Denkstörungen bestehe eine leichte Umständlichkeit, das Denken sei assoziativ, teilweise rede der Beschwerdeführer vorbei, eingeengt auf die ihn beschäftigenden Inhalte. Es falle ein leichtes Misstrauen auf, das ganze IV-Procedere habe sich in die Länge gezogen, habe ihn verunsichert und auch dazu verleitet, nach dem Klinikaufenthalt wieder zu Alkohol zu greifen, einmalig auch zu Kokain. Es bestünden keine Anhaltspunkte für wahnhaftige Störungen und keine Hinweise auf Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Die Affektivität zeige ein breites Spektrum (zeitweise fröhlich, dann wieder unruhig und leicht ängstlich in Bezug auf den Entzug seiner IV-Rente als Lebensgrundlage). Der Antrieb sei gesteigert, der Beschwerdeführer zeige ein deutliches Redebedürfnis (vgl. IVSTA-act. 176 S. 17 ff.).

##### **E. 5.2.8.2**

Hinsichtlich der aktuellen Beschwerden ist dem Gutachten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer angegeben habe, es sei auch heute noch hin und wieder ein Problem, dass er anderen Menschen aufs Geschlecht starre. Vom Gutachter damit konfrontiert, dass dieses Verhalten während der Gespräche nicht zu beobachten gewesen sei, obwohl er zwei Männer gegenüber gehabt habe, habe der Beschwerdeführer ausgeführt, das sei etwas anderes. Er hätte es hier schliesslich mit Profis zu tun. Der Gutachter sei Psychiater, deshalb könne er auch gut mit ihm sprechen. Und auch der Dolmetscher sei professionell. Eine Erklärung habe er nicht für dieses Symptom. Ein weiteres Symptom in diese Richtung sei auch, dass er den Menschen auf die Lippen schauen müsse. Diese Krankheit mache ihn sehr traurig. Psychisch krank zu sein, sei überall auf der Welt schwer, in der Türkei vielleicht noch etwas schwerer. Auf die Feststellung des Gutachters, dass offenbar die Scham über

seine Gedanken ein wesentliches Problem in seinem Leben sei, habe der Beschwerdeführer gemeint, es sei nicht Scham, es sei der Gedanke, was die anderen über ihn und über sein Verhalten denken würden. Aber vielleicht denke ja nur er, was die anderen denken würden. Weiter habe der Beschwerdeführer angegeben, dass sich an der Symptomatik im Wesentlichen nichts geändert habe, seit er in der Türkei sei. Verändert habe sich aber seine Lebenssituation. Er fühle sich in der Familie gut aufgehoben, bekomme regelmässig das Essen, seine Mutter unterstütze und liebe ihn. Zu den Psychotherapien habe er angegeben, die staatlichen Polikliniken würden nur Medikamente abgeben. Zu seiner privaten Psychiaterin, Frau BB. \_\_\_\_\_, sei er alle zwei bis drei Monate gegangen, aber es seien oberflächliche Gespräche gewesen und das habe ihm nichts gebracht. Er könne nicht arbeiten und keine Leute treffen, denn wenn er unter Leuten sei, könne er sich nicht konzentrieren. Er könne nicht mit Menschen arbeiten und das Programmieren sei notwendigerweise mit einem zwischenmenschlichen Austausch verbunden. Man setze sich nicht einfach hinter einen Computer und arbeite für sich, man müsse zusammenarbeiten. Dann würden ihn immer die Gedanken behindern, die Gedanken über die Zwänge und darüber, wie sein Leben weiter gehen solle, und das schränke seine Konzentration ein (vgl. IVSTA-act. 176 S. 19 f.).

#### **E. 5.2.8.3**

Der Gutachter stufte sodann einzig die Diagnosen Störung durch multiplen Substanzgebrauch, aktuell Benzodiazepin, ständiger Gebrauch (F13.25), und Alkohol-Abhängigkeitssyndrom, episodischer Substanzkonsum (F10.26) Kokain-Abhängigkeitssyndrom, episodischer Substanzkonsum (F14.26) sowie substanzinduzierte Zwangsstörung (F14.288) als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sicher ein. Mögliche Diagnosen, welche im Dossier auftauchen würden, wobei sich die Akten zum Teil widersprechen würden und die klinischen Belege dürftig seien, seien die Zwangsstörung (F42.1) und die schizophreniforme/wahnhafte Störung (vgl. IVSTA-act. 176 S. 22; vgl. auch oben Bst. E.b).

#### **E. 5.2.8.4**

Weiter hielt der Gutachter fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zum Zeitpunkt der Rentenzusprache lasse sich nicht zuverlässig rekonstruieren. Es sei deshalb keine sichere Verlaufsbeurteilung möglich. Aus heutiger Sicht stehe nach wie vor mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Abhängigkeitsproblematik im Mittelpunkt, mit durchgehender, iatrogener (durch ärztliche Einwirkung entstandene) Benzodiazepinabhängigkeit, mit episodischem Alkoholüberkonsum/Kontrollverlusten und mit episodischem Kokainkonsum. Nachdem zwischen 2005-2009 ein dramatischer Krankheitsverlauf mit insgesamt sieben Hospitalisationen dokumentiert sei, habe sich der Verlauf 2010 deutlich beruhigt, indem keine psychiatrischen Hospitalisationen mehr nötig geworden seien. Dem Beschwerdeführer werde in der Türkei ein sozial angepasstes Leben attestiert. Zweimal habe er sogar eine Freundin gehabt. Die heute im Vordergrund stehende Benzodiazepinabhängigkeit sei eine iatrogene, der Stoff werde ihm frei Haus zur Verfügung gestellt. Kokain- und Alkoholkonsum dürften unter der sozialen Kontrolle von Gesellschaft und Herkunftsfamilie geringer ausfallen als in der Schweiz. Damit würden mehr oder weniger auch die Kontakte zur illegalen Drogenszene entfallen. Im medizinischen türkischen Dossier werde der Alkoholkonsum zwar erwähnt, es werde aber keine F1-Diagnose gestellt. Auch das sei ein Hinweis, dass der Beschwerdeführer sozial nicht als «Drogensüchtiger» wahrgenommen werde. Nach wie vor komme es - nach

Angabe des Beschwerdeführers - sporadisch zu Zwangshandlungen. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit würden diese im Zusammenhang mit Drogenkonsumereignissen stehen. Eine genuine Zwangsstörung F 42.1 könne aber nicht sicher ausgeschlossen werden. Über wahnhaft oder gar schizophrene Symptome entsprechend dem Kapitel F2 der ICD-10 werde aus der Türkei nicht berichtet, weder von Seiten der versicherten Person noch der türkischen Ärzte. Sollten diese Symptome je bestanden haben, so hätte sich in den letzten Jahren tatsächlich eine erhebliche Besserung ergeben, indem diesbezüglich keine Krankheitsaktivität mehr aufgetreten sei. Zusammenfassend habe sich damit der Gesundheitszustand seit 2012 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit massgeblich verbessert (vgl. S. 41 f.).

### **E. 5.2.9**

In der medizinisch-juristischen Beurteilung vom 9. April 2020 hielten J.\_\_\_\_\_, Juristin, und Dr. I.\_\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie des medizinischen Dienstes der IVSTA, fest, das eingeholte Gutachten entspreche den Anforderungen, denn es enthalte insbesondere ausreichende Elemente im Hinblick auf die Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281, welche wiederum für die Schlussfolgerungen berücksichtigt worden seien. Es sei darin eine Verbesserung des Gesundheitszustandes beziehungsweise die Remission der obsessiv-kompulsiven Störung und damit eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit festgestellt worden. Die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit gelte ab dem Datum der Begutachtung, weil die Verbesserung ab diesem Zeitpunkt durch den Gutachter habe objektiviert werden können (IVSTA-act. 180).

### **E. 5.3**

Die Parteien äussern sich im Zusammenhang mit einer anspruchserheblichen Änderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers insbesondere folgendermassen:

#### **E. 5.3.1**

Der Beschwerdeführer lässt in seiner Beschwerdeingabe insbesondere geltend machen, dass dem Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_\_ vom 2. Februar 2020 keine volle Beweiskraft zuerkannt werden könne. Dies wird damit begründet, dass das Gutachten nicht in Kenntnis der gesamten medizinischen Vorakten, und zwar insbesondere unter Nichtberücksichtigung des Pflegeberichts vom 22. August 2019 und des medizinischen Berichts vom 3. Oktober 2019 ergangen sei (vgl. BVGer-act. 1 Rz. 19-23). Ausserdem sei die finale Schlussfolgerung, der Gesundheitszustand habe sich seit 2012 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verbessert, nicht nachvollziehbar, denn der Gutachter bestreite die Zwangsstörungen nicht und auch nicht, dass diese unabhängig vom nicht mehr bestehenden Drogenkonsum auftreten würden. Im Übrigen würde auch ein primäres Abhängigkeitssyndrom, wie vorliegend diagnostiziert, den Anspruch auf eine IV-Rente nicht von vornherein ausschliessen, weshalb die festgestellte Verbesserung des Gesundheitszustandes noch weniger nachvollziehbar werde (vgl. Rz. 30; 33). Es müsse zudem festgehalten werden, dass der Verfügung vom 13. November 2020 eine konkrete Begründung zur Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers fehle. Die einzige Äusserung zu dieser grundlegenden Frage sei wie folgt formuliert: «Somit halten wir auf Grund der Vorakten und des Gutachtens vom 02.02.2020 fest, dass sich der Gesundheitszustand seit dem 11.11.2019 verbessert hat». Dabei sei das Gutachten vom 2. Februar 2020 zwar zur Schlussfolgerung gekommen, dass sich der Gesundheitszustand verbessert habe, hingegen selber auch ohne nachvollziehbare Begründung, da das

Gutachten auch ein Abhängigkeitssyndrom und eine mögliche genuine, primäre Zwangsstörung diagnostiziert habe. Es werde unter diesen Umständen nicht ersichtlich, wie und welche Verbesserung des Gesundheitszustandes seit 2012 stattgefunden habe (vgl. Rz. 53). Ausserdem würde die Argumentation des Gutachters, welcher die ursprüngliche Diagnose in Frage stelle, formell vielmehr eine Revision oder ein Wiedererwägungsverfahren im Sinne von Art. 53 ATSG mit sich bringen. Allerdings sei die ursprüngliche Verfügung nicht offensichtlich unrichtig gewesen. In diesem Sinne könnten und dürften im Nachhinein Diagnosen, die als Grundlage für eine in Kraft getretene Verfügung gedient hätten, im vorliegenden Revisionsverfahren nicht in Frage gestellt werden. Vielmehr würden sie zur Vergleichsgrundlage für die Prüfung der Verbesserung des Gesundheitszustandes gehören (vgl. Rz. 57 f.).

### **E. 5.3.2**

Vernehmlassungsweise bringt die Vorinstanz unter anderem vor, der Gutachter komme zum Schluss, dass bei dem Versicherten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Abhängigkeitsproblematik im Mittelpunkt stehe. Nachdem zwischen 2005-2009 ein dramatischer Krankheitsverlauf mit insgesamt sieben Hospitalisationen stattgefunden habe, habe sich der Verlauf seit 2010 deutlich beruhigt. Anlässlich der letzten psychiatrischen Hospitalisation sei eine stationäre Entwöhnungsbehandlung empfohlen worden, zu der es jedoch nie gekommen sei. Der Gutachter komme zum Schluss, dass somit eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und folglich der Arbeitsfähigkeit stattgefunden habe. Zusammenfassend könne festgestellt werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 12. Mai 2011 bis zur Aufhebung der Rente durch Verfügung im Rentenrevisionsverfahren (angefochtene Verfügung vom 13. November 2020) erheblich verbessert habe (vgl. BVGer-act. 7).

### **E. 5.3.3**

In seiner Replik lässt der Beschwerdeführer erneut vorbringen, die zwei letzten türkischen Berichte seien im Gutachten tatsächlich nicht beziehungsweise nicht konkludent berücksichtigt worden, denn deren Kenntnisnahme hätte das Missverständnis aufgehoben, dass der Aufenthalt im Sommer 2019 kein Entzugsaufenthalt gewesen sei (vgl. BVGer-act. 17 Rz. 2 f.). Im Übrigen habe auch die Vorinstanz davon abgesehen, sich auf vollständige Unterlagen zu berufen, indem die zweite Seite des türkischen Berichts vom 3. Oktober 2019 erst im vorliegenden Gerichtsverfahren übersetzt worden sei. Die Seite 2 des türkischen Berichts gebe weitere Informationen zum Verständnis der Seite 1, und zwar zu den ausführbaren Tätigkeiten. Würde es solche ausführbaren Tätigkeiten geben, hätte der Bericht unter vorstellbaren angepassten Tätigkeiten auch ausgeführt, welche diese wären, oder welche Tätigkeiten nicht möglich wären. Indem dies die türkischen Ärzte im Bericht genau nicht gemacht hätten, würden sie bestätigen, dass eine psychische und emotionsbezogene Behinderung vorliege (vgl. Rz. 4, 6-8). Weiter sei es nichts anderes als zynisch, dass das Ausbleiben von Spitalaufenthalten seit 2012 als Grund für eine Verbesserung angeführt werde. Das pathologische Verhalten des Beschwerdeführers sei gerade durch die Therapien, das familiäre Umfeld und die medikamentöse Behandlung unter Kontrolle gebracht worden. Dass nun diese Compliance des Beschwerdeführers als Grund für die Aufhebung seiner Rente benutzt werde, dürfte sowohl medizinisch als auch rechtlich fraglich sein. In diesem Sinne liege eine unglückliche Verwechslung zwischen einer Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Tatsache vor, dass die Krankheiten des Beschwerdeführers durch die regelmässigen und ununterbrochenen Behandlungen

etwas mehr unter Kontrolle gebracht worden seien. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers sei hingegen nicht eingetreten. Die Auflistung der seit 2012 bezogenen Medikamente belege, dass eine Compliance mit den vorgeschriebenen Behandlungen bestehe (vgl. Rz. 16-18).

#### **E. 5.4**

Vorab ist zu den generellen Rügen des Beschwerdeführers hinsichtlich des Gutachtens vom 2. Februar 2020 das Folgende festzuhalten: Das psychiatrische Gutachten wurde durch einen entsprechend qualifizierten Facharzt in der Disziplin Psychiatrie erstellt (vgl. dazu das Medizinalberuferegister [MedReg], abrufbar unter <https://www.healthreg-public.admin.ch/medreg/search>). Es beruht grundsätzlich auf allseitigen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden abgegeben, was sich einerseits aus der chronologischen Auflistung und Zusammenfassung der Vorakten und andererseits aus den Anamneseerhebungen des Gutachters ergibt. Hinsichtlich der diesbezüglichen Rüge des Beschwerdeführers, wonach das Gutachten vom 2. Februar 2020 den Pflegebericht vom 22. August 2019 und den medizinischen Bericht vom 3. Oktober 2019 nicht konkludent beziehungsweise gar nicht berücksichtigt habe, ist darauf hinzuweisen, dass insbesondere der Bericht vom 3. Oktober 2019 erst am 21. September 2020 (im Rahmen des Einwands zum Vorbescheid) durch den Beschwerdeführer, mithin lange nach der Erstellung des Gutachtens, eingereicht wurde. Überdies hatte Dr. H. \_\_\_\_\_ im Gutachten explizit bemängelt, dass der Beschwerdeführer keinen ärztlichen Bericht betreffend die stationäre psychiatrische Begutachtung in der Türkei mitgebracht hatte («Ein Austrittsbericht ärztlicherseits fehlt leider» [IVSTA-act. 176 S. 17]; «Es war ihm zugegebenermassen klar, dass dieser Bericht für die gutachterliche Beurteilung von Wichtigkeit gewesen wäre. [...] Er hat den Bericht bis heute auch nicht nachgeliefert.» [IVSTA-act. 176 S. 35]). Allerdings kann mangels Befunderhebung sowie begründeten Ausführungen zur funktionellen Einschränkung ohnehin nicht auf diesen Bericht - ebenso wie auf die übrigen Berichte aus der Türkei (vgl. oben E. 5.2.1 f. und 5.2.4 f.) - abgestellt werden. Daran vermögen auch die Ausführungen des Beschwerdeführers betreffend die erst im Beschwerdeverfahren übersetzte Seite 2 des Berichts nichts zu ändern. Was sodann den Pflegebericht vom 22. August 2019 (vgl. IVSTA-act. 162=204 S. 3=170 [Übersetzung]=209 [Übersetzung]) betrifft, lag dieser dem Gutachter vor, da er diesen der Vorinstanz mit der Bitte um Übersetzung zugestellt hat (vgl. IVSTA-act. 161; 162; 170; 171). Nicht nachvollziehbar ist in diesem Zusammenhang, was der Gutachter nach Ansicht des Beschwerdeführers hätte berücksichtigen müssen, ergeben sich doch aus dem Pflegebericht keine weiteren relevanten Informationen zu funktionellen Einschränkungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in bisheriger oder angepasster Tätigkeit. Vor diesem Hintergrund bleibt unklar, inwiefern diese beiden Dokumente das vom Beschwerdeführer geltend gemachte Missverständnis, dass es sich beim Klinikaufenthalt im Jahr 2019 nicht um einen Entwöhnungsaufenthalt gehandelt habe, hätten aufklären sollen. Fest steht, dass der Beschwerdeführer im August 2019 in der Türkei stationär begutachtet worden ist und er gegenüber Dr. H. \_\_\_\_\_ angegeben hat, es sei eine Änderung der Medikation vorgenommen worden, welche er jedoch an den Wochenenden mit der weiteren Einnahme von Benzodiazepinen unterlaufen habe. Entsprechend ist sogar davon auszugehen, dass die türkische Begutachtung unter falschen Annahmen seitens der Ärzte stattgefunden hat. Im Übrigen wurden im Gutachten vom 2. Februar 2020 die jeweils festgestellten Untersuchungsbefunde angeführt und die gestellten Diagnosen begründet.

Insgesamt erfüllt das psychiatrische Gutachten die formellen Kriterien für eine beweismässige medizinische Expertise.

### **E. 5.5**

Die im Gutachten vom 2. Februar 2020 gestellten Diagnosen (Störung durch multiplen Substanzgebrauch, aktuell Benzodiazepin, ständiger Gebrauch [F13.25], Alkohol-Abhängigkeitssyndrom, episodischer Substanzkonsum [F10.26], Kokain-Abhängigkeitssyndrom, episodischer Substanzkonsum [F14.26], substanzinduzierte Zwangsstörung [F14.288], Zwangsstörung [F42.1], Schizophreniforme/wahnhafte Störung; vgl. auch oben Bst. E.b und E. 5.2.8.3) entsprechen weitgehend den Diagnosen der D. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 5. Mai beziehungsweise 9. Juni 2010 (Zwangsstörung gemischt [F42.2], Störung durch Kokain, Abhängigkeitssyndrom [F14.1], Störung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom [F10.1]; vgl. auch oben E. 5.1.2) und des M. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 4. März 2010 (wahnhafte Störung [F22.0], teilremittiert; vgl. auch oben E. 5.1.1). Der aktuelle Gutachter führte diesbezüglich aus, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sicher seien in dieser Krankengeschichte einzig die Diagnosen Störung durch multiplen Substanzgebrauch, aktuell Benzodiazepin, ständiger Gebrauch (F13.25), und Alkohol-Abhängigkeitssyndrom, episodischer Substanzkonsum (F10.26), Kokain-Abhängigkeitssyndrom, episodischer Substanzkonsum (F14.26) sowie substanzinduzierten Zwangsstörung (F14.288). Die im Dossier auftauchenden Diagnosen Zwangsstörung und Schizophreniforme/wahnhafte Störung seien möglich, allerdings seien die vorhandenen Akten zum Teil sich widersprechend, die klinischen Belege für die damals gestellten Diagnosen dürftig (IVSTA-act. 176 S. 22). Dabei hielt er jedoch insbesondere das Vorliegen einer genuine Zwangskrankheit - wie sie in der Türkei durchgängig diagnostiziert werde - für möglich (S. 25). Weiter attestierte der Gutachter dem Beschwerdeführer zwar während der vierstündigen Untersuchung kein Zwangsverhalten, keine Zwangsgedanken und keinerlei Hinweise auf Denkstörungen, aber die Zwangsgedanken seien vom Beschwerdeführer anamnestisch weiterhin genannt worden. Einschränkend hielt der Gutachter dazu fest, dass Zwangssymptome nicht während 24 Stunden pro Tag und in jedem Kontext auftreten müssten (S. 26). Letztlich lagen damit 2011 und auch noch 2019 anlässlich der Begutachtung eine gemischte Störung aus Substanzmissbrauch und Zwangsstörung sowie allenfalls wahnhafter Störung vor, wobei die differenzialdiagnostische Abgrenzung bereits im Zeitpunkt der Rentenzusprache (und auch zuvor im Rahmen der Erstanmeldung [vgl. oben Bst. B]) Probleme bereitete (IVSTA-act. 36 S. 3 f.; vgl. auch oben E. 5.1.3). Um auf einen verbesserten Gesundheitszustand zu schliessen, ist allerdings gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leiden entscheidend, sondern vielmehr eine veränderte Befundlage (vgl. oben E. 4.3.2). Vorliegend ergibt sich beim Vergleich der Befunde, welche der Verfügung vom 12. Mai 2011 zugrunde lagen (vgl. auch oben E. 5.1), mit denjenigen, welche der Gutachter anlässlich der Begutachtung vom 11. und 12. November 2019 erhoben hat (vgl. auch oben E. 5.2.8), eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers: Zwar berichtete der Beschwerdeführer beim Gutachter noch von Ängsten im Zusammenhang mit seiner IV-Rente, aber im November 2019 wurden beispielsweise die hypochondrischen Ängste, sterben zu müssen, welche 2010 im Bericht des M. \_\_\_\_\_ aufgeführt waren, nicht mehr thematisiert. Auch die Wahnideen, das Hören einer Melodie und selten von Stimmen gemäss dem Bericht der D. \_\_\_\_\_ berichtete der

Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung nicht mehr, weshalb der Gutachter diesbezüglich auch festhielt, dass hier eine deutliche Besserung eingetreten sei (wenn die F2-Diagnose nicht sowieso falsch gewesen sei). Weiter fällt auf, dass der Gutachter beim Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung, welche an zwei aufeinanderfolgenden Tagen jeweils zwei Stunden gedauert hat, keine Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörungen festgestellt hat, während im Bericht des M.\_\_\_\_\_ noch festgehalten wurde, der Beschwerdeführer habe oft Mühe, länger als 30 Minuten im Gespräch zu bleiben. Im Rahmen der siebten Hospitalisation des Beschwerdeführers in der D.\_\_\_\_\_ im Jahr 2009 stand für die Ärzte noch eine Suchtproblematik (Alkohol und Kokain) im Vordergrund, während der Arzt des M.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht im Jahr 2010 festhielt, der Kokainkonsum sei nur noch minim und höchstens gelegentlich (aufgrund einer Kontrolle während drei Monaten, wobei eine Urinprobe verdünnt war), während er sich zum Alkoholkonsum gar nicht äusserte. Anlässlich der Begutachtung im November 2019 gab der Beschwerdeführer an, nur noch episodisch - beispielsweise im Zusammenhang mit dem sich in die Länge ziehenden IV-Verfahren - Alkohol und Kokain zu konsumieren. Zum Alkohol führte er zudem aus, er wolle seine Familie nicht «traurig» machen, was den Gutachter den nachvollziehbaren Schluss ziehen liess, der Alkoholkonsum sei wahrscheinlich unter der sozialen Kontrolle der Familie inzwischen gemässiger. Dies gilt, auch wenn dem Gutachten weiter zu entnehmen ist, dass der Beschwerdeführer nach einem ersten Führerscheinentzug während drei Jahren nicht mehr getrunken habe, bis er aufgrund seiner Ängste im Zusammenhang mit der IV-Revision wieder damit begonnen habe und erneut den Führerausweis habe abgeben müssen. Insgesamt erscheint daher auch diesbezüglich eine Verbesserung überwiegend wahrscheinlich. Entsprechend ist zu bestätigen, dass hinsichtlich der attestierten funktionellen Einschränkungen im Zeitpunkt der Rentenzusprache im Vergleich mit denjenigen im Gutachtenszeitpunkt ebenfalls eine Verbesserung ersichtlich ist. Im Zeitpunkt der Rentenzusprache hielten die Ärzte noch eine verminderte Stresstoleranz/Belastbarkeit und vermindertes Konzentrationsvermögen aufgrund kognitiver Defizite mit der Folge einer Überforderung am Arbeitsplatz fest (vgl. dazu auch oben E. 5.1.2 zweiter Absatz). Der Gutachter Dr. H.\_\_\_\_\_ kam hingegen zu folgendem Ergebnis: Eingeschränkt seien die Gruppenfähigkeit (gemäss den Angaben des Beschwerdeführers), die Anwendung fachlicher Kompetenzen (infolge Zeitablauf), die familiäre und intime Beziehungen (durch Verleugnung), Spontanaktivitäten, die Selbstpflege und Verkehrsfähigkeit, während die Anpassung an Regeln und Routinen (im habituellen Zustand: «sozialangepasstes Leben» in der Türkei), die Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, das Entscheidungs-, und Urteilsvermögen (im habituellen Zustand), die Selbstbehauptungs- und Kontaktfähigkeit zu Dritten uneingeschränkt seien (vgl. dazu auch nachfolgend E. 6.3.3.1). Hinzu kommt, dass gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts eine tatsächliche Veränderung in den gesundheitlichen Verhältnissen auch dann vorliegen kann, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität oder in einer verbesserten Leidensanpassung der betroffenen Person verändert (vgl. z.B. Urteil des BGer 8C\_133/2015 vom 22. April 2015 E. 3.2.3 m.w.H.) Wie der Beschwerdeführer selbst replikweise vorbringen lässt, sei sein pathologisches Verhalten gerade durch die Therapien, das familiäre Umfeld und die medikamentösen Behandlungen unter Kontrolle gebracht worden (vgl. BVGer-act. 17 Rz. 16).

## **E. 5.6**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass gestützt auf das Gutachten vom 2. Februar 2020 nach einem Vergleich der aktuellen mit der medizinischen Gesamtsituation zum Zeitpunkt der Rentenzusprache im Mai 2011 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers und damit - mit der Vorinstanz - von einem Revisionsgrund auszugehen ist. Allerdings kann dem Gutachter nicht gefolgt werden, soweit er - trotz des Hinweises, dass seiner Ansicht nach gestützt auf die Akten keine sichere Verlaufsbeurteilung möglich sei (vgl. oben E. 5.2.8.4) - die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eingetretene Verbesserung als seit 2012 bestehend angibt. Vielmehr ist mit der Vorinstanz erst im Zeitpunkt der Begutachtung im November 2019 von einer erstmals objektivierten Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auszugehen. Der Rentenanspruch des Beschwerdeführers ist daher nachfolgend unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (vgl. oben E. 4.2.1).

## **E. 6**

Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (SR 830.1) nicht anwendbar (vgl. auch Urteil des BGer 9C\_339/2021 vom 27. Juli 2022 E. 2.1). Die Ansprüche des Beschwerdeführers gegenüber der IV beurteilen sich nach dem IVG und der IVV (jeweils Stand am 1. Januar 2020) sowie dem ATSG und der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11; jeweils Stand am 1. Oktober 2019).

### **E. 6.1**

Diesbezüglichen bringen die Parteien Folgendes vor:

C-179/2021 Seite 29

#### **E. 6.1.1**

Beschwerdeweise lässt der Beschwerdeführer unter anderem geltend machen, das Gutachten leuchte in der Beurteilung der medizinischen Situation dahingehend nicht ein, wie der Gutachter nach vier Stunden Exploration an zwei Tagen zum Schluss kommen könne, dass weiterhin eine Drogen- und Medikamentenabhängigkeit bestehe, welche die Zwangsstörungen auslösen würde, wenn doch kein Kokain oder andere Drogen, sondern lediglich die verschriebenen Medikamente im Blut gefunden worden seien. Die türkische Gesundheitsbehörde sei überdies nach fünf Wochen zu einer exakt entgegengesetzten Schlussfolgerung gekommen (vgl. BVGer-act. 1 Rz. 28). Weiter sei nicht ersichtlich, inwiefern Dr. H. \_\_\_\_\_ das funktionelle Leistungsvermögen des Beschwerdeführers unter Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens eingeschätzt habe. In diesem Sinne dürfte der Bericht die in der erwähnten bundesgerichtlichen Rechtsprechung festgelegten Standards verletzen. Ihm könne bezüglich der Einschätzung der Erwerbsfähigkeit daher nicht gefolgt werden. Auch verzichte Dr. H. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 2. Februar 2020 – richtigerweise – ausdrücklich auf eine definitive Einschätzung bezüglich einer angepassten Tätigkeit. Im Übrigen übernehme der Gutachter einen Bericht eines anderen Falls («Herr EE. \_\_\_\_\_», S. 40), sodass seine Feststellungen für den Beschwerdeführer offensichtlich nicht oder nicht alle zutreffend seien. Schliesslich sei die Prognose fraglich, ob noch etwas verändert werden könne. Im Widerspruch zum Gutachter gehe der IV-Arzt in seinem eigenen Bericht von 2020 von einer möglichen angepassten Tätigkeit zu 100 % bereits ab November 2019 aus. Somit bestehe eine Uneinigkeit zwischen den beiden Experten

der IV-Stelle bezüglich der Frage der angepassten Tätigkeit (vgl. Rz. 43-45).

### **E. 6.1.2**

Die Vorinstanz führt in ihrer Vernehmlassung insbesondere aus, die Expertengruppe habe die gutachterlichen Schlussfolgerungen bestätigt und die Beweiskraft des Gutachtens dargelegt. Entgegen der Auffassung der Rechtsvertreterin sei ein strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt worden (BVGer-act. 7).

### **E. 6.1.3**

Der Beschwerdeführer hält replikweise insbesondere daran fest, dass die Festlegung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten vom 2. Februar 2020 nicht nachvollziehbar sei. Insbesondere sei in Anbetracht des Abhängigkeitssyndroms die festgelegte angepasste Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar und sei offensichtlich auch aufgrund der Feststellung des Experten, der Entzug im Sommer 2019 wäre nicht erfolgreich gewesen, erfolgt. Der Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Klinik im Sommer 2019

C-179/2021 Seite 30 sei jedoch kein Entzugsaufenthalt gewesen. Auch würden die Zwangsstörungen auf S. 19 des Gutachtens relativ klar beschrieben, nicht zuletzt auch, warum die Zwangsgedanken arbeitshindernd seien. Auch werde ersichtlich, weshalb der Beschwerdeführer seine Gedanken ohne Medikation nicht unter Kontrolle bekomme. In Hinblick auf eine allfällige Schadensminderungspflicht gemäss BGE 145 V 215 sei ein Entzug nicht immer ideal, wie dies auch im Gutachten vom 20. Februar 2020 bestätigt werde. Auch gehöre es zur Schadenminderungspflicht des Beschwerdeführers mit Bezug auf seine Zwangsstörungen, dass er sich behandeln lasse und die ärztlich verschriebenen Medikamente regelmässig einnehme. Zusammengefasst werde auf der einen Seite die Diagnose der Zwangsstörung bestätigt, mindestens als substanzinduziert. Gleichwohl bestätigten sowohl der externe Gutachter wie auch die internen IV-Ärzte, dass eine Behandlung die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht verbessern würde. Es sei indes nicht verständlich, wie der Gutachter zur Schlussfolgerung komme, dass die geistigen Einschränkungen durch die Benzodiazepine keine Rolle in einer angepassten Arbeitstätigkeit spielen würden. Auch seien in dieser Schlussfolgerung die Zwangsstörungen nicht miteinbezogen, dies obwohl sie nicht in Frage gestellt würden und sie im Anspruch begründenden IV-Entscheid die Arbeitsunfähigkeit begründet hätten. Weiter habe der Experte die Klienten («Herrn EE. \_\_\_\_\_») verwechselt, als er seine Schlussfolgerungen zum Pensum wiedergebe. Den Schlussfolgerungen des Experten könne bezüglich der angepassten Arbeitsfähigkeit nicht gefolgt werden. Der Bericht leuchte diesbezüglich nicht ein (BVGer-act. 17 Rz. 9 ff.).

### **E. 6.2**

Der Vollständigkeit halber wird auf die Ausführungen in Erwägung 5.4 verwiesen, wonach das Gutachten die formellen Kriterien für eine beweiswertige medizinische Expertise erfüllt.

### **E. 6.3**

Angesichts der vorliegend ausschliesslich psychiatrischen Diagnosen (vgl. oben E. 5.2.8.3) hat ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (vgl. BGE 143 V 409), worüber sich die Parteien grundsätzlich einig sind. Uneinig sind sie sich demgegenüber, ob es im vorliegenden Fall (überhaupt) durchgeführt wurde (vgl. oben E. 6.1.1), was nachfolgend zu prüfen ist:

### E. 6.3.1

Ausgangspunkt der Prüfung der Standardindikatoren und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418

C-179/2021 Seite 31 E. 6 und E. 8.1). Der psychiatrische Gutachter hat eine Störung durch mul- tiplen Substanzgebrauch (aktuell Benzodiazepine, ständiger Gebrauch), ein Alkohol-Abhängigkeitssyndrom (episodischer Substanzkonsum), ein Kokain-Abhängigkeitssyndrom (episodischer Substanzkonsum) sowie eine substanzinduzierte Zwangsstörung als mit überwiegender Wahr- scheinlichkeit sicher diagnostiziert. Möglich seien zudem eine Zwangsstö- rung sowie eine schizophreniforme/wahnhafte Störung, wobei letztere un- wahrscheinlich sei (vgl. oben Bst. E.b und E. 5.2.8). Diese Diagnosen las- sen sich aufgrund der anamnestischen Angaben und der erhobenen Be- funde grundsätzlich nachvollziehen. Zur Herleitung der Störung durch mul- tiplen Substanzgebrauch führte der Gutachter aus, weder aus den Akten noch aus den Angaben des Beschwerdeführers lasse sich der genaue Zeit- punkt des Beginns des Drogenkonsums festlegen. Der Beschwerdeführer sei kein Kind der Traurigkeit gewesen als er in die Schweiz gekommen sei. Er habe Fussball gespielt, in einschlägigen Kreisen, zum Beispiel im FF.\_\_\_\_\_, verkehrt, bald seine nachmalige Frau kennengelernt und als Informatiker gearbeitet – also keineswegs das Leben einer Persönlichkeit mit «schizoiden» Zügen, wie das die psychometrische Untersuchung aus der Türkei herausgekitzelt habe. Und irgendwann und irgendwie habe er mit dem Kokain- und Alkoholkonsum begonnen. Solange er gearbeitet habe, habe er sich den steigenden Kokainkonsum auch finanzieren kön- nen. Wie sich die Benzodiazepin-Abhängigkeit entwickelt habe, sei unklar. Aus der Anamnese, aber auch aus den Akten gehe eine Angstbereitschaft hervor, wahrscheinlich verstärkt durch den Kokainkonsum. Komme hinzu, dass initial von den involvierten Ärzten eine Behandlung erfolgt sei, ohne das Wissen um den Kokainkonsum. Es sei naheliegend, dass zur Behand- lung der Ängste zu Benzodiazepinen gegriffen worden sei. Die Arbeitsfä- higkeit des Beschwerdeführers sei in der Folge zunehmend in Mitleiden- schaft gezogen worden. Dass dabei die Suchtmittelabhängigkeit eine zent- rale Rolle gespielt habe, sei überwiegend wahrscheinlich. Insbesondere die vorhandenen Akten aus der D.\_\_\_\_\_, wenn auch in sich nicht sehr konsistent, würden diesen Schluss nahelegen. Wohingegen der M.\_\_\_\_\_ in der gleichen Zeit wie die D.\_\_\_\_\_ eine völlig andere Ge- wichtung vornehme: Der M.\_\_\_\_\_ postuliere eine sekundäre Abhängig- keit aufgrund der Zwangskrankheit, diagnostiziere eine wahnhafte Störung und habe differenzialdiagnostisch eine schizophreniforme Störung nicht ausschliessen wollen; über die therapeutischen Konsequenzen, die sich daraus aufdrängten, äussere sich der Bericht jedoch nicht. Im Zusammen- zug von Akten und eigener Untersuchung lasse sich viel Typisches für den klinischen Verlauf eines Menschen mit Substanzabhängigkeit festmachen

C-179/2021 Seite 32 (psychische Krisen, sieben stationäre Behandlungen, Behandlungsab- bruch nach Abklingen der akuten Symptomatik, geringe Krankheitseinsicht, Rückfälle beim Kokainabusus, Abhängigkeitssyndrom mit ständigem Sub- stanzkonsum bei Benzodiazepinen und Alkohol, Ehebeziehung sei in die Brüche gegangen, episodischer Kontrollverlust hinsichtlich Alkohol trotz sozialer Kontrolle der Familie, zweimaliges Fahren in angetrunkenem Zu- stand [FIAZ] in der Türkei mit Führerscheinentzug im August 2019 für zwei Jahre, Versuch einer Entzugsbehandlung sei unterlaufen worden). Damit sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine bis heute andauernde – «klassische»

– Entwicklung eines Abhängigkeitssyndroms von psychotropen Substanzen nach ICD-10 belegt. Es entwickle sich ein heftiges Verlangen nach dem Suchtmittel. Es komme zu Kontrollverlusten mit Steigerung der Konsummenge, es komme zur Vernachlässigung von sozialen Rollen und Verpflichtungen und der Konsum werde trotz negativer Konsequenzen fortgeführt. Im Krankheitsverlauf sei es überdies mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu psychiatrischen Komplikationen des Kokainkonsums gekommen (wahnhaft anmutende Zustände, substanzinduzierte Zwangssphänomene). Das Vorliegen einer genuinen Zwangskrankheit – wie sie in der Türkei durchgängig diagnostiziert werde – sei möglich. Die vom Beschwerdeführer beschriebene Zwangshandlung beinhalte das Starren auf weibliche Brüste/Lippen oder den männlichen Genitalbereich. Dabei empfinde er nur das Letztere als unangenehm und krankhaft. Es sei normal, dass ein Mann den Frauen auf die Brüste schaue, das stehe mit erotischen Phantasien im Zusammenhang. Damit sei in diesem Teilbereich der Symptomatik die Definition der Zwangsstörung nicht erfüllt. Beim Starren auf den männlichen Genitalbereich würden dem Beschwerdeführer sexuelle Phantasien fehlen, wenn er es realisiere, träten Schamgefühle und mentale Blockierungen auf. Aus den Akten und auch aus der Anamnese gehe nicht hervor, dass das beklagte Symptom einmal zu Schwierigkeiten im sozialen Umfeld geführt hätte, ob es einmal beobachtet worden sei oder ob es sich lediglich um subjektives Leid gehandelt habe. Anlässlich der gutachterlichen Untersuchung seien die beklagten Zwangshandlungen nicht beobachtbar gewesen. Der Beschwerdeführer habe dies so begründet: Er befinde sich ja schliesslich in einem medizinisch-professionellen Kontext. Aus gutachterlicher Sicht müsse hier eingeschränkt werden, dass Zwangssymptome natürlich nicht während 24 Stunden pro Tag und in jedem Kontext aufzutreten brauchten. Hier stelle sich die Frage, ob es sich bei den «Zwangshandlungen» nicht eher um eine Zwangsneurose im klassischen Sinne handle, denkbar sei zum Beispiel als psychodynamischer Hintergrund eine Ich-dystone, aus Gründen der Scham verleugnete Homo-/Bise-

C-179/2021 Seite 33 Qualität; denkbar sei weiter auch ein innerer Inferioritäts-/Superioritäts-Konflikt. Die in Erwägung gezogene Schizophrenie oder wahnhafte Störung sei als wenig wahrscheinlich zu erachten. In der Türkei, wo sich der Beschwerdeführer in seiner Muttersprache unterhalten könne, werde nie explizit eine F2-Diagnose gestellt. Im ganzen Dossier würden sich keine Primordialsymptome für eine Schizophrenie (formale Denkstörungen, Sinnesstörungen, Ich-Störungen, Auffälligkeiten des interpersonellen Rapportes, etc., über mindestens vier Wochen und ohne Einfluss psychotroper Substanzen) finden (vgl. IVSTA-act. 176 S. 22 ff.).

Es ist daher nicht ersichtlich, dass die gutachterliche Diagnosestellung den Akten widerspricht, vielmehr nimmt der Gutachter eine kritische Würdigung vor. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und deshalb dem medizinischen Sachverständigen praktisch immer ein gewisser Spielraum eröffnet, innerhalb welchem verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und im Rahmen einer Exploration *lege artis* zu respektieren sind (vgl. Urteil des BGer 9C\_634/2015 vom 15. März 2016 E. 6.1).

### **E. 6.3.2**

Ausschlussgründe im Sinne einer Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung wurden vom Gutachter nicht festgestellt. In den Akten sind hierfür aktuell auch keine Hinweise ersichtlich.

### **E. 6.3.3**

Die Kategorie «funktioneller Schweregrad» beurteilt sich nach den konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen leidensbedingt beeinträchtigt ist (vgl. Urteil des BGer 9C\_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.3 m.H.):

#### **E. 6.3.3.1**

Im Komplex «Gesundheitsschädigung» ist als erster Indikator die «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome» zu nennen. Der psychiatrische Gutachter wies darauf hin, dass der Beschwerdeführer über eine gute Umgänglichkeit verfüge, wobei die psychische Stabilität mittelgradig eingeschränkt sei und es immer wieder zu alkoholischen Abstürzen komme, als Komplikation bei Kokainabusus mitunter zu paranoiden Stimmungen. Die regelmässige Behandlung mit Benzodiazepinen führe zu einer oberflächlichen psychischen Stabilität, die einbreche, wenn die Versorgung mit dem Medikament aufhöre. Der Beschwerdeführer sei offen gegenüber neuen Erfahrungen. Sein Selbstvertrauen wirke oberflächlich besehen als stabil, untergründig dürfte sich eine schwere Selbst-

C-179/2021 Seite 34 wertproblematik, vielleicht aufgrund der sexuellen Identitätsstörung, verstecken. Die Benzodiazepine würden helfen, die mit der Selbstwertproblematik verbundenen Ängste zu unterdrücken. Die Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs, der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses seien nicht gestört. Die emotionalen Funktionen seien mittelgradig eingeschränkt aufgrund der dem Beschwerdeführer nur teilweise bewussten Ängste sowie alkoholischen Exzesse. Die höheren kognitiven Funktionen seien nicht eingeschränkt, die Selbstwahrnehmung jedoch mittelgradig bis schwer – wie bei Suchtkranken üblich, gelte die Drei-L-Regel: Lügen, Lügen, Leiden. Der Beschwerdeführer mache nicht nur seiner Umgebung etwas vor, er tue dies auch gegenüber sich selbst. Die Anpassung an Regeln und Routinen sei mittelgradig eingeschränkt in wiederholten alkoholisierten Zuständen (FIAZ). Im Habitualzustand bestehe aber offenbar keine wesentliche Einschränkung («sozialangepasstes Leben» – so die türkischen Psychiater). Nicht eingeschränkt seien: Die Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität und die Umstellungsfähigkeit. Die Anwendung fachlicher Kompetenzen sei nach beinahe 20 Jahren Berufsuntätigkeit nicht mehr gegeben. Entscheidungs- und Urteilsvermögen seien im habituellen Zustand nicht eingeschränkt, wiederholte Einschränkungen würden durch die alkoholischen Abstürze bestehen. Die Durchhaltefähigkeit sei aufgrund der dem Gutachter vorliegenden Angaben nicht beurteilbar, mutmasslich liege nach dieser langen Zeit der Untätigkeit eine Entwöhnung vor, Leistungen zu erbringen. Nicht eingeschränkt seien weiter die Selbstbehauptungsfähigkeit sowie die Kontaktfähigkeit zu Dritten. Nach eigener Angabe sei die Gruppenfähigkeit vermindert, eben aufgrund der vom Beschwerdeführer erwähnten Zwangshandlungen. Die familiären und intimen Beziehungen seien mittelgradig eingeschränkt durch die Verleugnung seiner Sucht und seiner Lebensrealität. Spontanaktivitäten, Selbstpflege und Verkehrsfähigkeit seien nicht eingeschränkt. Insgesamt bestehe eine leicht bis maximal mittelgradige Einschränkung in fachlicher Kompetenz, Gruppenfähigkeit und intimen/familiären Beziehungen (vgl. IVSTA-act. 176 S. 37 ff.).

#### **E. 6.3.3.2**

«Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz», also Verlauf und Ausgang von Therapien, stellen wichtige Schweregradindikatoren dar (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). In diesem Zusammenhang hat der Gutachter festgehalten, dass über den bisherigen Therapieverlauf bei dürftigen Akten keine konsistente Angabe gemacht werden könne. Offensichtlich sei, dass es in den Jahren 2005-2009 zu häufigen wiederholten psychischen Krisen gekommen sei, während derer sich der Beschwerdeführer jeweils nur kurz in stationäre Behandlung begeben habe. Anlässlich

C-179/2021 Seite 35 der letzten psychiatrischen Hospitalisation in der D. \_\_\_\_\_ sei dem Beschwerdeführer eine stationäre Entwöhnungsbehandlung empfohlen worden. Dazu sei es nicht gekommen. Stattdessen sei der Beschwerdeführer im dritten Anlauf aufgrund einer Diagnose aus dem Kapitel F2 invalidisiert worden – auf einer psychiatrisch ungenügend belegten Basis. Die immerhin von der D. \_\_\_\_\_ ausgesprochene Empfehlung für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung wäre 2010, bei dem damals 35-Jährigen, sehr zu begrüßen gewesen. Und zwar unabhängig davon, ob eine primäre oder sekundäre Abhängigkeitsproblematik vorgelegen habe. Zentral für das gesellschaftliche Versagen des Beschwerdeführers sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Sucht gewesen. Angesichts seiner intellektuellen Ressourcen hätte damals eine reelle Chance bestanden, dass er seine beruflichen und sozialen Rollen wieder hätte erfüllen können. Die therapeutischen Optionen seien demnach 2012 nicht erschöpft gewesen. Von den türkischen Psychiatern sei die Diagnose der Zwangsstörung übernommen worden, nicht aber eine Diagnose aus dem Kapitel F1 (Abhängigkeitserkrankungen) oder F2 (Schizophrenie). Die psychopharmakologische Behandlung sei praktisch gleich geblieben. Eine psychotherapeutische Bearbeitung, die diesen Namen verdiene, habe in der Türkei nie stattgefunden. Die auf fünf Wochen veranschlagte Entwöhnungsbehandlung im August 2019 sei vom Beschwerdeführer unterlaufen worden, indem er heimlich weiter Benzodiazepine konsumiert habe. Mit der Rentenzusprache 2012 sei die Motivation des Beschwerdeführers, etwas an seiner Situation zu ändern, weiter geschmolzen. In der Türkei lebe er mit der Rente aus der Schweiz auf ähnlicher finanzieller Basis, wie ein Mittelschullehrer. Nach zehn Jahren des Nichtstuns, nach zehn Jahren des Lebens im Schoss seiner Herkunftsfamilie ohne irgendwelche Ansprüche an persönliches oder berufliches Fortkommen und nach zehn Jahren des fortgeführten Benzodiazepinkonsums sei die Prognose fraglich, ob da noch etwas verändert werden könnte. Die gesundheitliche Situation habe seit 2012, seit dem Berentungsentscheid und seit der Rückkehr in die Türkei, massgeblich an Dramatik verloren. Die in der Schweiz häufigen stationären Kriseninterventionen seien in der Türkei nicht mehr vorgekommen. Möglicherweise habe dabei die soziale Kontrolle durch sein persönliches Umfeld eine Rolle gespielt (vgl. IVSTA-act. 176 S. 33 f.).

#### **E. 6.3.3.3**

Unter dem Aspekt der «Komorbiditäten» ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychischen Störungen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Im vorliegenden Fall ergeben sich aus

C-179/2021 Seite 36 dem Gutachten sowie den vorhandenen Akten keine weiteren begleitenden krankheitswertigen Störungen.

#### **E. 6.3.3.4**

Mit Blick auf den Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsent- wicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen, persönliche Ressourcen) führte der psychiatrische Gutachter aus, der Beschwerdefüh- rer verfüge über eine gute Grundausbildung, wenig berufliche Erfahrung, über eine gute Intelligenz und gemäss dem Dolmetscher über einen diffe- renzierten sprachlichen Ausdruck, der ihn klar als Intellektuellen ausweise. In seinem Habitualzustand, wie anlässlich der gutachterlichen Gespräche, habe er ein gewinnendes Auftreten (IVSTA-act. 176 S. 36 f.).

#### **E. 6.3.3.5**

Unter dem Komplex «sozialer Kontext» ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gegenüber dem Gutachter angegeben hat, in der Türkei innerhalb seiner Familie ein ruhiges Leben zu führen. Er lebe in einer klei- nen Wohnung zusammen mit Vater, Mutter und Schwester. Die Mutter leide seit Jahren unter Depressionen und die Schwester unter einer schweren Angststörung, derart, dass sie sich seit einigen Monaten nicht mehr ge- traue, aus dem Haus zu gehen. Er helfe im Haushalt und beim Einkauf-. Seit er kein Auto mehr besitze, sei es beschwerlicher. Er habe keine Arbeit gesucht in der Türkei. Er beschäftige sich auch nicht mehr mit Informatik, auch nicht interessehalber. Er besitze keinen Computer, Smartphones seien ja heute beinahe wie Computer, er mache alles damit: sich informie- ren, gamen, Pornokonsum. Vielmehr würde er sich für Kleider interessie- ren. Er gehe deshalb oft in Kaufhäuser und studiere die neueste Mode. Unter seinen Freunden werde gesagt, so schön wie er sei, müsste er doch auch einmal eine Frau finden. In seiner Studentenzeit sei er Basketballer gewesen, er gehe deshalb manchmal zu Spielen. Oft schaue er auch TV, Fussball, er sei bekennender Fan von GG.\_\_\_\_\_. Er habe zweimal eine Freundin gehabt. Die Situation mit der zweiten sei im Moment in der Schwebel. Während seines Klinikaufenthaltes von fünf Wochen im August 2019 habe er sich nicht bei ihr gemeldet – er habe ihr doch nicht sagen können, dass er in der psychiatrischen Klinik sei. Vielleicht könne er es wieder einrenken. Gegenüber seinen Bekannten sage er, dass er im Homeoffice arbeite – er wolle nicht bekennen, dass er eine IV-Rente be- komme. Nachdem ihm vor etwa drei oder vier Jahren der Führerausweis wegen Fahrens in angetrunkenem Zustand für einige Monate entzogen worden sei, habe er während dreier Jahre nicht mehr getrunken. Im Zu- sammenhang mit der IV-Revision und der damit verbundenen Ängste, habe er wieder begonnen damit. Und prompt sei er wieder in eine Polizei- kontrolle gekommen, habe den Führerausweis erneut abgeben müssen,

C-179/2021 Seite 37 diesmal für zwei Jahre. Aus diesem Grund habe er sein Auto verkauft (vgl. IVSTA-act. 176 S. 16 f.). Weiter hat der Beschwerdeführer gegenüber dem Gutachter angegeben, es zu geniessen, wieder einmal in E.\_\_\_\_ zu sein, und dass er am Folgetag der Begutachtung seine Ex-Frau treffe, wo- rauf er sich freue (vgl. IVSTA-act. 176 S. 13 und 17).

#### **E. 6.3.4**

In die Kategorie «Konsistenz» fallen verhaltensbezogene Gesichts- punkte (BGE 141 V 281 E. 4.4).

##### **E. 6.3.4.1**

Der Indikator einer «gleichmässigen Einschränkung des Aktivitä- tenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1). Dem Gutachten ist zu ent-

nehmen, dass der Beschwerdeführer im Wesentlichen uneingeschränkt an ausserberuflichen Tätigkeiten partizipieren und teilhaben könne: Er lebt mit seiner Familie, hat beziehungsweise hatte Liebesbeziehungen zu Frauen, beschäftigt sich mit Mode und besucht Basketballspiele (vgl. IVSTA-act. 176 S. 16 f.; vgl. auch bereits oben E. 6.3.3 letzter Absatz).

#### **E. 6.3.4.2**

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen weist auf den tatsächlichen «Leidensdruck» hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2). In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer bis zu seiner Rückkehr in die Türkei sieben Mal stationär in der D. \_\_\_\_\_ hospitalisiert wurde (IVSTA-act. 30). Nach seiner Rückkehr in die Türkei war der Beschwerdeführer gemäss seinen Angaben gegenüber dem Gutachter in regelmässiger Behandlung bei Dr. BB. \_\_\_\_\_ (vgl. auch IVSTA-act. 37), welche er dann jedoch abgebrochen habe, nachdem sie sich geweigert habe, ihm einen ausführlichen Bericht zu schreiben. Gleichzeitig sei er in einer Poliklinik, einer staatlichen Institution, behandelt worden, die für die Abgabe der Medikation zuständig gewesen sei. Im August 2019 sei er zur stationären Behandlung und Abklärung hospitalisiert worden, jedoch gemäss eigenen Angaben nicht, weil es ihm besonders schlecht gegangen wäre, sondern weil dies die psychiatrische Kommission in der Türkei vorgeschlagen habe. Dabei seien Valium abgesetzt und Xanax schrittweise reduziert worden. Nach dem Klinikaufenthalt habe er sich Valium und Xanax vom Hausarzt verschreiben lassen. Aktuell sei er in keiner psychiatrischen Behandlung (IVSTA-act. 176 S. 10 f.).

C-179/2021 Seite 38

#### **E. 6.3.5**

Nach dem Gesagten ist insgesamt von einem leichten bis höchstens mittleren funktionellen Schweregrad der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auszugehen, was sich letztlich auch in den Angaben des Beschwerdeführers widerspiegelt. So lebt er gemeinsam mit seiner Familie, hilft in der Haushaltsführung, geht seinen Hobbies (Mode, Basketballspiele, Fussball schauen, etc.) nach und führt beziehungsweise führte bislang zwei Liebesbeziehungen mit Frauen. Solange er über einen Führerschein verfügte, besass und benutzte er zudem ein Auto. Die in Anspruch genommenen Therapien und Behandlungen zeugen zwar von einem gewissen Leidensdruck. Gleichzeitig ist jedoch festzustellen, dass sich der Beschwerdeführer im Gutachtenszeitpunkt nicht mehr in psychiatrischer Behandlung befand, aber dennoch weiterhin Medikamente einnahm, welche er inzwischen von seinem Hausarzt bezieht. Ausserdem hat er sich seit 2009, abgesehen von der stationären Behandlung und Abklärung im August 2019, welche jedoch nicht aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustands erfolgt ist, nicht mehr in stationäre Behandlung begeben. Der Beschwerdeführer ist sodann in erster Linie im Umgang mit anderen Menschen in seiner Gruppenfähigkeit aufgrund von anamnestic angegebenen Zwangshandlungen eingeschränkt. Unter Alkoholeinfluss (bei wiederholten alkoholisierten Zuständen, insbesondere zwei FIAZ) sei er zudem in der Anpassung an Regeln und Routinen sowie im Entscheidungs- und Urteilsvermögen eingeschränkt. Im Habitualzustand bestünden hingegen keine wesentlichen Einschränkungen. Es gibt durchaus Tätigkeiten, bei denen diese Einschränkungen nicht übermässig ins Gewicht fallen dürften.

#### **E. 6.3.6**

In der bisherigen Tätigkeit als Informatiker beurteilte der Gutachter die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nach bald 20 Jahren beruflicher Untätigkeit und fehlender Weiterbildungen als nicht mehr gegeben. Dieses Manko könne er in Anbetracht seiner Situation überwiegend unwahrscheinlich aufholen. Eine angepasste Tätigkeit müsste die Defizite in den funktionellen Fähigkeiten berücksichtigen; demnach falle keine Arbeit in einer Gruppe in Betracht, also ohne direkten Klientenkontakt (situative, möglicherweise sozial störende Zwangshandlungen). Denkbar wäre beispielsweise eine Tätigkeit als IT-Supporter mit guten Anwenderkenntnissen am Telefon, technischer Berater am Telefon, Mitarbeiter im Onlinehandel, etc. Die lange Abwesenheitszeit von der Arbeit mache eine gewisse Eingewöhnungszeit mit einem Halbzeitpensum nötig; der Gutachter sehe keinen Grund, warum die Arbeitszeit/Arbeitsfähigkeit nicht nach wenigen Monaten auf 100 % gesteigert werden könnte. Für das beschriebene, intellektuell wenig fordernde Arbeitsprofil würden die geistigen Einschränkungen durch die Benzodiazepine keine Rolle spielen. Die wiederholten alkoholischen

C-179/2021 Seite 39 Abstürze führten möglicherweise zu kurzen, unvorhergesehenen Arbeitsausfällen. Der Benzodiazepin-Konsum mache den Beschwerdeführer etwas langsamer. Nach einer kurzen Eingewöhnungszeit wäre ihm ein 100 % Pensum in einer angepassten Tätigkeit zumutbar und die Performance werde auf 80 % geschätzt. Diese Einschätzung gelte seit der Rückkehr in die Türkei, mithin seit 2012 (vgl. IVSTA-act. 176 S. 39 f.).

In diesem Zusammenhang ist vorab darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Festlegung der einzelnen Arbeitsunfähigkeitsgrade letztlich um eine Schätzung handelt, die von einem gewissen Ermessen des Versicherungsmediziners getragen wird.

Angesichts der obigen Ausführungen in Erwägung 6.3.5 ist diese Einschätzung des Gutachters nachvollziehbar und nicht zu beanstanden: Mit der attestierten Leistungsfähigkeit von 80 % in einem 100 % Pensum in angepasster Tätigkeit wird auch der Verlangsamung des Beschwerdeführers durch die Benzodiazepine und allfälligen substanzbedingten Abstürzen Rechnung getragen, während die Einschränkungen, welche sich aufgrund der Zwangsstörung ergeben, bereits in der adaptierten Tätigkeit – entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers – berücksichtigt werden. Was die Rüge der Verwendung des falschen Namens («Herr EE. \_\_\_\_\_») betrifft, ist davon auszugehen, dass es sich dabei um ein unbeachtliches redaktionelles Versehen des Gutachters handelt. Auch das mit der Replik neu eingereichte – zeitlich vermutlich vom 17. Juni 2021 datierende – Attest von Dr. GG. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie, vermag nichts an dieser Einschätzung zu ändern, da es, abgesehen von der novenrechtlichen Unbeachtlichkeit (vgl. dazu oben E. 3.6), lediglich die Diagnose der Zwangsstörung wiederholt und über die aktuelle Behandlung des Beschwerdeführers mit Medikamenten Auskunft gibt (vgl. dazu BVGer-act. 17 Beilage 18=BVGer-act. 19 Beilage [Übersetzung]).

#### **E. 6.3.7**

Damit ist zusammenfassend festzuhalten, dass das Gutachten vom 2. Februar 2020 – entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers – die Anforderungen an ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 erfüllt.

#### **E. 6.4**

Als Zwischenfazit ist weiter gestützt auf das Gutachten vom 2. Februar 2020 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass in der angestammten Tätigkeit

weiterhin keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben ist, während in angepasster Tätigkeit in einem vollschichtigen Pensum letztlich – in Abweichung zur Annahme der Vorinstanz, welche von 100 %

C-179/2021 Seite 40 ausgeht und die eingeschränkte Leistungsfähigkeit damit zu Unrecht nicht berücksichtigt hat – seit November 2019 eine Restarbeitsfähigkeit von 80 % besteht. 7. Nachfolgend ist der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers in einer seinem Leiden angepassten vollschichtigen Tätigkeit mit einer Restarbeitsfähigkeit von 80 % zu berechnen: 7.1 Bei erwerbstätigen Versicherten – wie unbestrittenermassen dem Beschwerdeführer – ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 6 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung; vgl. auch oben E. 3.5) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. 7.1.1 Bei einem Einkommensvergleich wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C\_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1).

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; Urteil des BGer 8C\_61/2018 vom 23. März 2018 E. 6.2). Für die Bemessung der Invalidität einer im Ausland wohnhaften versicherten Person sind Validen- und Invalideneinkommen grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2; Urteil des BGer 8C\_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.1).

C-179/2021 Seite 41 7.1.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist nach der Rechtsprechung entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 134 V 322 E. 4.1; Urteil des BGer 8C\_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 3.1). 7.1.3 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der

tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können insbesondere Tabellenlöhne gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 m.H.; Urteil des BGer 9C\_422/2017 vom 17. Mai 2017 E. 4.1), wobei grundsätzlich immer die aktuellsten statistischen Daten zu verwenden sind (BGE 143 V 295 E. 2.3).

In der Regel ist auf die LSE-Tabelle TA1 und den darin enthaltenen Totalwert abzustellen (Urteil des BGer 8C\_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 6.2; vgl. auch Urteil des BGer 9C\_358/2017 vom 2. Mai 2018 E. 5.2 m.H.), wobei aber auf Löhne einzelner Sektoren oder gar einzelner Branchen abgestellt werden kann, wenn dies als sachgerecht erscheint, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen. Dies geschieht namentlich bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung lange Zeit in diesem Bereich tätig gewesen sind und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt. Es besteht jedoch kein Grundsatz, wonach stets auf die Tabelle TA1 abzustellen ist (Urteil des BGer 9C\_841/2013 vom 7. März 2014 E. 4.2). Wird auf die LSE 2012 oder neuer abgestellt, ist – zumindest bis C-179/2021 Seite 42 auf Weiteres – nur die Tabelle TA1 zu verwenden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 142 V 178 E. 1.3; 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2; 126 V 75 E. 5b; Urteil des BGer 9C\_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.1).

7.2 Die Vorinstanz ist bei der Berechnung des IV-Grades in der angefochtenen Verfügung fälschlicherweise von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % ausgegangen und hat sowohl für das Valideneinkommen als auch für das Invalideneinkommen auf die LSE 2016 abgestellt. Für das Valideneinkommen ist sie gestützt auf die Tabelle TA1 (monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor) der Branche Informationstechnologie und Informationsdienstleistungen im Kompetenzniveau 3 und unter Aufrechnung des Tabellenwertes auf 41.3 Wochenstunden von einem Monatslohn von Fr. 7'660.12 ausgegangen. Die Vorinstanz hat sodann gestützt auf die Tabelle TA1 (monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor), Totalwert Männer, Kompetenzniveau 2 und unter Aufrechnung des Tabellenwertes auf 41.7 Wochenstunden sowie der Gewährung eines Leidensabzugs von 10 % ein Invalideneinkommen von Fr. 5'297.36 ermittelt. Hieraus resultierte schliesslich eine Erwerbseinbusse von gerundet 31 %.

7.3 Der Beschwerdeführer moniert in diesem Zusammenhang in seiner Beschwerde insbesondere, die Berechnung der Erwerbseinbusse sei nicht korrekt, wobei der Leidensabzug von 10 % ungenügend und der Lohn in einer

angepassten Tätigkeit in der Türkei um ein Vielfaches tiefer sei als der festgehaltene Lohn für das Kompetenzniveau 2 (vgl. BVGer-act. 1 Rz. 48). Replikweise bringt der Beschwerdeführer eventualiter vor, ein professioneller, 44 Jahre alter Software-Ingenieur würde gemäss «Lohnbuch

C-179/2021 Seite 43 2021» monatlich Fr. 8'931.- verdienen. Der monatliche Lohn für einen Mitarbeiter mit administrativen Funktionen in der Peripherie betrage sodann gemäss «Lohnbuch 2021» Fr. 4'182.-. Aufgrund des verlangsamten Arbeitstempos sei ein Leidensabzug von 15 % gerechtfertigt, was letztlich einen IV-Grad von 60.2 % und damit einen Anspruch auf IV-Rente im Ausland ergebe (BVGer-act. 17 Rz. 19-22). 7.4 Was die Berechnung des IV-Grades des Beschwerdeführers betrifft, ist vorliegend Folgendes festzuhalten: 7.4.1 Nicht zu beanstanden ist, dass die Vorinstanz im vorliegenden Fall das Valideneinkommen aufgrund der LSE 2016 ermittelt hat, denn der Beschwerdeführer hat seine letzte Arbeitsstelle gemäss Aktenlage per 31. Juni 2009 gekündigt, weil die Arbeitgeberin seine Lohnforderungen nicht erfüllen konnte (IVSTA-act. 32; 45) und vorliegend ist ein weiterer Anspruch ab November 2019 zu prüfen, zu welchem Zeitpunkt die Lohndaten der LSE 2018 noch nicht vorlagen. Entsprechend ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer auch als Gesunder nicht mehr an dieser Arbeitsstelle tätig wäre, womit das Valideneinkommen praxisgemäss mittels statistischer Werte zu bestimmen ist (vgl. Urteil des BGer 8C\_551/2017 vom 2. August 2018 E. 5). Es ist jedoch nicht ersichtlich, weshalb das vom Beschwerdeführer nicht weiter spezifizierte «Lohnbuch 2021» anstelle der LSE-Tabellen herangezogen werden müsste. Weiter ist nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz auf die Tabelle TA1 (monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor) der Branche Informationstechnologie und Informationsdienstleistungen (Wirtschaftszweig 62-63) im Kompetenzniveau 3 und damit auf einen Monatslohn von Fr. 7'419.- abgestellt hat. Der Beschwerdeführer hat nämlich in der Türkei ein Studium absolviert, bis zum Eintritt seines Gesundheitsschadens bereits während einiger Jahre als IT Web-Entwickler und Software Engineer in der Schweiz gearbeitet (vgl. IVSTA-act. 5; 32; 176 S. 27) und hätte ohne Gesundheitsschaden vermutlich in diesem Bereich weitergearbeitet. Entsprechend ist unter Aufrechnung auf die im Jahr 2019 branchenüblichen 41.2 Wochenstunden (vgl. NOGA 2008) und der Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für Männer von 0.4 % (2017), 0.5 % (2018) sowie 0.9 % (2019) von einem monatlichen Valideneinkommen von Fr. 7'779.90 (Fr. 7'419.00 : 40 x 41.2 = Fr. 7'641.57; 2017: Fr. 7'641.57 : 100 x 100.4 = Fr. 7'672.14; 2018: Fr. 7'672.14 : 100 x 100.5 = Fr. 7'710.50; 2019: Fr. 7'710.50 : 100 x 100.9 = Fr. 7'779.90) auszugehen.

C-179/2021 Seite 44 7.5 Hinsichtlich des Invalideneinkommens ist die von der Vorinstanz verwendete Tabelle TA1 (monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor), Totalwert Männer, grundsätzlich nicht zu beanstanden. Allerdings ist nicht ersichtlich, weshalb die Vorinstanz auf das Kompetenzniveau 2 abgestellt hat. Vorliegend ist vielmehr die Anwendung des Kompetenzniveaus 1 angezeigt, da der Beschwerdeführer vorliegend lediglich noch intellektuell nicht sehr anspruchsvolle Arbeiten verrichten kann (vgl. dazu z.B. Urteil des BGer 8C\_187/2015 vom 20. Mai 2015 E. 3.2.3.1). Dieser Tabellenwert von Fr. 5'340.- ist sodann auf die branchenüblichen 41.7 Wochenstunden aufzurechnen (Fr. 5'340.00 : 40 x 41.7 = Fr. 5'566.95) und anschliessend – wie bereits das Valideneinkommen – auf das Anspruchsjahr 2019 zu indexieren (2017: Fr. 5'566.95 : 100 x 100.4 = Fr. 5'589.22; 2018:

Fr. 5'589.22 : 100 x 100.5 = Fr. 5'617.16; 2019: Fr. 5'617.16 : 100 x 100.9 = Fr. 5'667.72), was letztlich für eine Arbeitsfähigkeit von 100 % einen Betrag von Fr. 5'667.72 ergibt. Bei der vorliegenden Restarbeitsfähigkeit von 80 % resultiert ein monatlicher Betrag von Fr. 4'534.17 (Fr. 5'667.72 : 100 x 80). Was sodann den replikweise vom Beschwerdeführer geforderten Leidensabzug aufgrund des verlangsamten Arbeitstempos betrifft, ist festzuhalten, dass die bundesgerichtliche Rechtsprechung zwar unter dem Titel Beschäftigungsgrad bei Männern, welche aus gesundheitlichen Gründen nur noch teilweise erwerbstätig sein können, einen Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 anerkennt. Dagegen rechtfertigt jedoch der Umstand, dass eine grundsätzlich vollzeitleistungsfähige versicherte Person krankheitsbedingt lediglich reduziert leistungsfähig ist, keinen über die Berücksichtigung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit und damit des Rendements hinausgehenden Abzug (vgl. z.B. Urteil des 9C\_380/2015 vom 17. November 2015 E. 3.2.3 m.w.H.). Somit kann dem Beschwerdeführer unter dem Titel der Teilzeit kein Abzug gewährt werden. Auch das Alter des Beschwerdeführers, welches im November 2019 44 Jahre (45. Geburtstag am [...] 2020) betrug, rechtfertigt keinen Leidensabzug, weil die Nachfrage nach Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig ist, wobei das Alter bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten auf Kompetenzniveau 1 sogar lohn erhöhend wirkt (vgl. Urteil des BGer 8C\_14/2017 vom 15. März 2017 E. 6.3 m.w.H.). Entsprechend ist vorliegend kein Leidensabzug vorzunehmen und es bleibt bei einem monatlichen Invalideneinkommen von Fr. 4'534.17. 7.6 Die Gegenüberstellung der zuvor dargestellten Validen- und Invalideneinkommen ergibt eine Einkommenseinbusse von monatlich Fr. 3'245.73 (Fr. 7'779.90 - Fr. 4'534.17) und einen Invaliditätsgrad von aufgerundet

C-179/2021 Seite 45 42 % (Fr. 3'245.73 x 100 : Fr. 7'779.90; vgl. zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2). Damit hätte der Beschwerdeführer grundsätzlich Anspruch auf eine Viertelrente, allerdings ist im vorliegenden Fall die Ausrichtung dieser Rente in die Türkei ausgeschlossen (vgl. dazu oben E. 4.1).

Der Vollständigkeit halber ist anzufügen, dass selbst bei der Gewährung eines Leidensabzuges von 10 %, was im vorliegenden Fall sehr grosszügig wäre, kein IV-Grad resultieren würde, der die Ausrichtung einer Rente in die Türkei erlauben würde: Das Invalideneinkommen würde in diesem Fall Fr. 4'080.75 (Fr. 4'534.17 : 100 x 90) betragen, was letztlich zu einer Einkommenseinbusse von Fr. 3'699.15 (Fr. 7'779.90 - Fr. 4'080.75) und damit einem nach wie vor unter 50 % liegenden IV-Grad von aufgerundet 48 % (Fr. 3'699.15 x 100 : Fr. 7'779.90) führen würde. 8. Zu prüfen bleibt, ob die Vorinstanz im vorliegenden Fall vor der Aufhebung der Rente des Beschwerdeführers Massnahmen zur Eingliederung hätte durchführen und damit den vom Beschwerdeführer geltend gemachten «graduellen Wiedereinstieg» (vgl. BVGer-act. 1 Rz. 48) hätte berücksichtigen müssen. 8.1 Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens 15 Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Massgebend der Zeitpunkt für die Frage nach der zumutbaren Selbsteingliederung ist bei der Revision eines bestehenden Rentenanspruchs nach Art. 17 ATSG das Alter im Zeitpunkt des Erlasses der Revisionsverfügung (vgl. Urteil des BGer 8C\_104/2021 vom 27. Juni 2022 E. 7.3.2). Der Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen entsteht frühestens mit der

Unterstellung unter die obligatorische oder die freiwillige Versicherung und endet spätestens mit dem Ende der Versicherung (Art. 9 Abs. 1bis IVG). Die Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen bedingt, dass die versicherungsmässigen Voraussetzungen erfüllt sind (BGE 145 V 266 E. 4.2 und 5). 8.2 Die Vorinstanz hat die Revisionsverfügung am 13. November 2020 erlassen (IVSTA-act. 216). Im einschlägigen Zeitpunkt hatte der Beschwerdeführer weder das 55. Altersjahr abgeschlossen, noch seit mehr als 15

C-179/2021 Seite 46 Jahren eine Invalidenrente bezogen, weshalb eine Selbsteingliederung grundsätzlich zumutbar ist.

Vorliegend würde es ohnehin an den versicherungsmässigen Voraussetzungen fehlen, da der Beschwerdeführer 2012 seinen Wohnsitz von der Schweiz in die Türkei verlegt hatte (vgl. oben Bst. D) und seither auch nicht mehr in der Schweiz erwerbstätig gewesen ist. Bei der obligatorischen AHV/IV sind nur Personen mit Wohnsitz oder Erwerbstätigkeit in der Schweiz versichert (Art. 1a Bst. a und b AHVG i.V.m. Art. 1b IVG). Damit hätte er im massgebenden Zeitpunkt des Verfügungserlasses auch die versicherungsmässigen Voraussetzungen für berufliche Massnahmen der Invalidenversicherung nicht mehr erfüllt. Mit dem Wegfall der Versicherungsunterstellung hätte er gemäss Art. 9 Abs. 1bis IVG, der für sämtliche Eingliederungsmassnahmen gilt, ohnehin keinen Anspruch mehr auf Wiedereingliederungsmassnahmen gehabt (vgl. BGE 145 V 266 E. 4.2 und 5). Ebenso wenig würde vorliegend eine allfällige Nachversicherungsklausel hinsichtlich des Sachverhalts des Beschwerdeführers greifen, da eine Verlängerung der Versicherung spätestens in dem Zeitpunkt endet, in welchem der Fall durch Zusprechung einer Rente definitiv abgeschlossen wird oder die Eingliederung erfolgreich durchgeführt worden ist (BGE 132 V 244 E. 6; 145 V 266 E. 6.3.6 m.w.H.).

Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer überdies der Auffassung ist, er sei aufgrund der Schwere seiner Krankheit nicht arbeitsfähig (vgl. insbesondere Einwand gegen den Vorbescheid [IVSTA-act. 203=211 [Übersetzung]], weshalb die Vorinstanz bereits aus diesem Grund auf die Prüfung der Wiedereingliederung hätte verzichten dürfen (vgl. z.B. Urteil des BGER 8C\_287/2022 vom 17. August 2022 E. 5.2.2 m.w.H.). 9. Zusammengefasst steht fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers spätestens ab November 2019 erheblich verbessert hat und ihm ab diesem Zeitpunkt eine leidensangepasste Tätigkeit in einem vollschichtigen Pensum mit einer Leistungsfähigkeit von 80 %, was letztlich einer Arbeitsfähigkeit von 80 % entspricht, zumutbar ist. Mit einem errechneten IV-Grad von 42 % hätte der Beschwerdeführer zwar Anspruch auf eine Viertelsrente, welche jedoch nicht in die Türkei ausgerichtet werden kann. Entsprechend hat die Vorinstanz im Ergebnis zu Recht die bisher ganze Rente des Beschwerdeführers gestützt auf Art. 88bis Abs. 2 Bst. a IVV vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden

C-179/2021 Seite 47 Monats an aufgehoben. Die Beschwerde vom 14. Januar 2021 ist daher abzuweisen und die Verfügung vom 13. November 2020 zu bestätigen. 10. Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung. 10.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind jedoch keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weil seinem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit Zwischenverfügung vom 20. Mai 2021 stattgegeben wurde. Der obsiegenden Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen.

10.2 Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat als amtlich bestellte Anwältin (Art. 65 Abs. 2 VwVG) Anspruch auf eine Entschädigung aus der Gerichtskasse. Die Bemessung richtet sich nach den für die Parteientschädigung geltenden Grundsätzen (Art. 12 i.V.m. Art. 8 ff. VGKE), wobei die Mehrwertsteuer auch dann geschuldet ist, wenn die beschwerdeführende Partei ihren Wohnsitz im Ausland hat (vgl. BGE 141 IV 344 E. 4). Entschädigungspflichtig sind rechtsprechungsgemäss lediglich jene Aufwendungen, die in einem kausalen Zusammenhang mit der Wahrung der Rechte im Prozess stehen und notwendig und verhältnismässig sind (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_857/2012 vom 4. Dezember 2012 E. 3.1). Gelangt der Beschwerdeführer später zu hinreichenden Mitteln, so ist er verpflichtet, der Gerichtskasse Ersatz zu leisten (Art. 65 Abs. 4 VwVG).

10.2.1 Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers reichte mit der Replik vom 21. Juni 2021 für den Zeitraum vom 2. Dezember 2020 bis 20. Juni 2021 eine Kostennote in der Höhe von Fr. 9'093.90 (29.58h à Fr. 300.- zuzüglich Auslagen von Fr. 218.90.-) ein (BVGer-act. 17 Beilage 19).

10.2.2 Der geltend gemachte Aufwand von gerundet 29.6 Stunden erscheint unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache, des Umfangs der Akten und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens als überhöht, weshalb die Honorarnote zu kürzen ist. Das vorliegende Verfahren weist im Quervergleich mit ähnlichen Fällen weder eine besondere Bedeutung noch ausserordentliche Schwierigkeiten auf. Der Aktenumfang ist durchschnittlich und es wurde ein doppelter Schriftenwechsel geführt. Vor die-

C-179/2021 Seite 48 sem Hintergrund und mit Blick auf die im Sozialversicherungsrecht geltende Untersuchungsmaxime (vgl. dazu Urteil des EVG I 786/05 vom

## **E. 7**

Nachfolgend ist der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers in einer seinem Leiden angepassten vollschichtigen Tätigkeit mit einer Restarbeitsfähigkeit von 80 % zu berechnen:

### **E. 7.1**

Bei erwerbstätigen Versicherten - wie unbestrittenermassen dem Beschwerdeführer - ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 6 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung; vgl. auch oben E. 3.5) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen.

#### **E. 7.1.1**

Bei einem Einkommensvergleich wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C\_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige

rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; Urteil des BGer 8C\_61/2018 vom 23. März 2018 E. 6.2). Für die Bemessung der Invalidität einer im Ausland wohnhaften versicherten Person sind Validen- und Invalideneinkommen grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2; Urteil des BGer 8C\_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.1).

### **E. 7.1.2**

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist nach der Rechtsprechung entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 134 V 322 E. 4.1; Urteil des BGer 8C\_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 3.1).

### **E. 7.1.3**

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können insbesondere Tabellenlöhne gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 m.H.; Urteil des BGer 9C\_422/2017 vom 17. Mai 2017 E. 4.1), wobei grundsätzlich immer die aktuellsten statistischen Daten zu verwenden sind (BGE 143 V 295 E. 2.3). In der Regel ist auf die LSE-Tabelle TA1 und den darin enthaltenen Totalwert abzustellen (Urteil des BGer 8C\_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 6.2; vgl. auch Urteil des BGer 9C\_358/2017 vom 2. Mai 2018 E. 5.2 m.H.), wobei aber auf Löhne einzelner Sektoren oder gar einzelner Branchen abgestellt werden kann, wenn dies als sachgerecht erscheint, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen. Dies geschieht namentlich bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung lange Zeit in diesem Bereich tätig gewesen sind und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt. Es besteht jedoch kein Grundsatz, wonach stets auf die Tabelle TA1 abzustellen ist (Urteil des BGer 9C\_841/2013 vom 7. März 2014 E. 4.2). Wird auf die LSE 2012 oder neuer abgestellt, ist - zumindest bis auf Weiteres - nur die Tabelle TA1 zu verwenden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7). Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben

können (BGE 142 V 178 E. 1.3; 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2; 126 V 75 E. 5b; Urteil des BGer 9C\_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.1).

### **E. 7.2**

Die Vorinstanz ist bei der Berechnung des IV-Grades in der angefochtenen Verfügung fälschlicherweise von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % ausgegangen und hat sowohl für das Valideneinkommen als auch für das Invalideneinkommen auf die LSE 2016 abgestellt. Für das Valideneinkommen ist sie gestützt auf die Tabelle TA1 (monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor) der Branche Informationstechnologie und Informationsdienstleistungen im Kompetenzniveau 3 und unter Aufrechnung des Tabellenwertes auf 41.3 Wochenstunden von einem Monatslohn von Fr. 7'660.12 ausgegangen. Die Vorinstanz hat sodann gestützt auf die Tabelle TA1 (monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor), Totalwert Männer, Kompetenzniveau 2 und unter Aufrechnung des Tabellenwertes auf 41.7 Wochenstunden sowie der Gewährung eines Leidensabzugs von 10 % ein Invalideneinkommen von Fr. 5'297.36 ermittelt. Hieraus resultierte schliesslich eine Erwerbseinbusse von gerundet 31 %.

### **E. 7.3**

Der Beschwerdeführer moniert in diesem Zusammenhang in seiner Beschwerde insbesondere, die Berechnung der Erwerbseinbusse sei nicht korrekt, wobei der Leidensabzug von 10 % ungenügend und der Lohn in einer angepassten Tätigkeit in der Türkei um ein Vielfaches tiefer sei als der festgehaltene Lohn für das Kompetenzniveau 2 (vgl. BVGer-act. 1 Rz. 48). Replikweise bringt der Beschwerdeführer eventualiter vor, ein professioneller, 44 Jahre alter Software-Ingenieur würde gemäss «Lohnbuch 2021» monatlich Fr. 8'931.- verdienen. Der monatliche Lohn für einen Mitarbeiter mit administrativen Funktionen in der Peripherie betrage sodann gemäss «Lohnbuch 2021» Fr. 4'182.-. Aufgrund des verlangsamten Arbeitstempos sei ein Leidensabzug von 15 % gerechtfertigt, was letztlich einen IV-Grad von 60.2 % und damit einen Anspruch auf IV-Rente im Ausland ergebe (BVGer-act. 17 Rz. 19-22).

### **E. 7.4**

Was die Berechnung des IV-Grades des Beschwerdeführers betrifft, ist vorliegend Folgendes festzuhalten:

#### **E. 7.4.1**

Nicht zu beanstanden ist, dass die Vorinstanz im vorliegenden Fall das Valideneinkommen aufgrund der LSE 2016 ermittelt hat, denn der Beschwerdeführer hat seine letzte Arbeitsstelle gemäss Aktenlage per 31. Juni 2009 gekündigt, weil die Arbeitgeberin seine Lohnforderungen nicht erfüllen konnte (IVSTA-act. 32; 45) und vorliegend ist ein weiterer Anspruch ab November 2019 zu prüfen, zu welchem Zeitpunkt die Lohndaten der LSE 2018 noch nicht vorlagen. Entsprechend ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer auch als Gesunder nicht mehr an dieser Arbeitsstelle tätig wäre, womit das Valideneinkommen praxisgemäss mittels statistischer

Werte zu bestimmen ist (vgl. Urteil des BGer 8C\_551/2017 vom 2. August 2018 E. 5). Es ist jedoch nicht ersichtlich, weshalb das vom Beschwerdeführer nicht weiter spezifizierte «Lohnbuch 2021» anstelle der LSE-Tabellen herangezogen werden müsste. Weiter ist nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz auf die Tabelle TA1 (monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor) der Branche Informationstechnologie und Informationsdienstleistungen (Wirtschaftszweig 62-63) im Kompetenzniveau 3 und damit auf einen Monatslohn von Fr. 7'419.- abgestellt hat. Der Beschwerdeführer hat nämlich in der Türkei ein Studium absolviert, bis zum Eintritt seines Gesundheitsschadens bereits während einiger Jahre als IT Web-Entwickler und Software Engineer in der Schweiz gearbeitet (vgl. IVSTA-act. 5; 32; 176 S. 27) und hätte ohne Gesundheitsschaden vermutlich in diesem Bereich weitergearbeitet. Entsprechend ist unter Aufrechnung auf die im Jahr 2019 branchenüblichen 41.2 Wochenstunden (vgl. NOGA 2008) und der Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für Männer von 0.4 % (2017), 0.5 % (2018) sowie 0.9 % (2019) von einem monatlichen Valideneinkommen von Fr. 7'779.90 (Fr. 7'419.00 : 40 x 41.2 = Fr. 7'641.57; 2017: Fr. 7'641.57 : 100 x 100.4 = Fr. 7'672.14; 2018: Fr. 7'672.14 : 100 x 100.5 = Fr. 7'710.50; 2019: Fr. 7'710.50 : 100 x 100.9 = Fr. 7'779.90) auszugehen.

#### **E. 7.5**

Hinsichtlich des Invalideneinkommens ist die von der Vorinstanz verwendete Tabelle TA1 (monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor), Totalwert Männer, grundsätzlich nicht zu beanstanden. Allerdings ist nicht ersichtlich, weshalb die Vorinstanz auf das Kompetenzniveau 2 abgestellt hat. Vorliegend ist vielmehr die Anwendung des Kompetenzniveaus 1 angezeigt, da der Beschwerdeführer vorliegend lediglich noch intellektuell nicht sehr anspruchsvolle Arbeiten verrichten kann (vgl. dazu z.B. Urteil des BGer 8C\_187/2015 vom 20. Mai 2015 E. 3.2.3.1). Dieser Tabellenwert von Fr. 5'340.- ist sodann auf die branchenüblichen 41.7 Wochenstunden aufzurechnen (Fr. 5'340.00 : 40 x 41.7 = Fr. 5'566.95) und anschliessend - wie bereits das Valideneinkommen - auf das Anspruchsjahr 2019 zu indexieren (2017: Fr. 5'566.95 : 100 x 100.4 = Fr. 5'589.22; 2018: Fr. 5'589.22 : 100 x 100.5 = Fr. 5'617.16; 2019: Fr. 5'617.16 : 100 x 100.9 = Fr. 5'667.72), was letztlich für eine Arbeitsfähigkeit von 100 % einen Betrag von Fr. 5'667.72 ergibt. Bei der vorliegenden Restarbeitsfähigkeit von 80 % resultiert ein monatlicher Betrag von Fr. 4'534.17 (Fr. 5'667.72 : 100 x 80). Was sodann den replikweise vom Beschwerdeführer geforderten Leidensabzug aufgrund des verlangsamten Arbeitstempos betrifft, ist festzuhalten, dass die bundesgerichtliche Rechtsprechung zwar unter dem Titel Beschäftigungsgrad bei Männern, welche aus gesundheitlichen Gründen nur noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, einen Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 anerkennt. Dagegen rechtfertigt jedoch der Umstand, dass eine grundsätzlich vollzeitlich arbeitsfähige versicherte Person krankheitsbedingt lediglich reduziert leistungsfähig ist, keinen über die Berücksichtigung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit und damit des Rendements hinaus gehenden Abzug (vgl. z.B. Urteil des 9C\_380/2015 vom 17. November 2015 E. 3.2.3 m.w.H.). Somit kann dem Beschwerdeführer unter dem Titel der Teilzeit kein Abzug gewährt werden. Auch das Alter des Beschwerdeführers, welches im November 2019 44 Jahre (45. Geburtstag am [...] 2020) betrug, rechtfertigt keinen Leidensabzug, weil die Nachfrage nach Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig ist, wobei das Alter bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten auf Kompetenzniveau 1 sogar lohnerhöhend wirkt (vgl. Urteil des BGer 8C\_14/2017 vom 15. März 2017 E. 6.3 m.w.H.). Entsprechend ist vorliegend kein

Leidensabzug vorzunehmen und es bleibt bei einem monatlichen Invalideneinkommen von Fr. 4'534.17.

#### **E. 7.6**

Die Gegenüberstellung der zuvor dargestellten Validen- und Invalideneinkommen ergibt eine Einkommenseinbusse von monatlich Fr. 3'245.73 (Fr. 7'779.90 - Fr. 4'534.17) und einen Invaliditätsgrad von aufgerundet 42 % (Fr. 3'245.73 x 100 : Fr. 7'779.90; vgl. zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2). Damit hätte der Beschwerdeführer grundsätzlich Anspruch auf eine Viertelrente, allerdings ist im vorliegenden Fall die Ausrichtung dieser Rente in die Türkei ausgeschlossen (vgl. dazu oben E. 4.1). Der Vollständigkeit halber ist anzufügen, dass selbst bei der Gewährung eines Leidensabzuges von 10 %, was im vorliegenden Fall sehr grosszügig wäre, kein IV-Grad resultieren würde, der die Ausrichtung einer Rente in die Türkei erlauben würde: Das Invalideneinkommen würde in diesem Fall Fr. 4'080.75 (Fr. 4'534.17 : 100 x 90) betragen, was letztlich zu einer Einkommenseinbusse von Fr. 3'699.15 (Fr. 7'779.90 - Fr. 4'080.75) und damit einem nach wie vor unter 50 % liegenden IV-Grad von aufgerundet 48 % (Fr. 3'699.15 x 100 : Fr. 7'779.90) führen würde.

#### **E. 8**

Zu prüfen bleibt, ob die Vorinstanz im vorliegenden Fall vor der Aufhebung der Rente des Beschwerdeführers Massnahmen zur Eingliederung hätte durchführen und damit den vom Beschwerdeführer geltend gemachten «graduellen Wiedereinstieg» (vgl. BVGer-act. 1 Rz. 48) hätte berücksichtigen müssen.

#### **E. 8.1**

Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens 15 Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Massgebender Zeitpunkt für die Frage nach der zumutbaren Selbsteingliederung ist bei der Revision eines bestehenden Rentenanspruchs nach Art. 17 ATSG das Alter im Zeitpunkt des Erlasses der Revisionsverfügung (vgl. Urteil des BGer 8C\_104/2021 vom 27. Juni 2022 E. 7.3.2). Der Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen entsteht frühestens mit der Unterstellung unter die obligatorische oder die freiwillige Versicherung und endet spätestens mit dem Ende der Versicherung (Art. 9 Abs. 1bis IVG). Die Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen bedingt, dass die versicherungsmässigen Voraussetzungen erfüllt sind (BGE 145 V 266 E. 4.2 und 5).

#### **E. 8.2**

Die Vorinstanz hat die Revisionsverfügung am 13. November 2020 erlassen (IVSTA-act. 216). Im einschlägigen Zeitpunkt hatte der Beschwerdeführer weder das 55. Altersjahr abgeschlossen, noch seit mehr als 15 Jahren eine Invalidenrente bezogen, weshalb eine Selbsteingliederung grundsätzlich zumutbar ist. Vorliegend würde es ohnehin an den versicherungsmässigen Voraussetzungen fehlen, da der Beschwerdeführer 2012 seinen Wohnsitz von der Schweiz in die Türkei verlegt hatte (vgl. oben Bst. D) und seither auch nicht mehr in der Schweiz erwerbstätig gewesen ist. Bei der obligatorischen AHV/IV sind nur Personen mit Wohnsitz oder Erwerbstätigkeit in der Schweiz versichert (Art. 1a Bst. a und b AHVG i.V.m. Art. 1b IVG). Damit hätte er im massgebenden Zeitpunkt des

Verfügungserlasses auch die versicherungsmässigen Voraussetzungen für berufliche Massnahmen der Invalidenversicherung nicht mehr erfüllt. Mit dem Wegfall der Versicherungsunterstellung hätte er gemäss Art. 9 Abs. 1bis IVG, der für sämtliche Eingliederungsmassnahmen gilt, ohnehin keinen Anspruch mehr auf Wiedereingliederungsmassnahmen gehabt (vgl. BGE 145 V 266 E. 4.2 und 5). Ebenso wenig würde vorliegend eine allfällige Nachversicherungsklausel hinsichtlich des Sachverhalts des Beschwerdeführers greifen, da eine Verlängerung der Versicherung spätestens in dem Zeitpunkt endet, in welchem der Fall durch Zusprechung einer Rente definitiv abgeschlossen wird oder die Eingliederung erfolgreich durchgeführt worden ist (BGE 132 V 244 E. 6; 145 V 266 E. 6.3.6 m.w.H.). Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer überdies der Auffassung ist, er sei aufgrund der Schwere seiner Krankheit nicht arbeitsfähig (vgl. insbesondere Einwand gegen den Vorbescheid [IVSTA-act. 203=211 [Übersetzung]), weshalb die Vorinstanz bereits aus diesem Grund auf die Prüfung der Wiedereingliederung hätte verzichten dürfen (vgl. z.B. Urteil des BGer 8C\_287/2022 vom 17. August 2022 E. 5.2.2 m.w.H.).

## **E. 9**

Zusammengefasst steht fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers spätestens ab November 2019 erheblich verbessert hat und ihm ab diesem Zeitpunkt eine leidensangepasste Tätigkeit in einem vollschichtigen Pensum mit einer Leistungsfähigkeit von 80 %, was letztlich einer Arbeitsfähigkeit von 80 % entspricht, zumutbar ist. Mit einem errechneten IV-Grad von 42 % hätte der Beschwerdeführer zwar Anspruch auf eine Viertelsrente, welche jedoch nicht in die Türkei ausgerichtet werden kann. Entsprechend hat die Vorinstanz im Ergebnis zu Recht die bisher ganze Rente des Beschwerdeführers gestützt auf Art. 88bis Abs. 2 Bst. a IVV vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an aufgehoben. Die Beschwerde vom 14. Januar 2021 ist daher abzuweisen und die Verfügung vom 13. November 2020 zu bestätigen.

## **E. 10**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

### **E. 10.1**

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind jedoch keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weil seinem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit Zwischenverfügung vom 20. Mai 2021 stattgegeben wurde. Der obsiegenden Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen.

### **E. 10.2**

Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat als amtlich bestellte Anwältin (Art. 65 Abs. 2 VwVG) Anspruch auf eine Entschädigung aus der Gerichtskasse. Die Bemessung richtet sich nach den für die Parteientschädigung geltenden Grundsätzen (Art. 12 i.V.m. Art. 8 ff. VGKE), wobei die Mehrwertsteuer auch dann geschuldet ist, wenn die beschwerdeführende Partei ihren Wohnsitz im Ausland hat (vgl. BGE 141 IV 344 E. 4). Entschädigungspflichtig sind rechtsprechungsgemäss lediglich jene Aufwendungen, die in einem kausalen Zusammenhang mit der Wahrung der Rechte im Prozess stehen und notwendig und verhältnismässig sind (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_857/2012 vom 4. Dezember 2012 E. 3.1). Gelangt der Beschwerdeführer später zu hinreichenden Mitteln, so ist er verpflichtet, der Gerichtskasse Ersatz zu leisten (Art. 65 Abs. 4 VwVG).

### **E. 10.2.1**

Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers reichte mit der Replik vom 21. Juni 2021 für den Zeitraum vom 2. Dezember 2020 bis 20. Juni 2021 eine Kostennote in der Höhe von Fr. 9'093.90 (29.58h à Fr. 300.- zuzüglich Auslagen von Fr. 218.90.-) ein (BVGer-act. 17 Beilage 19).

### **E. 10.2.2**

Der geltend gemachte Aufwand von gerundet 29.6 Stunden erscheint unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache, des Umfangs der Akten und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens als überhöht, weshalb die Honorarnote zu kürzen ist. Das vorliegende Verfahren weist im Quervergleich mit ähnlichen Fällen weder eine besondere Bedeutung noch ausserordentliche Schwierigkeiten auf. Der Aktenumfang ist durchschnittlich und es wurde ein doppelter Schriftenwechsel geführt. Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf die im Sozialversicherungsrecht geltende Untersuchungsmaxime (vgl. dazu Urteil des EVG I 786/05 vom 12. September 2006 E. 4.1) ist der geltend gemachte Aufwand im Zusammenhang mit der Erarbeitung der Beschwerde von ungefähr zehn Textseiten («11.12.2020 Aktenprüfung», «14.12.2020 Aktenprüfung», «7.1.2021 Entwurf Beschwerde, Fragen/Antworten per E-Mail», «14.1.2021 Definitive Verfassung, senden») von total 16.25 Stunden auf 7 Stunden zu reduzieren. Vor demselben Hintergrund ist sodann auch der geltend gemachte Aufwand im Zusammenhang mit der Replik von vier Textseiten («16.6.2021 Verfassen Stellungnahme, Aktenstudium, E-Mails», «20.6.2021 Antworten, definitive Verfassung, senden») von total 4 Stunden auf 2 Stunden zu reduzieren ebenso wie die Aufwendungen im Zusammenhang mit der Substantiierung des UP-Gesuchs im Umfang einer Textseite («1.4.2021 Kenntnisnahme Entscheid, Tel. BVG», «1.4.2021 E-Mail Mandant - neue Unterlagen», «1.4.2021 Kenntnisnahme E-Mail Mandant», «6.4.2021 Unterlagen gesichtet, Gegenfragen 4x E-Mail», «15.4.2021 Unterlagen gesichtet, Gegenfragen», «5.5.2021 Verfassung Stellungnahme, Aktenstudium, E-Mail Mandant») von total 2.4 Stunden auf 0.75 Stunden. Weiter ist es gerechtfertigt, die zahlreichen Kontakte zwischen der Rechtsvertreterin und dem Beschwerdeführer zwischen dem 4. Dezember 2020 und dem 18. Februar 2021 sowie am 24. Mai 2021 (12 Positionen) im Umfang von insgesamt 4 Stunden auf 1.75 Stunden zu reduzieren, da nicht ersichtlich ist, inwiefern die Aufwände (im geltend gemachten Umfang) notwendig waren. Zu streichen ist überdies der geltend gemachte Aufwand von gerundet 0.6 Stunden betreffend die Telefonate mit der Vorinstanz, weil nicht ersichtlich ist, inwiefern diese Telefonate - neben dem nachvollziehbar geltend gemachten Aufwand des Gesuchs um Akteneinsicht via E-Mail (0.25h) - notwendig waren. Entsprechend ist der geltend gemachte Aufwand von 29.6 Stunden um 15.75 Stunden auf 13.85 Stunden zu reduzieren. Daneben erscheint auch der beantragte Stundenansatz von Fr. 300.- vorliegend als überhöht. Der Stundenansatz beträgt gemäss Art. 7 ff. VGKE mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.-. Praxisgemäss liegt er in vergleichbaren Fällen bei Fr. 250.- (vgl. z.B. Urteile C-1132/2018 vom 2. November 2022 E. 9.3; C-810/2022 vom 8. August 2022; C-4375/2020 vom 2. Juni 2022 E. 9.3; C-5493/2016 vom 2. April 2019 E. 9.3; C-996/2014 vom 14. Dezember 2016 E. 7.7). Entsprechend resultiert vorliegend ein angemessenes Honorar von Fr. 3462.50.- (13.85h à 250.-). Die separat ausgewiesenen Auslagen von Fr. 218.90 sind sodann zu berücksichtigen, was letztlich eine amtliche Entschädigung von Fr. 3'964.85 (inkl. MwSt. von 7.7 % [Fr. 283.45]) zu Lasten des Bundesverwaltungsgerichts ergibt.

## E. 11

und 12. November 2019 von Dr. H. \_\_\_\_\_ in E. \_\_\_\_\_ psychiatrisch begutachtet (IVSTA-act. 176): 5.2.8.1 Der Gutachter hielt als Verhaltensbeobachtungen insbesondere fest, der Beschwerdeführer sei in gutem Gesundheits- und Ernährungsstand, wirke altersentsprechend, sei gepflegt und gewählt angezogen. Zur Krankengeschichte, sozialen Situation, Lebensgeschichte gebe er bereitwillig und ausführlich Auskunft, wohingegen die Angaben zur kürzlich stattgefundenen stationären psychiatrischen Behandlung in der Türkei wenig präzise und diffus seien, als ob er nicht darüber sprechen wolle. Das vom Beschwerdeführer beklagte Zwangsverhalten habe während der vier Stunden dauernden Untersuchung nicht beobachtet werden können. Zum Untersuchungsbefund führte der Gutachter aus, es würden keine Bewusstseins- oder Orientierungsstörungen bestehen und klinisch seien keine Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörungen eruierbar. An formalen Denkstörungen bestehe eine leichte Umständlichkeit, das Denken sei assoziativ, teilweise rede der Beschwerdeführer vorbei, eingeengt auf die ihn beschäftigenden Inhalte. Es falle ein leichtes Misstrauen auf, das ganze IV-Prozedere habe sich in die Länge gezogen, habe ihn verunsichert und auch dazu verleitet, nach dem Klinikaufenthalt wieder zu Alkohol zu greifen, einmalig auch zu Kokain. Es bestünden keine Anhaltspunkte für wahnhaftige Störungen und keine Hinweise auf Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Die Affektivität zeige ein breites Spektrum (zeitweise fröhlich, dann wieder unruhig und leicht ängstlich in Bezug auf den Entzug seiner IV-Rente als Lebensgrundlage). Der Antrieb sei gesteigert, der Beschwerdeführer zeige ein deutliches Redebedürfnis (vgl. IVSTA-act. 176 S. 17 ff.).

5.2.8.2 Hinsichtlich der aktuellen Beschwerden ist dem Gutachten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer angegeben habe, es sei auch heute noch hin und wieder ein Problem, dass er anderen Menschen aufs Gesicht starre. Vom Gutachter damit konfrontiert, dass dieses Verhalten während der Gespräche nicht zu beobachten gewesen sei, obwohl er zwei C-179/2021 Seite 20 Männer gegenüber gehabt habe, habe der Beschwerdeführer ausgeführt, das sei etwas anderes. Er hätte es hier schliesslich mit Profis zu tun. Der Gutachter sei Psychiater, deshalb könne er auch gut mit ihm sprechen. Und auch der Dolmetscher sei professionell. Eine Erklärung habe er nicht für dieses Symptom. Ein weiteres Symptom in diese Richtung sei auch, dass er den Menschen auf die Lippen schauen müsse. Diese Krankheit mache ihn sehr traurig. Psychisch krank zu sein, sei überall auf der Welt schwer, in der Türkei vielleicht noch etwas schwerer. Auf die Feststellung des Gutachters, dass offenbar die Scham über seine Gedanken ein wesentliches Problem in seinem Leben sei, habe der Beschwerdeführer gemeint, es sei nicht Scham, es sei der Gedanke, was die anderen über ihn und über sein Verhalten denken würden. Aber vielleicht denke ja nur er, was die anderen denken würden. Weiter habe der Beschwerdeführer angegeben, dass sich an der Symptomatik im Wesentlichen nichts geändert habe, seit er in der Türkei sei. Verändert habe sich aber seine Lebenssituation. Er fühle sich in der Familie gut aufgehoben, bekomme regelmässig das Essen, seine Mutter unterstütze und liebe ihn. Zu den Psychotherapien habe er angegeben, die staatlichen Polikliniken würden nur Medikamente abgeben. Zu seiner privaten Psychiaterin, Frau BB. \_\_\_\_\_, sei er alle zwei bis drei Monate gegangen, aber es seien oberflächliche Gespräche gewesen und das habe ihm nichts gebracht. Er könne nicht arbeiten und keine Leute treffen, denn wenn er unter Leuten sei, könne er sich nicht konzentrieren. Er könne nicht mit Menschen arbeiten und das Programmieren sei notwendigerweise mit einem zwischenmenschlichen Austausch verbunden. Man setze sich nicht einfach hinter einen Computer und arbeite für sich, man müsse zusammenarbeiten. Dann würden ihn immer die Gedanken behindern, die Gedanken

über die Zwänge und darüber, wie sein Leben weiter gehen solle, und das schränke seine Konzentration ein (vgl. IVSTA-act. 176 S. 19 f.). 5.2.8.3 Der Gutachter stufte sodann einzig die Diagnosen Störung durch multiplen Substanzgebrauch, aktuell Benzodiazepin, ständiger Gebrauch (F13.25), und Alkohol-Abhängigkeitssyndrom, episodischer Substanzkonsum (F10.26) Kokain-Abhängigkeitssyndrom, episodischer Substanzkonsum (F14.26) sowie substanzinduzierte Zwangsstörung (F14.288) als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sicher ein. Mögliche Diagnosen, welche im Dossier auftauchen würden, wobei sich die Akten zum Teil widersprechen würden und die klinischen Belege dürftig seien, seien die Zwangsstörung (F42.1) und die schizophreniforme/wahnhafte Störung (vgl. IVSTA-act. 176 S. 22; vgl. auch oben Bst. E.b).

C-179/2021 Seite 21 5.2.8.4 Weiter hielt der Gutachter fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zum Zeitpunkt der Rentenzusprache lasse sich nicht zuverlässig rekonstruieren. Es sei deshalb keine sichere Verlaufsbeurteilung möglich. Aus heutiger Sicht stehe nach wie vor mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Abhängigkeitsproblematik im Mittelpunkt, mit durchgehender, iatrogen (durch ärztliche Einwirkung entstandene) Benzodiazepinabhängigkeit, mit episodischem Alkoholüberkonsum/Kontrollverlusten und mit episodischem Kokainkonsum. Nachdem zwischen 2005-2009 ein dramatischer Krankheitsverlauf mit insgesamt sieben Hospitalisationen dokumentiert sei, habe sich der Verlauf 2010 deutlich beruhigt, indem keine psychiatrischen Hospitalisationen mehr nötig geworden seien. Dem Beschwerdeführer werde in der Türkei ein sozial angepasstes Leben attestiert. Zweimal habe er sogar eine Freundin gehabt. Die heute im Vordergrund stehende Benzodiazepinabhängigkeit sei eine iatrogene, der Stoff werde ihm frei Haus zur Verfügung gestellt. Kokain- und Alkoholkonsum dürften unter der sozialen Kontrolle von Gesellschaft und Herkunftsfamilie geringer ausfallen als in der Schweiz. Damit würden mehr oder weniger auch die Kontakte zur illegalen Drogenszene entfallen. Im medizinischen türkischen Dossier werde der Alkoholkonsum zwar erwähnt, es werde aber keine F1-Diagnose gestellt. Auch das sei ein Hinweis, dass der Beschwerdeführer sozial nicht als «Drogensüchtiger» wahrgenommen werde. Nach wie vor komme es – nach Angabe des Beschwerdeführers – sporadisch zu Zwangshandlungen. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit würden diese im Zusammenhang mit Drogenkonsumereignissen stehen. Eine genuine Zwangsstörung F 42.1 könne aber nicht sicher ausgeschlossen werden. Über wahnhafte oder gar schizophrene Symptome entsprechend dem Kapitel F2 der ICD-10 werde aus der Türkei nicht berichtet, weder von Seiten der versicherten Person noch der türkischen Ärzte. Sollten diese Symptome je bestanden haben, so hätte sich in den letzten Jahren tatsächlich eine erhebliche Besserung ergeben, indem diesbezüglich keine Krankheitsaktivität mehr aufgetreten sei. Zusammenfassend habe sich damit der Gesundheitszustand seit 2012 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit massgeblich verbessert (vgl. S. 41 f.). 5.2.9 In der medizinisch-juristischen Beurteilung vom 9. April 2020 hielten J.\_\_\_\_\_, Juristin, und Dr. I.\_\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie des medizinischen Dienstes der IVSTA, fest, das eingeholte Gutachten entspreche den Anforderungen, denn es enthalte insbesondere ausreichende Elemente im Hinblick auf die Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281, welche wiederum für die Schlussfolgerungen berücksich-

C-179/2021 Seite 22 tigt worden seien. Es sei darin eine Verbesserung des Gesundheitszustandes beziehungsweise die Remission der obsessiv-kompulsiven Störung

und damit eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit festgestellt worden. Die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit gelte ab dem Datum der Begutachtung, weil die Verbesserung ab diesem Zeitpunkt durch den Gutachter habe objektiviert werden können (IVSTA-act. 180). 5.3 Die Parteien äussern sich im Zusammenhang mit einer anspruchserheblichen Änderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers insbesondere folgendermassen: 5.3.1 Der Beschwerdeführer lässt in seiner Beschwerdeeingabe insbesondere geltend machen, dass dem Gutachten von Dr. H. \_\_\_\_\_ vom 2. Februar 2020 keine volle Beweiskraft zuerkannt werden könne. Dies wird damit begründet, dass das Gutachten nicht in Kenntnis der gesamten medizinischen Vorakten, und zwar insbesondere unter Nichtberücksichtigung des Pflegeberichts vom 22. August 2019 und des medizinischen Berichts vom 3. Oktober 2019 ergangen sei (vgl. BVGer-act. 1 Rz. 19-23). Ausserdem sei die finale Schlussfolgerung, der Gesundheitszustand habe sich seit 2012 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verbessert, nicht nachvollziehbar, denn der Gutachter bestreite die Zwangsstörungen nicht und auch nicht, dass diese unabhängig vom nicht mehr bestehenden Drogenkonsum auftreten würden. Im Übrigen würde auch ein primäres Abhängigkeitssyndrom, wie vorliegend diagnostiziert, den Anspruch auf eine IV-Rente nicht von vornherein ausschliessen, weshalb die festgestellte Verbesserung des Gesundheitszustandes noch weniger nachvollziehbar werde (vgl. Rz. 30; 33). Es müsse zudem festgehalten werden, dass der Verfügung vom 13. November 2020 eine konkrete Begründung zur Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers fehle. Die einzige Äusserung zu dieser grundlegenden Frage sei wie folgt formuliert: «Somit halten wir auf Grund der Vorakten und des Gutachtens vom 02.02.2020 fest, dass sich der Gesundheitszustand seit dem 11.11.2019 verbessert hat». Dabei sei das Gutachten vom 2. Februar 2020 zwar zur Schlussfolgerung gekommen, dass sich der Gesundheitszustand verbessert habe, hingegen selber auch ohne nachvollziehbare Begründung, da das Gutachten auch ein Abhängigkeitssyndrom und eine mögliche genuine, primäre Zwangsstörung diagnostiziert habe. Es werde unter diesen Umständen nicht ersichtlich, wie und welche Verbesserung des Gesundheitszustandes seit 2012 stattgefunden habe (vgl. Rz. 53). Ausserdem würde die Argumentation des Gutachters, welcher die ursprüngliche Diag-

C-179/2021 Seite 23 nose in Frage stelle, formell vielmehr eine Revision oder ein Wiedererwägungsverfahren im Sinne von Art. 53 ATSG mit sich bringen. Allerdings sei die ursprüngliche Verfügung nicht offensichtlich unrichtig gewesen. In diesem Sinne könnten und dürften im Nachhinein Diagnosen, die als Grundlage für eine in Kraft getretene Verfügung gedient hätten, im vorliegenden Revisionsverfahren nicht in Frage gestellt werden. Vielmehr würden sie zur Vergleichsgrundlage für die Prüfung der Verbesserung des Gesundheitszustandes gehören (vgl. Rz. 57 f.). 5.3.2

Vernehmlassungsweise bringt die Vorinstanz unter anderem vor, der Gutachter komme zum Schluss, dass bei dem Versicherten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Abhängigkeitsproblematik im Mittelpunkt stehe. Nachdem zwischen 2005-2009 ein dramatischer Krankheitsverlauf mit insgesamt sieben Hospitalisationen stattgefunden habe, habe sich der Verlauf seit 2010 deutlich beruhigt. Anlässlich der letzten psychiatrischen Hospitalisation sei eine stationäre Entwöhnungsbehandlung empfohlen worden, zu der es jedoch nie gekommen sei. Der Gutachter komme zum Schluss, dass somit eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und folglich der Arbeitsfähigkeit stattgefunden habe. Zusammenfassend könne festgestellt werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 12. Mai

2011 bis zur Aufhebung der Rente durch Verfügung im Rentenrevisionsverfahren (angefochtene Verfügung vom 13. November 2020) erheblich verbessert habe (vgl. BVGer-act. 7). 5.3.3 In seiner Replik lässt der Beschwerdeführer erneut vorbringen, die zwei letzten türkischen Berichte seien im Gutachten tatsächlich nicht beziehungsweise nicht konkludent berücksichtigt worden, denn deren Kenntnisnahme hätte das Missverständnis aufgehoben, dass der Aufenthalt im Sommer 2019 kein Entzugsaufenthalt gewesen sei (vgl. BVGer-act. 17 Rz. 2 f.). Im Übrigen habe auch die Vorinstanz davon abgesehen, sich auf vollständige Unterlagen zu berufen, indem die zweite Seite des türkischen Berichts vom 3. Oktober 2019 erst im vorliegenden Gerichtsverfahren übersetzt worden sei. Die Seite 2 des türkischen Berichts gebe weitere Informationen zum Verständnis der Seite 1, und zwar zu den ausführbaren Tätigkeiten. Würde es solche ausführbaren Tätigkeiten geben, hätte der Bericht unter vorstellbaren angepassten Tätigkeiten auch ausgeführt, welche diese wären, oder welche Tätigkeiten nicht möglich wären. Indem dies die türkischen Ärzte im Bericht genau nicht gemacht hätten, würden sie bestätigen, dass eine psychische und emotionsbezogene Behinderung vorliege (vgl. Rz. 4, 6-8). Weiter sei es nichts anderes als zynisch, dass

C-179/2021 Seite 24 das Ausbleiben von Spitalaufenthalten seit 2012 als Grund für eine Verbesserung angeführt werde. Das pathologische Verhalten des Beschwerdeführers sei gerade durch die Therapien, das familiäre Umfeld und die medikamentöse Behandlung unter Kontrolle gebracht worden. Dass nun diese Compliance des Beschwerdeführers als Grund für die Aufhebung seiner Rente benutzt werde, dürfte sowohl medizinisch als auch rechtlich fraglich sein. In diesem Sinne liege eine unglückliche Verwechslung zwischen einer Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Tatsache vor, dass die Krankheiten des Beschwerdeführers durch die regelmässigen und ununterbrochenen Behandlungen etwas mehr unter Kontrolle gebracht worden seien. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers sei hingegen nicht eingetreten. Die Auflistung der seit 2012 bezogenen Medikamente belege, dass eine Compliance mit den vorgeschriebenen Behandlungen bestehe (vgl. Rz. 16-18). 5.4 Vorab ist zu den generellen Rügen des Beschwerdeführers hinsichtlich des Gutachtens vom 2. Februar 2020 das Folgende festzuhalten: Das psychiatrische Gutachten wurde durch einen entsprechend qualifizierten Facharzt in der Disziplin Psychiatrie erstellt (vgl. dazu das Medizinalberuferegister [MedReg], abrufbar unter <https://www.healthreg-public.admin.ch/medreg/search>). Es beruht grundsätzlich auf allseitigen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden abgegeben, was sich einerseits aus der chronologischen Auflistung und Zusammenfassung der Vorakten und andererseits aus den Anamneseerhebungen des Gutachters ergibt. Hinsichtlich der diesbezüglichen Rüge des Beschwerdeführers, wonach das Gutachten vom 2. Februar 2020 den Pflegebericht vom 22. August 2019 und den medizinischen Bericht vom 3. Oktober 2019 nicht konkludent beziehungsweise gar nicht berücksichtigt habe, ist darauf hinzuweisen, dass insbesondere der Bericht vom 3. Oktober 2019 erst am 21. September 2020 (im Rahmen des Einwands zum Vorbescheid) durch den Beschwerdeführer, mithin lange nach der Erstellung des Gutachtens, eingereicht wurde. Überdies hatte Dr. H. \_\_\_\_\_ im Gutachten explizit bemängelt, dass der Beschwerdeführer keinen ärztlichen Bericht betreffend die stationäre psychiatrische Begutachtung in der Türkei mitgebracht hatte («Ein Austrittsbericht ärztlicherseits fehlt leider» [IVSTA-act. 176 S. 17]; «Es war ihm zugegebenermassen klar, dass dieser Bericht für die gutachterliche Beurteilung von Wichtigkeit gewesen wäre. [...]

Er hat den Bericht bis heute auch nicht nachgeliefert.» [IVSTA-act. 176 S. 35]). Allerdings kann mangels Befunderhebung sowie begründeten Ausführungen zur funktionellen Einschränkung ohnehin nicht auf diesen Bericht – ebenso

C-179/2021 Seite 25 wie auf die übrigen Berichte aus der Türkei (vgl. oben E. 5.2.1 f. und 5.2.4 f.) – abgestellt werden. Daran vermögen auch die Ausführungen des Beschwerdeführers betreffend die erst im Beschwerdeverfahren übersetzte Seite 2 des Berichts nichts zu ändern. Was sodann den Pflegebericht vom 22. August 2019 (vgl. IVSTA-act. 162=204 S. 3=170 [Übersetzung]=209 [Übersetzung]) betrifft, lag dieser dem Gutachter vor, da er diesen der Vorinstanz mit der Bitte um Übersetzung zugestellt hat (vgl. IVSTA-act. 161; 162; 170; 171). Nicht nachvollziehbar ist in diesem Zusammenhang, was der Gutachter nach Ansicht des Beschwerdeführers hätte berücksichtigen müssen, ergeben sich doch aus dem Pflegebericht keine weiteren relevanten Informationen zu funktionellen Einschränkungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in bisheriger oder angepasster Tätigkeit. Vor diesem Hintergrund bleibt unklar, inwiefern diese beiden Dokumente das vom Beschwerdeführer geltend gemachte Missverständnis, dass es sich beim Klinikaufenthalt im Jahr 2019 nicht um einen Entwöhnungsaufenthalt gehandelt habe, hätten aufklären sollen. Fest steht, dass der Beschwerdeführer im August 2019 in der Türkei stationär begutachtet worden ist und er gegenüber Dr. H. \_\_\_\_\_ angegeben hat, es sei eine Änderung der Medikation vorgenommen worden, welche er jedoch an den Wochenenden mit der weiteren Einnahme von Benzodiazepinen unterlaufen habe. Entsprechend ist sogar davon auszugehen, dass die türkische Begutachtung unter falschen Annahmen seitens der Ärzte stattgefunden hat. Im Übrigen wurden im Gutachten vom 2. Februar 2020 die jeweils festgestellten Untersuchungsbefunde angeführt und die gestellten Diagnosen begründet. Insgesamt erfüllt das psychiatrische Gutachten die formellen Kriterien für eine beweiswertige medizinische Expertise. 5.5 Die im Gutachten vom 2. Februar 2020 gestellten Diagnosen (Störung durch multiplen Substanzgebrauch, aktuell Benzodiazepin, ständiger Gebrauch [F13.25], Alkohol-Abhängigkeitssyndrom, episodischer Substanzkonsum [F10.26], Kokain-Abhängigkeitssyndrom, episodischer Substanzkonsum [F14.26], substanzinduzierte Zwangsstörung [F14.288], Zwangsstörung [F42.1], Schizophreniforme/wahnhafte Störung; vgl. auch oben Bst. E.b und E. 5.2.8.3) entsprechen weitgehend den Diagnosen der D. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 5. Mai beziehungsweise 9. Juni 2010 (Zwangsstörung gemischt [F42.2], Störung durch Kokain, Abhängigkeitssyndrom [F14.1], Störung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom [F10.1]; vgl. auch oben E. 5.1.2) und des M. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 4. März 2010 (wahnhafte Störung [F22.0], teilremittiert; vgl. auch oben E. 5.1.1). Der aktuelle Gutachter führte diesbezüglich aus, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sicher seien in dieser Krankengeschichte einzig die Diagnosen Störung

C-179/2021 Seite 26 durch multiplen Substanzgebrauch, aktuell Benzodiazepin, ständiger Gebrauch (F13.25), und Alkohol-Abhängigkeitssyndrom, episodischer Substanzkonsum (F10.26), Kokain-Abhängigkeitssyndrom, episodischer Substanzkonsum (F14.26) sowie substanzinduzierten Zwangsstörung (F14.288). Die im Dossier auftauchenden Diagnosen Zwangsstörung und Schizophreniforme/wahnhafte Störung seien möglich, allerdings seien die vorhandenen Akten zum Teil sich widersprechend, die klinischen Belege für die damals gestellten Diagnosen dürftig (IVSTA-act. 176 S. 22). Dabei hielt er jedoch insbesondere das Vorliegen einer genuinen Zwangskrankheit – wie sie in der Türkei durchgängig

diagnostiziert werde – für möglich (S. 25). Weiter attestierte der Gutachter dem Beschwerdeführer zwar während der vierstündigen Untersuchung kein Zwangsverhalten, keine Zwangsgedanken und keinerlei Hinweise auf Denkstörungen, aber die Zwangsgedanken seien vom Beschwerdeführer anamnestisch weiterhin genannt worden. Einschränkend hielt der Gutachter dazu fest, dass Zwangssymptome nicht während 24 Stunden pro Tag und in jedem Kontext auftreten müssten (S. 26). Letztlich lagen damit 2011 und auch noch 2019 anlässlich der Begutachtung eine gemischte Störung aus Substanzmissbrauch und Zwangsstörung sowie allenfalls wahnhafter Störung vor, wobei die differenzialdiagnostische Abgrenzung bereits im Zeitpunkt der Rentenzusprache (und auch zuvor im Rahmen der Erstanmeldung [vgl. oben Bst. B]) Probleme bereitete (IVSTA-act. 36 S. 3 f.; vgl. auch oben E. 5.1.3).

Um auf einen verbesserten Gesundheitszustand zu schliessen, ist allerdings gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leiden entscheidend, sondern vielmehr eine veränderte Befundlage (vgl. oben E. 4.3.2). Vorliegend ergibt sich beim Vergleich der Befunde, welche der Verfügung vom 12. Mai 2011 zugrunde lagen (vgl. auch oben E. 5.1), mit denjenigen, welche der Gutachter anlässlich der Begutachtung vom 11. und 12. November 2019 erhoben hat (vgl. auch oben E. 5.2.8), eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers: Zwar berichtete der Beschwerdeführer beim Gutachter noch von Ängsten im Zusammenhang mit seiner IV-Rente, aber im November 2019 wurden beispielsweise die hypochondrischen Ängste, sterben zu müssen, welche 2010 im Bericht des M. \_\_\_\_\_ aufgeführt waren, nicht mehr thematisiert. Auch die Wahnideen, das Hören einer Melodie und selten von Stimmen gemäss dem Bericht der D. \_\_\_\_\_ berichtete der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung nicht mehr, weshalb der Gutachter diesbezüglich auch festhielt, dass hier eine deutliche Besserung

C-179/2021 Seite 27 eingetreten sei (wenn die F2-Diagnose nicht sowieso falsch gewesen sei). Weiter fällt auf, dass der Gutachter beim Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung, welche an zwei aufeinanderfolgenden Tagen jeweils zwei Stunden gedauert hat, keine Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörungen festgestellt hat, während im Bericht des M. \_\_\_\_\_ noch festgehalten wurde, der Beschwerdeführer habe oft Mühe, länger als 30 Minuten im Gespräch zu bleiben. Im Rahmen der siebten Hospitalisation des Beschwerdeführers in der D. \_\_\_\_\_ im Jahr 2009 stand für die Ärzte noch eine Suchtproblematik (Alkohol und Kokain) im Vordergrund, während der Arzt des M. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht im Jahr 2010 festhielt, der Kokainkonsum sei nur noch minim und höchstens gelegentlich (aufgrund einer Kontrolle während drei Monaten, wobei eine Urinprobe verdünnt war), während er sich zum Alkoholkonsum gar nicht äusserte. Anlässlich der Begutachtung im November 2019 gab der Beschwerdeführer an, nur noch episodisch – beispielsweise im Zusammenhang mit dem sich in die Länge ziehenden IV-Verfahren – Alkohol und Kokain zu konsumieren. Zum Alkohol führte er zudem aus, er wolle seine Familie nicht «traurig» machen, was den Gutachter den nachvollziehbaren Schluss ziehen liess, der Alkoholkonsum sei wahrscheinlich unter der sozialen Kontrolle der Familie inzwischen gemässiger. Dies gilt, auch wenn dem Gutachten weiter zu entnehmen ist, dass der Beschwerdeführer nach einem ersten Führerscheinentzug während drei Jahren nicht mehr getrunken habe, bis er aufgrund seiner Ängste im Zusammenhang mit der IV-Revision wieder damit begonnen habe und

erneut den Führerausweis habe abgeben müssen. Insgesamt erscheint daher auch diesbezüglich eine Verbesserung überwiegend wahrscheinlich. Entsprechend ist zu bestätigen, dass hinsichtlich der attestierten funktionellen Einschränkungen im Zeitpunkt der Rentenzusprache im Vergleich mit denjenigen im Gutachtenszeitpunkt ebenfalls eine Verbesserung ersichtlich ist. Im Zeitpunkt der Rentenzusprache hielten die Ärzte noch eine verminderte Stresstoleranz/Belastbarkeit und vermindertes Konzentrationsvermögen aufgrund kognitiver Defizite mit der Folge einer Überforderung am Arbeitsplatz fest (vgl. dazu auch oben E. 5.1.2 zweiter Absatz). Der Gutachter Dr. H. \_\_\_\_\_ kam hingegen zu folgendem Ergebnis: Eingeschränkt seien die Gruppenfähigkeit (gemäss den Angaben des Beschwerdeführers), die Anwendung fachlicher Kompetenzen (infolge Zeitablauf), die familiäre und intime Beziehungen (durch Verleugnung), Spontank Aktivitäten, die Selbstpflege und Verkehrsfähigkeit, während die Anpassung an Regeln und Routinen (im habituellen Zustand: «sozialangepasstes Leben» in der Türkei), die Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, das Entscheidungs-, und Urteilsver-

C-179/2021 Seite 28 mögen (im habituellen Zustand), die Selbstbehauptungs- und Kontaktfähigkeit zu Dritten uneingeschränkt seien (vgl. dazu auch nachfolgend E. 6.3.3.1). Hinzu kommt, dass gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts eine tatsächliche Veränderung in den gesundheitlichen Verhältnissen auch dann vorliegen kann, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität oder in einer verbesserten Leidensanpassung der betroffenen Person verändert (vgl. z.B. Urteil des BGer 8C\_133/2015 vom 22. April 2015 E. 3.2.3 m.w.H.) Wie der Beschwerdeführer selbst replikweise vorbringen lässt, sei sein pathologisches Verhalten gerade durch die Therapien, das familiäre Umfeld und die medikamentösen Behandlungen unter Kontrolle gebracht worden (vgl. BVGer-act. 17 Rz. 16). 5.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass gestützt auf das Gutachten vom 2. Februar 2020 nach einem Vergleich der aktuellen mit der medizinischen Gesamtsituation zum Zeitpunkt der Rentenzusprache im Mai 2011 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers und damit – mit der Vorinstanz – von einem Revisionsgrund auszugehen ist. Allerdings kann dem Gutachter nicht gefolgt werden, soweit er – trotz des Hinweises, dass seiner Ansicht nach gestützt auf die Akten keine sichere Verlaufsbeurteilung möglich sei (vgl. oben E. 5.2.8.4) – die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eingetretene Verbesserung als seit 2012 bestehend angibt. Vielmehr ist mit der Vorinstanz erst im Zeitpunkt der Begutachtung im November 2019 von einer erstmals objektivierten Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auszugehen. Der Rentenanspruch des Beschwerdeführers ist daher nachfolgend unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (vgl. oben E. 4.2.1). 6. Zu prüfen ist, ob die Vorinstanz gestützt auf das Gutachten vom 2. Februar 2020 davon ausgehen durfte, dass der Beschwerdeführer ab 11. November 2019 in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig gewesen sei, beziehungsweise ob der medizinische Sachverhalt diesbezüglich rechtsgenügend im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG (vgl. oben E. 4.3) abgeklärt wurde.

## **E. 12**

September 2006 E. 4.1) ist der geltend gemachte Aufwand im Zusammenhang mit der Erarbeitung der Beschwerde von ungefähr zehn Textseiten («11.12.2020 Aktenprüfung», «14.12.2020 Aktenprüfung», «7.1.2021 Entwurf Beschwerde, Fragen/Antworten per

E-Mail», «14.1.2021 Definitive Verfassung, senden») von total 16.25 Stunden auf 7 Stunden zu reduzieren. Vor demselben Hintergrund ist sodann auch der geltend gemachte Aufwand im Zusammenhang mit der Replik von vier Textseiten («16.6.2021 Verfassen Stellungnahme, Aktenstudium, E-Mails», «20.6.2021 Antworten, definitive Verfassung, senden») von total 4 Stunden auf 2 Stunden zu reduzieren ebenso wie die Aufwendungen im Zusammenhang mit der Substantiierung des UP-Gesuchs im Umfang einer Textseite («1.4.2021 Kenntnisnahme Entscheid, Tel. BVG», «1.4.2021 E-Mail Mandant – neue Unterlagen», «1.4.2021 Kenntnisnahme E-Mail Mandant», «6.4.2021 Unterlagen gesichtet, Gegenfragen 4x E-Mail», «15.4.2021 Unterlagen gesichtet, Gegenfragen», «5.5.2021 Verfassung Stellungnahme, Aktenstudium, E-Mail Mandant») von total 2.4 Stunden auf 0.75 Stunden. Weiter ist es gerechtfertigt, die zahlreichen Kontakte zwischen der Rechtsvertreterin und dem Beschwerdeführer zwischen dem 4. Dezember 2020 und dem 18. Februar 2021 sowie am 24. Mai 2021 (12 Positionen) im Umfang von insgesamt 4 Stunden auf 1.75 Stunden zu reduzieren, da nicht ersichtlich ist, inwiefern die Aufwände (im geltend gemachten Umfang) notwendig waren. Zu streichen ist überdies der geltend gemachte Aufwand von gerundet 0.6 Stunden betreffend die Telefonate mit der Vorinstanz, weil nicht ersichtlich ist, inwiefern diese Telefonate – neben dem nachvollziehbar geltend gemachten Aufwand des Gesuchs um Akteneinsicht via E-Mail (0.25h) – notwendig waren. Entsprechend ist der geltend gemachte Aufwand von 29.6 Stunden um 15.75 Stunden auf 13.85 Stunden zu reduzieren. Daneben erscheint auch der beantragte Stundenansatz von Fr. 300.- vorliegend als überhöht. Der Stundenansatz beträgt gemäss Art. 7 ff. VGKE mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.-. Praxisgemäss liegt er in vergleichbaren Fällen bei Fr. 250.- (vgl. z.B. Urteile C-1132/2018 vom 2. November 2022 E. 9.3; C-810/2022 vom 8. August 2022; C-4375/2020 vom 2. Juni 2022 E. 9.3; C-5493/2016 vom 2. April 2019 E. 9.3; C-996/2014 vom

#### **E. 14**

Dezember 2016 E. 7.7). Entsprechend resultiert vorliegend ein angemessenes Honorar von Fr. 3462.50.- (13.85h à 250.-). Die separat ausgewiesenen Auslagen von Fr. 218.90 sind sodann zu berücksichtigen, was letztlich eine amtliche Entschädigung von Fr. 3'964.85 (inkl. MwSt. von 7.7 % [Fr. 283.45]) zu Lasten des Bundesverwaltungsgerichts ergibt.

C-179/2021 Seite 49

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