

BVGer C-273/2010 vom 7. Oktober 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-10-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-273_2010

FR: TAF C-273/2010 du 7 octobre 2011

IT: TAF C-273/2010 del 7 ottobre 2011

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 3

Vorab ist zu prüfen, ob die IVSTA angesichts des bei der IV-Stelle AG eingereichten Gesuchs überhaupt die zuständige Verfügungsbehörde war.

E. 3.1

Die Revisionsverfahren werden von jener IV-Stelle durchgeführt, die bei Eingang des Revisionsgesuches oder bei der Wiederaufnahme des Verfahrens von Amtes wegen nach Art. 40 für den Fall zuständig ist (Art. 88 Abs. 1 IVV). Zuständig zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen ist gemäss Art. 40 Abs. 1 IVV die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet die Versicherten ihren Wohnsitz haben (lit. a); für im Ausland wohnende Versicherte unter Vorbehalt von Abs. 2 die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (lit. b). Die einmal begründete Zuständigkeit der IV-Stelle bleibt im Verlauf des Verfahrens erhalten.

E. 3.2

Im Juli 2005 hat die IVSTA das Rentenrevisionsverfahren eingeleitet. Der Beschwerdeführer hat zwar zwischenzeitlich mehrmals den Wohnsitz verlegt, was jedoch nichts daran ändert, dass die bei Einleitung des Revisionsverfahrens zuständige IVSTA auch zum Verfügungserlass zuständig war. 4.1. Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird eine Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad des Rentenbezügers erheblich verändert hat. 4.1.1. Zu einer Änderung des Invaliditätsgrades Anlass geben kann einerseits eine wesentliche Verbesserung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit entsprechender Beeinflussung der Erwerbsfähigkeit und andererseits eine erhebliche Veränderung der erwerblichen Auswirkungen eines an sich gleich gebliebenen Gesundheitsschadens (BGE 125 V 369 E. 2, 113 V 275 E. 1a, 107 V 221 E. 2 mit Hinweisen; SVR 2004 IV Nr. 5 S. 13 E. 2). Ist die Invalidität nach der Einkommensvergleichsmethode gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG zu bemessen, so kann jede Änderung eines der beiden Vergleichseinkommen zu einer für den Anspruch erheblichen Erhöhung oder Verringerung des Invaliditätsgrades führen. Dagegen ist die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts kein Revisionsgrund; unterschiedliche Beurteilungen sind revisionsrechtlich nur dann beachtlich, wenn sie Ausdruck von Änderungen der tatsächlichen Verhältnisse sind (siehe nur BGE 115 V 313 E. 4a/bb mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a). Identisch gebliebene Diagnosen schliessen eine revisionsrechtlich erhebliche Steigerung des tatsächlichen Leistungsvermögens

(Arbeitsfähigkeit) grundsätzlich nicht aus. Dies gilt namentlich dann, wenn der Schweregrad eines Leidens sich verringert hat oder es der versicherte Person gelungen ist, sich besser an das Leiden anzupassen. Ob eine derartige tatsächliche Änderung vorliegt oder aber eine revisionsrechtlich unbeachtliche abweichende ärztliche Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustands, bedarf auch mit Blick auf die mitunter einschneidenden Folgen für die versicherte Person einer sorgfältigen Prüfung. Dabei gilt der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blossе Möglichkeit einer Verbesserung tatsächlicher Art genügt nicht (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C_88/2010 vom 4. Mai 2010 E. 2.2.2 mit Hinweis).

4.1.2. Ob eine unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten erhebliche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismwürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheides; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Vorliegend ist somit der Sachverhalt im Zeitpunkt des Abschlusses des ersten Revisionsverfahrens am 29. Mai 2002 mit dem Sachverhalt im Zeitpunkt der strittigen Revisionsverfügung vom 24. November 2009 zu vergleichen. Der Umstand, dass das erste Revisionsverfahren lediglich mit einer Mitteilung abgeschlossen wurde, spricht nicht gegen die Berücksichtigung dieses Vergleichszeitpunktes, zumal es nicht darauf ankommt, wie ein Verfahren abgeschlossen wird, sondern ob eine umfassende Prüfung stattgefunden hat. Dies ist bei der im Mai 2002 abgeschlossenen Revision der Fall. Entgegen der Meinung des Beschwerdeführers ist hingegen die Mitteilung vom 27. Juni 2006 nicht als Vergleichszeitpunkt zu berücksichtigen, da es sich dabei lediglich um eine Mitteilung betreffend Höhe des durch die neu zuständig gewordene kantonale Ausgleichskasse auszahlenden Rentenbetrages handelte und keine medizinische Prüfung durchgeführt worden war.

4.2. Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall. Erwerbsunfähigkeit ist gemäss Art. 7 ATSG der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

4.3. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes im schweizerischen Invalidenversicherungsverfahren ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und gegebenenfalls bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, 115 V 134 E. 2; AHI-Praxis 2002, S. 62, E. 4b/cc).

4.4. Das Bundesrecht schreibt

nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Bezüglich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil des BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3.a). Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte der behandelnden Ärzte schliesslich sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2). 4.5. Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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 (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenüber gestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 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 respektive bis zum Einspracheentscheid zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4). Für die Ermittlung des Einkommens, welches der Versicherte ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen), ist entscheidend, was er im fraglichen Zeitpunkt nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein gültigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b, BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen) als

Gesunder 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 Grundsatz müssen ebenfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erwiesen sein, damit sie berücksichtigt werden können. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung LSE-Tabellenlöhne herangezogen werden (BGE 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b bb; RKUV 1999 U 343 S. 412 E. 4b aa). Für die Bestimmung des Invalideneinkommens anhand von Tabellenlöhnen bei Versicherten, die nach Eintritt des Gesundheitsschadens lediglich noch leichte und intellektuell nicht anspruchsvolle Arbeiten verrichten können, ist in der Regel vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn für Männer oder Frauen bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4 des Arbeitsplatzes) auszugehen. Dabei sind in erster Linie die Lohnverhältnisse im privaten Sektor massgebend (SVR 2002 UV Nr. 15 E. 3c cc). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b bb). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitstätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 124 V 321 E. 3b bb; SVR 2007 IV Nr. 11 S. 41 E. 3.2; RKUV 2003 U 494 S. 390 E. 4.2.3). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3, 126 V 75 E. 5b bb und cc; AHI 2002 S. 69 ff. E. 4b). 4.6. Versicherte haben Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 Prozent invalid sind, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 Prozent auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Gemäss Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 Prozent entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen, was für die Staaten der EU der Fall ist.

E. 5

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die IVSTA zu Recht das Vorliegen eines Revisionsgrundes beim Beschwerdeführer bejaht und gestützt darauf seine ganze Rente mit Wirkung ab 1. Februar 2010 auf eine halbe Rente herabgesetzt hat.

E. 5.1

Im Rahmen der vorliegend als Vergleichsbasis dienenden Mitteilung vom 29. Mai 2002 stellten die untersuchenden Ärzte namentlich folgende Diagnosen: ein Status nach

Heckauffahrunfällen, eine histrionische Persönlichkeit, eine leichte Hirnfunktionsstörung (ICD-10 F06.7), eine (vorwiegend angstbetonte) posttraumatische Anpassungsstörung (ICD-10 F43.22), ein chronisches lumbospondylogenes und zervikovertebrales Syndrom, eine posttraumatische Migräne, Zahnverletzungen, eine erektile Dysfunktion sowie arterielle Hypertonie. Die Ärzte erachteten den Beschwerdeführer insbesondere aufgrund von Defiziten der Konzentration und des Gedächtnisses und der noch ungenügend behandelten Angsterkrankung in jeglichen Tätigkeiten als zu 75% arbeitsunfähig.

E. 5.2

Anlässlich des im Jahr 2005 eingeleiteten Revisionsverfahrens erfolgten weitere Abklärungen, welche Hinweise auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes lieferten (vgl. IV-act. 16 und 21). Deshalb hat die IVSTA neue Berichte eingeholt, deren Ergebnisse nachfolgend zusammenzufassen sind. Dr. med. F._____, Neurologe, stellte in seinem Bericht vom 20. Dezember 2007 (IV-act. 64) fest, der neurologische Status des Beschwerdeführers sei normal, allerdings seien die neuropsychologischen Testergebnisse voller Widersprüche, was möglicherweise auf psychologische Probleme hindeute. Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 6. Januar 2008 (IV-act. 65) fest, die Anpassungsstörung sei komplett remittiert, es bestehe aber noch eine Phobie betreffend das Lenken von Autos (ICD-10 F40.2). Dr. med. H._____, Arzt für innere Medizin und Rheumatologie, stellte in seinem Bericht vom 14. Januar 2008 (IV-act. 66) fest, der Beschwerdeführer leide an einem zervikalen und lumbalen Syndrom sowie an einer Chronifizierung dieser Schmerzen, eventuell durch die Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung. Mit dem pluridisziplinären Gutachten der SAM Bellinzona vom 5. Februar 2008 (IV-act. 67) stellten die Ärzte fest, beim Beschwerdeführer bestehe ein Status nach zwei Schleudertraumata und er leide an einem Zervikal- und Lumbovertebralsyndrom bei fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen der zervikalen und lumbalen Wirbel, an einer Chronifizierung der Schmerzen, eventuell mit Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung. Ferner bestünden folgende gesundheitliche Störungen, welche den Beschwerdeführer allerdings nicht (mehr) in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigten: eine komplett remittierte Anpassungsstörung, eine Phobie betreffend das Lenken von Autos, eine aktuell remittierte posttraumatische Migräne sowie eine unbehandelte arterielle Hypertonie. Als Koch erachteten die Ärzte den Beschwerdeführer immer noch als zu 50% arbeitsunfähig, da ihn die Rückenbeschwerden stark behinderten. Im Vergleich zu früher habe sich seit Januar 2006 aber insbesondere der psychische Zustand verbessert. In leichten, wechselbelastenden Verweistätigkeiten ohne Heben und Tragen von Gewichten über 15 kg und ohne repetitive Flexion und Extension des Rumpfes sei der Beschwerdeführer jetzt zu 70% arbeitsfähig. 5.3.1. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer bereits seit einigen Jahren ein chronisches lumbospondylogenes und ein zervikovertebrales Syndrom vorliegen. Insofern ist der Zustand des Beschwerdeführers unbestrittenermassen gleich geblieben. In psychiatrischer Hinsicht hat sich allerdings seit den Berichten von Dr. med. I._____ vom 2. Juni 2004 (IV-act. 4) und Dr. med. D._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. August 2004 (IV-act. 5) eine Besserung abgezeichnet, zumal diese beiden Ärzte die beim Beschwerdeführer vorliegende Anpassungsstörung mit ängstlich-depressiver Reaktion im Vergleich zu früher bereits als teilweise remittiert bezeichneten. Diese Tendenz setzte sich in Zukunft weiter fort, sodass in den neusten Gutachten im Jahr 2008 festgestellt wurde, die Anpassungsstörung und die posttraumatische Migräne seien komplett remittiert. Diesbezüglich waren sich die beurteilenden Ärzte einig. Einzig Dr. med. F._____ stellte

im Rahmen der neuropsychologischen Bewertung Unstimmigkeiten fest, welche er vermutungsweise auf psychologische Probleme zurückführte. Er konnte diese Vermutung jedoch nicht näher spezifizieren. Der RAD stellte diesbezüglich fest, dass diese Ergebnisse aufgrund ihrer Heterogenität ungenügend seien, weshalb sie nicht zu berücksichtigen sind. Ebenso wenig relevant ist der Einwand des Beschwerdeführers, welcher diesbezüglich vorbringt, Dr. med. J. _____ habe im Jahr 2000 festgehalten, die Hirnfunktionsstörung sei voraussichtlich bleibend, da es sich dabei lediglich um eine Abschätzung der Entwicklung handelt, welcher nicht der gleiche Stellenwert wie einer tatsächlichen Feststellung beizumessen ist. Es liegt in der Natur der Sache, dass einer Prognose ein gewisses Mass an Unsicherheit anhaftet. Als weiterhin bestehend nannten die Ärzte zudem eine Phobie betreffend das Lenken von Autos, welche sich allerdings nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Aus psychiatrischer Sicht konnten die Ärzte somit keine relevanten Einschränkungen mehr feststellen, weshalb die IVSTA - gestützt auf das ausführliche und nachvollziehbare Gutachten der SAM Bellinzona - zu Recht von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen ist, auch wenn der Beschwerdeführer der Ansicht ist, die "medizinische Wahrscheinlichkeit" spreche dagegen, dass sich sein Zustand zwischen dem 44. und dem 59. Altersjahr relevant verbessert haben soll. Zu überprüfen bleibt somit noch die von den Ärzten ermittelte Arbeitsfähigkeit. Unter Berücksichtigung des Fehlens von psychiatrischen, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Einschränkungen und unter Beachtung der nach wie vor bestehenden orthopädischen und rheumatologischen Einschränkungen erachteten die Ärzte den Beschwerdeführer als Koch lediglich zu 50% arbeitsfähig. In leichten, wechselbelastenden Verweistätigkeiten ohne Heben und Tragen von Gewichten von über 15 kg und ohne repetitive Flexion und Extension des Rumpfes schätzten sie den Beschwerdeführer seit Februar 2008 (vgl. Gutachten der SAM Bellinzona) als zu 70% arbeitsfähig. Diese Einschätzung stimmt zudem mit der fachärztlichen Beurteilung von Dr. med. H. _____, Arzt für innere Medizin und Rheumatologie, überein. In orthopädischer oder rheumatologischer Hinsicht sind keine davon abweichenden Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit gemacht worden, weshalb auch hier im Ergebnis auf die Beurteilung des SAM Bellinzona abzustellen ist.

5.3.2. Der Beschwerdeführer macht geltend, es sei ihm - entgegen der Ansicht der IVSTA - nicht zuzumuten, in einer Hilfsarbeitertätigkeit zu arbeiten, zumal er eine Ausbildung als Koch habe und als Küchenchef gearbeitet habe und im Übrigen bereits seit einigen Jahren berentet sei; eventualiter seien ihm Eingliederungsmassnahmen zuzusprechen. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass im Gebiet der Invalidenversicherung ganz allgemein der Grundsatz gilt, dass die versicherte Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern. Es ist primär Sache des Einzelnen, sich um eine angemessene Eingliederung zu bemühen. Kann eine versicherte Person ihre erwerbliche Beeinträchtigung in zumutbarer Weise selber beheben, so besteht gar keine Invalidität, womit es an der unabdingbaren Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Invalidenversicherung - auch für Eingliederungsmassnahmen - fehlt. Die Selbsteingliederung als Ausdruck der allgemeinen Schadenminderungspflicht geht nicht nur dem Renten-, sondern auch dem gesetzlichen Eingliederungsanspruch vor (BGE 113 V 22 E. 4a). Daher geht die ständige Rechtsprechung vom Regelfall aus, der darin besteht, dass eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar ist; praktisch bedeutet dies, dass aus einer medizinisch attestierten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen

und damit ein entsprechender Einkommensvergleich vorgenommen werden kann, und zwar auch bei langjährigem Rentenbezug. Dennoch hat die Rechtsprechung in ganz besonderen Ausnahmefällen nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente zugesprochen, bis mit Hilfe medizinisch-rehabitativer und/oder beruflich-erwerblicher Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann. Im Sinne eines rechtslogisch gebotenen Schrittes muss sich die Verwaltung nach dem Gesagten vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür - ausnahmsweise - im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne vorausgesetzt ist (vgl. Urteil des BGer 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2 mit weiteren Hinweisen). Die Rechtsprechung 9C_163/2009 ist jedoch dahingehend zu präzisieren, dass sie grundsätzlich auf Sachverhalte zu beschränkt ist, in denen die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (Urteil des BGer 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3, vgl. aber auch Urteil des BGer 9C-367/2011 vom 10. August 2011 E. 3.2 f.). Aus den Akten geht hervor, dass die Frage der Eingliederungsmassnahmen im Rahmen der Abklärung des Beschwerdeführers geprüft worden ist (vgl. Gutachten der SAM Bellinzona, S. 24, [Teil-]Gutachten von Dr. med. H._____, S. 4 und [Teil-]Gutachten von Dr. med. G._____, S. 5). Es gibt keinen Grund, nicht auf diese Überlegungen der Ärzte abzustellen, weshalb in Übereinstimmung mit den Ausführungen der IVSTA festzuhalten ist, dass der Beschwerdeführer, obwohl er sich bereits in einem fortgeschrittenen Alter befindet, aufgrund seiner beruflichen Fähigkeiten und der noch vorhandenen Restarbeitsfähigkeit durchaus in der Lage sein sollte, sich selber einzugliedern, zumal Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden und der Beschwerdeführer nicht derart eingeschränkt ist, dass eine Anstellung als nicht mehr realistisch bezeichnet werden müsste (Urteil des BGer I 376/05 vom 5. August 2005 E. 4.2). Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer gemäss Vorakten im Zeitpunkt der Verfügung seinen Wohnsitz in Italien hatte. Nicht zu beurteilen hatte die IVSTA somit den Anspruch auf berufliche Massnahmen. Darüber hat die IVSTA auch gar nicht verfügt, weshalb dies vorliegend nicht Streitgegenstand sein kann. Soweit in diesem Verfahren berufliche Massnahmen beantragt werden, kann auf die Beschwerde mangels eines Anfechtungsgegenstandes nicht eingetreten werden (vgl. Urteil des BGer I 376/05 vom 5. August 2005 E. 5 mit Hinweisen).

E. 6

Zu prüfen bleibt der von der IVSTA ermittelte Invaliditätsgrad.

E. 6.1

Als Valideneinkommen hat die IVSTA den Lohn des Beschwerdeführers im Jahr 1996 von Fr. 58'500.-- (13 x Fr. 4'500.--) berücksichtigt und auf das Jahr 2008 aufindexiert. Dies ergibt für das Jahr 2008 einen Lohn von Fr. 70'881.-- respektive monatlich Fr. 5'452.--, was vom Beschwerdeführer anerkannt wird. Diesbezüglich ist allerdings festzuhalten, dass die IVSTA das massgebende Einkommen nicht durchgehend mittels der statistischen Zahlen, sondern teilweise mit den Angaben aus dem Kollektivarbeitsvertrag aufindexiert hat. Würde man den Lohn praxisgemäss anhand der Statistiken aufrechnen (vgl. Bundesamt für

Statistik, Statistik der Lohnentwicklung, Schweizerischer Lohnindex, Nominallöhne Männer [T1.1.93_I, Gastgewerbe, Index im Jahr 1996: 103,4, Index im Jahr 2008: 120,1]), ergäbe sich für das Jahr 2008 ein Invalideneinkommen von Fr. 67'948.--, was einem monatlichen Einkommen von Fr. 5'662.-- entspräche. Da dies im Ergebnis keinen Unterschied macht (vgl. unten), ist nicht weiter darauf einzugehen.

E. 6.2

Die Berechnung des Invalideneinkommens hat sich auf den Durchschnitt der Löhne gemäss LSE 2008, T1, Männer, Anforderungsniveau 4, für alle Tätigkeiten (Fr. 4'806.--) zu stützen. Hochgerechnet auf die branchenübliche Arbeitswoche von 41,7 Stunden ergibt sich ein monatliches Einkommen von Fr. 5'010.--. Unter Berücksichtigung des von der IVSTA angerechneten leidensbedingten Abzugs von 25%, welcher nicht zu beanstanden ist, und nach Reduktion des Einkommens auf 70% (gemäss der festgestellten Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in Verweistätigkeiten) ergibt sich ein monatliches Invalideneinkommen von Fr. 2'630.--.

E. 6.3

Der Vergleich der massgebenden Einkommen ergibt bei einem Valideneinkommen von Fr. 5'452.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 2'630.-- eine Erwerbseinbusse von Fr. 2'822.-- und somit einen Invaliditätsgrad von 52%. Bei der Berechnung mittels Aufindexierung gemäss Tabelle (vgl. Ziffer 6.1 hiervor) ist von einem Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 5662.--, einem Invalideneinkommen von Fr. 2'630.--, einer daraus resultierenden Erwerbseinbusse von Fr. 3'032.-- und einem Invaliditätsgrad von 53,55% auszugehen, was jedoch - wie bereits erwähnt - im Endergebnis keinen Unterschied macht. Der Beschwerdeführer hat somit - wie die IVSTA korrekt festgestellt hat - Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. 7.1. Nach Art. 88a Abs. 1 IVV ist die anspruchsbeflussende Änderung vom Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentlichen Unterbruch drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 Satz 2 IVV). Gemäss Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV erfolgt die Herabsetzung einer Rente in jedem Fall frühestens vom ersten Tag des zweiten Monats an, welcher der Zustellung der Herabsetzungsverfügung folgt. 7.2. Aufgrund der Akten ist davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers (spätestens) im Januar 2006 verbessert hat. Die anspruchsbeflussende Änderung dauerte im Zeitpunkt der Verfügung (24. November 2009) bereits seit fast vier Jahren. Die Verfügung wurde dem Beschwerdeführer am 1. Dezember 2009 zugestellt (vgl. IV-act. 110). Die bisher gewährte ganze Rente ist in Anwendung von Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an, in casu somit per 1. Februar 2010 auf eine halbe Rente herabzusetzen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die IVSTA zu Recht von einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ausgegangen ist und infolge dessen die Rente des Beschwerdeführers mit Wirkung ab 1. Februar 2010 von einer ganzen Rente auf eine halbe Rente herabgesetzt hat. Die Beschwerde ist somit abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

E. 8

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 8.1

Die Verfahrenskosten sind bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1'000 Franken festzulegen (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Für das vorliegende Verfahren sind die Verfahrenskosten auf Fr. 400.-- festzusetzen und dem Beschwerdeführer als unterlegene Partei aufzuerlegen. Die Verfahrenskosten von Fr. 400.-- sind mit dem geleisteten Kostenvorschuss zu verrechnen.

E. 8.2

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die IVSTA jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

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