

# **BVGer C-2862/2010 vom 7. Mai 2012**

Bundesverwaltungsgericht, 2012-05-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-2862\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2862_2010)

FR: TAF C-2862/2010 du 7 mai 2012

IT: TAF C-2862/2010 del 7 maggio 2012

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

### **E. 1.2**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a bis 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

### **E. 1.3**

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung vom 22. Februar 2010 (act. 183) ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Zusammenfassend ergibt sich, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

### **E. 1.4**

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 22. Februar 2010 (act. 183), mit welcher die bisherige ganze IV-Rente per 30. April 2010 aufgehoben worden ist. Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit dieser Verfügung und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Vorinstanz den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

### **E. 1.5**

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

### **E. 2**

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

#### **E. 2.1**

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsbürger und wohnt in Thailand, so dass sich die Fragen, ob weiterhin Anspruch auf eine IV-Rente besteht und wenn ja, in welchem Ausmass und ab wann, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften bestimmen, da die Schweiz mit Thailand keinen Staatsvertrag über Leistungen der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung abgeschlossen hat.

#### **E. 2.2**

Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1), sind die Leistungsansprüche für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445). Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, sodass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C\_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1). Neu normiert wurde dagegen der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der - sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind - gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung der 5. IV-Revision) frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. In Fällen, in denen der Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eintrat resp. die einjährige gesetzliche Wartezeit vor diesem Zeitpunkt zu laufen begann und im Jahre 2008 erfüllt wurde, gilt unter der Voraussetzung, dass die Anmeldung spätestens am 31. Dezember 2008 eingereicht wurde, das alte Recht (vgl. zum Ganzen Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 12. Dezember 2007 [5. IV-Revision und Intertemporalrecht]). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 22. Februar 2010 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom

6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in den entsprechenden Fassungen der 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Die Normen des vom Bundesrat auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) sind vorliegend nicht anwendbar.

### **E. 2.3**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7). 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). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

### **E. 2.4**

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

### **E. 2.5**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % 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. Eine solche Ausnahme ist vorliegend nicht gegeben. Nach der Rechtsprechung des EVG stellt diese Regelung nicht eine blosse Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

### **E. 2.6**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben; zudem kann auch eine Wandlung des Aufgabenbereichs einen Revisionsgrund darstellen (BGE 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b; AHI 1997 S. 288 E. 2b). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b; SVR 2009 IV Nr. 57 S. 178 E. 3.2.1). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 135 V 201 E. 6.4, 115 V 308 E. 4a bb).

### **E. 2.7**

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

### **E. 2.8**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und

bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen). Auf Stellungnahmen der RAD resp. der medizinischen Dienste kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil des EVG I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des BGer 9C\_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen).

### **E. 3**

Wie bereits dargelegt (vgl. E. 2.7. hiervor), beurteilt sich die Frage, ob beim Beschwerdeführer eine wesentliche Änderung eingetreten ist, welche geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch im Sinne von Art. 17 ATSG zu beeinflussen, durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er zur Zeit der - soweit aus den Akten ersichtlich -

unangefochten in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 30. Dezember 2008 (act. 146; vgl. auch Bst. C. hiervor) bestanden hatte, mit demjenigen, wie er im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 22. Februar 2010 (act. 183; vgl. auch Bst. D. hiervor) eingetreten war.

### **E. 3.1**

Im Rahmen der Verfügung vom 30. Dezember 2008, mit welcher dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Juni 2008 eine ganze IV-Rente zugesprochen worden war, stützte sich die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht insbesondere auf die Stellungnahme von Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 4. Oktober 2008 (act. 138). Dr. med. C.\_\_\_\_\_ war nach Einsicht in das Gutachten von Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, vom 18. Juni 2007 (act. 131) der Auffassung, dass sich die Wirbelsäulensymptomatik bei einem Status nach Operation eines engen Spinalkanals nicht verschlechtert habe. Aufgrund der neu aufgetretenen schweren psychischen Symptomatik sei der Versicherte zurzeit arbeitsunfähig. Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Gutachten vom 18. Juni 2007 Lumbalgien und lumboischialgieforme Restbeschwerden nach operativer Dekompression einer lumbalen Spinalkanalstenose, einen Opioidabusus (zunächst mit Oxygesic, später auch mit transkutanem Fentanyl-Pflaster) und eine schwere Angststörung mit Phobien, Panik-attacken und Alpträumen sowie mindestens mittelgradige bis schwere depressive Episoden. Weiter führte er aus, unter Opioid-Nebenwirkungen sei eine konzentrierte Arbeit als Programmierer kaum vorstellbar. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei eine leichte körperliche Tätigkeit unter der Voraussetzung einer standardgemässen Schmerztherapie und einer erfolgreichen Einleitung einer Kombinationstherapie möglich. Nach einem Opioidentzug könne eine leidensadaptierte Arbeit möglich sein. Nach einer erfolgreichen Therapie der Beschwerden könne der Versicherte mindestens sechs Stunden leichte körperliche Arbeiten bewerkstelligen. Dies müsse jedoch in einem Stufenplan erst mit weniger als zwei Stunden, dann später drei bis weniger als sechs Stunden angepasst werden. Nach Durchführung eines klassischen Opioidentzugs und einer multimodalen stationären Therapie mit psychologischer und psychiatrischer Begleitung und kombinierter medikamentöser Behandlung könne - frei von Opioidnebenwirkungen - das Ausmass der gesundheitlichen Problematik des Versicherten untersucht und eine endgültige Beurteilung seiner Leistungsfähigkeit möglich werden.

### **E. 3.2**

Im Rahmen der angefochtenen Verfügung vom 22. Februar 2010 stützte sich die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht insbesondere auf die Berichte von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 23. September 2009 (act. 166) und 31. Januar 2010 (act. 180). Diese medizinischen Dokumente sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und zu würdigen. Im September 2009 führte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ insbesondere aus, aufgrund des einzig eingereichten Dokuments vom 29. Juli 2009 (act. 155 und 156) würden ein Einschlafgefühl in den Armen und Beinen bei langem Liegen und Flankenschmerzen bei langem Sitzen aufgeführt. Das Fentanyl (Opioid) sei abgesetzt worden. In diesem Bericht fehlten jegliche somatische und psychiatrische Diagnosen, namentlich werde nicht mehr über Angststörung oder Depressionen berichtet. Somit habe sich der Gesundheitszustand gebessert. Die vom Versicherten noch genannten Beschwerden hätten kein somatisches Korrelat, sondern entsprächen rein subjektiven Angaben. Gemäss Schreiben des Versicherten vom 14. August 2009 benötige er noch Diclofenac zur Schmerztherapie. Die Einnahme dieses

Antirheumatikums sei im Rahmen der Schadenminderungspflicht zumutbar. Die Auflagen seien insofern erfüllt worden, als dass das Fentanyl abgesetzt worden sei. Nicht erfüllt worden sei die Auflage zur psychiatrischen Therapie. Trotzdem werde nicht mehr über eine Angststörung oder Depressionen berichtet, der Gesundheitszustand habe sich gebessert. Dem Versicherten seien alle leichten und mittelschweren Arbeiten wieder voll zumutbar. In seiner Stellungnahme vom 31. Januar 2010 berichtete Dr. med. C.\_\_\_\_\_ nach Kenntnis der vom Beschwerdeführer im Vorbescheidverfahren eingereichten medizinischen Dokumente (act. 173 bis 177), eine Stenose der lumbalen Wirbelsäule aufgrund des neuen MRT-Befundes scheinbar plausibel, für die Frage der Arbeitsfähigkeit seien jedoch die objektiven klinischen Befunde und allfällig notwendige Behandlungen (z.B. Neurochirurgie) und nie Magnetresonanz-Befunde allein massgeblich. Im Attest vom 22. Dezember 2009 und der Übersetzung des Arztdokuments vom 29. Juli 2009 fehlten objektive Befunde für einen symptomatischen engen Spinalkanal. Die Stellungnahme vom 23. September 2009 müsse nicht geändert werden.

### **E. 3.3.1**

Bei den Stellungnahmen von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 23. September 2009 und 31. Januar 2010 handelt es sich um Berichte im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG. Sinn und Zweck des im Rahmen der 5. IV-Revision (Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006; AS 2007 5129 ff.) neu geschaffenen, seit 1. Januar 2008 in Kraft stehenden und vorliegend anwendbaren Art. 59 Abs. 2bis IVG sowie des neu gefassten Art. 49 IVV liegen darin, dass die IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen auf eigene Ärzte und Ärztinnen zurückgreifen können. Diese sollen aufgrund ihrer speziellen versicherungsmedizinischen Kenntnisse für die Bestimmung der für die Invalidenversicherung massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten verantwortlich sein. Damit soll eine konsequente Trennung der Zuständigkeiten zwischen behandelnden Ärzten (Heilbehandlung) und Sozialversicherung (Bestimmung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens) geschaffen werden. Die RAD bezeichnen die zumutbaren Tätigkeiten und die unzumutbaren Funktionen unter Angabe einer allfälligen medizinisch begründeten zeitlichen Schonung. Damit soll im Hinblick auf eine erfolgreiche Eingliederung eine objektivere Festlegung der massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten ermöglicht werden. Gestützt auf die Angaben des RAD hat die IV-Stelle zu beurteilen, was einer versicherten Person aus objektiver Sicht noch zumutbar ist und was nicht (vgl. Urteil 9C\_323/2009 des BGer vom 14. Juli 2009 E. 4.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Berichten nach Art. 59 Abs. 2bis IVG kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidungsrelevante Aktenstücke (Urteil I 143/07 des BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5).

### **E. 3.3.2**

Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 2.8 hiervor), kann auf Stellungnahmen des RAD resp. des medizinischen Dienstes der Vorinstanz nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Obwohl Dr. med. C.\_\_\_\_\_ als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin nicht über einen Facharztstitel in den medizinischen Disziplinen Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurochirurgie verfügt, könnte seinen Stellungnahmen an sich Beweiskraft zukommen (vgl. hierzu bspw. Urteil des

Bundesverwaltungsgericht C-5379/2009 vom 28. März 2011). Auf das Einholen von Berichten entsprechend ausgebildeter Spezialärztinnen und -ärzte konnte vorliegend aufgrund der nachfolgenden Erwägungen aber nicht verzichtet werden.

### **E. 3.3.3**

Dr. med. C. \_\_\_\_\_ stützte sich im Rahmen seiner Stellungnahme vom 23. September 2009 auf das in thailändischer Sprache verfasste, ins Französische übersetzte Dokument vom 29. Juli 2009 (act. 155). Bei diesem Aktenstück handelt es sich vermutlich um einen medizinischen Kurzbericht. Da diesem jedoch weder der Name des behandelnden Arztes noch dessen medizinischer Facharztstitel entnommen werden kann, taugt dieser Bericht - mangels Erfüllens der rechtsprechungsgemässen Anforderungen an einen voll beweiskräftigen Arztbericht (vgl. E. 2.8 hiervor) - nicht zum Beweis eines verbesserten Gesundheitszustands. Daraus folgt, dass auch der Stellungnahme von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 23. September 2009 resp. dem darin formulierten Zumutbarkeitsprofil keine Beweiskraft zukommen kann. In diesem Zusammenhang ist ergänzend festzustellen, dass den Ausführungen von Dr. med. C. \_\_\_\_\_, wonach die vom Beschwerdeführer genannten Beschwerden kein somatisches Korrelat hätten und rein subjektiven Angaben entsprächen, nicht vorbehaltlos gefolgt werden kann. Dies insbesondere mit Blick auf die Beurteilung von Prof. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ in dessen Gutachten vom 18. Juni 2007, denn darin wurden unter anderem Lumbalgien und lumboischialgieforme Restbeschwerden nach operativer Dekompression einer lumbalen Spinalkanalstenose diagnostiziert (vgl. E. 3.1 hiervor) und berichtet, wegen der Einschränkung der lumbalen Bewegungsmöglichkeiten sei der Versicherte eindeutig - im Ausmass von etwa 20 bis 30 % - eingeschränkt.

### **E. 3.3.4**

Auch die Stellungnahme von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 31. Januar 2010 vermag die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an einen voll beweiskräftigen Arztbericht nicht zu erfüllen. Denn einerseits standen Dr. med. C. \_\_\_\_\_ die neu angefertigten Röntgenbilder nicht zur Verfügung und andererseits ist aufgrund der Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (zum Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit vgl. BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2; RKUV 2001 U 413 S. 86 E. 5b) erstellt, ob diese Aufnahmen tatsächlich am 22. Dezember 2009 (vgl. act. 174) angefertigt worden sind.

### **E. 3.4**

Nach dem vorstehend Dargelegten ist zusammengefasst festzuhalten, dass die Vorinstanz den Sachverhalt in gesamtmedizinischer Hinsicht nicht vollständig resp. rechtsgenügend festgestellt und gewürdigt hat (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) und aufgrund der Berichte von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ mit Blick auf die vorliegend massgebenden Vergleichszeitpunkte ohne ergänzende retrospektive fachärztliche Abklärungen nicht rechtsgenügend erstellt ist, ob beim Beschwerdeführer weiterhin ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt. Auch können in diesem Zusammenhang die Fragen, ob er weiterhin Anspruch auf Ausrichtung einer Invalidenrente hat, und falls ja, in welchem Ausmass (vgl. hierzu Ausführungen von Prof. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ betreffend allfällige stufenweise Erhöhung der Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit [E. 3.1 2. Absatz hiervor]), unter den gegebenen Umständen nicht beantwortet werden. Da aufgrund der medizinischen Aktenlage nicht ausgeschlossen werden kann, dass beim Beschwerdeführer auch noch im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 22. Februar 2010 somatische und

psychisch-psychiatrische Gesundheitsbeeinträchtigungen zusammenwirken, schien und scheint eine interdisziplinäre Begutachtung erforderlich zu sein (vgl. hierzu Urteil 8C\_168/2008 des BGer vom 11. August 2008 E. 6.2.2 mit Hinweisen). Die Gutachterinnen/Gutachter hätten dabei die Frage zu beantworten, ob nach der Absetzung der Opioide - wie vom Versicherten in dessen Schreiben vom 29. Juli 2009 bestätigt - auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tatsächlich eine leichte körperliche resp. leidensadaptierte Verweistätigkeit möglich ist und wenn ja, ab wann und in welchem Ausmass. Zu klären ist weiter, ob - wie von Prof. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ damals in dessen Gutachten vom 18. Juni 2007 empfohlen - allenfalls weiterhin eine stationäre Therapie mit psychologischer und psychiatrischer Begleitung und kombinierter medikamentöser Behandlung notwendig wäre oder ob nun eine endgültige (stufenweise) Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit möglich ist. Sollten diese Massnahmen weiterhin indiziert sein, so wäre der Versicherte unverzüglich aufzufordern, sich diesen zu unterziehen, da dies aus der Sicht der Schadenminderungspflicht (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichtes 9C\_242/2009 vom 30. April 2009 sowie BGE 113 V 22 E. 4a mit Hinweisen) ohne weiteres zumutbar wäre.

#### **E. 4.1**

Nach Vorliegen der zusätzlichen Ergebnisse in medizinischer Hinsicht hat die Vorinstanz einen Einkommensvergleich durchzuführen und ergänzende Abklärungen hinsichtlich der Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit in die Wege zu leiten (vgl. Urteile I 462/02 des EVG vom 26 Mai 2003 und 9C\_921/2009 des BGer vom 22. Juni 2010).

#### **E. 4.2**

Schliesslich ist zu beachten, dass man gemäss ständige Rechtsprechung vom Regelfall ausgeht, dass eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar ist; praktisch bedeutet dies, dass in der Regel aus einer medizinisch (korrekt) attestierten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen werden kann (vgl. Urteil des BGer 9C\_768/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1.2 mit Hinweisen). Dennoch hat die Rechtsprechung in ganz besonderen Ausnahmefällen nach langjährigem Rentenbezug oder im Falle von Versicherten im fortgeschrittenen Alter auch entschieden, dass Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegensteht, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotential ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahme alleine vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist. Die Verwaltung muss sich in solchen Fällen vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne weiteres in einem entsprechenden tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür - ausnahmsweise - im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung (der Eignung, Belastungsfähigkeit usw.) und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtsinne vorausgesetzt ist (vgl. Urteil des BGer 9C\_363/2011 vom 31. Oktober 2011 E. 3.1). Diese Rechtsprechung ist grundsätzlich auf Fälle zu beschränken, in denen die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, welche, wie der Beschwerdeführer, das 55. Altersjahr zurückgelegt hat oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (vgl. Urteil des BGer 9C\_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3-3.5).

## **E. 5**

Aufgrund des vorstehend Dargelegten ist die Beschwerde vom 23. April 2010 insoweit gutzuheissen, als dass die angefochtene Verfügung vom 22. Februar 2010 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen sind. Eine Rückweisung an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung ist unter anderem dann möglich, wenn sie, wie hier, in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist (BGE 137 V 201 E. 4.4.1.4). Nach Vorliegen der erforderlichen zusätzlichen Abklärungen, im Rahmen welcher sämtliche bisher verfassten ärztlichen Dokumente - auch die während des Beschwerdeverfahrens eingereichten, im vorliegenden Verfahren unbeachtlichen medizinischen Berichte (vgl. hierzu BGE 130 V 138 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b mit Hinweis) - zu berücksichtigen sind, hat die Vorinstanz neu zu verfügen (vgl. Art. 61 Abs. 1 VwVG).

## **E. 6**

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

### **E. 6.1**

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei, wobei der Vorinstanz keine Verfahrenskosten auferlegt werden (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (vgl. BGE 132 V 215 E. 6), sind dem Beschwerdeführer im vorliegenden Fall keine Verfahrenskosten aufzuerlegen.

### **E. 6.2**

Der obsiegende und vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu auch Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE [Stundenansatz für Anwälte/Anwältinnen mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.- und für nichtanwaltliche Vertreter und Vertreterinnen mindestens Fr. 100.- und höchstens Fr. 300.-]) gerechtfertigt.

### **E. 6.3**

Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ist somit gegenstandslos (vgl. statt vieler Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-1245/2010 vom 1. Juli 2011 E. 8.4). (Dispositiv auf der nächsten Seite)