

BVGer C-455/2012 vom 21. Juli 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-07-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-455_2012

FR: TAF C-455/2012 du 21 juillet 2014

IT: TAF C-455/2012 del 21 luglio 2014

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1.1

Zu beurteilen ist die Beschwerde vom 25. Januar 2012 gegen die Verfügung der IVSTA vom 8. Dezember 2011, mit der die Vorinstanz die ganze Invalidenrente des Beschwerdeführers auf eine Viertelsrente herabgesetzt hat.

E. 1.2

Gemäss Art. 31 des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Die Zuständigkeit bestimmt sich jeweils entsprechend dem Grundsatz der Unabänderlichkeit des Gerichtsstands (perpetuatio fori) nach dem Zeitpunkt der Verfahrenseinleitung (BGE 130 V 90 E. 3.2). Bei Einreichung der Beschwerde hatte der Beschwerdeführer Wohnsitz im Ausland. Der spätere Wohnsitzwechsel ist unbeachtlich. Das Bundesverwaltungsgericht ist demnach für die Beurteilung der Beschwerde zuständig. Das Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) findet keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist (Art. 3 Bst. dbis VwVG). Gemäss Art. 1 Abs. 1 AHVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die im ersten Teil geregelte Alters- und Hinterlassenenversicherung anwendbar, soweit das AHVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 1.3

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

E. 1.4

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

E. 1.5

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

E. 2

Im Folgenden werden die für die Beurteilung der Streitsache wesentlichen Bestimmungen und die von der Rechtsprechung dazu entwickelten Grundsätze dargestellt.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist Schweizer Staatsbürger. Daher richtet sich die Beurteilung der Herabsetzung der Invalidenrente in materieller- und verfahrensrechtlicher Hinsicht nach Schweizer Recht.

E. 2.2

In zeitlicher Hinsicht ist zunächst festzuhalten, dass Rechts- und Sachverhaltsänderungen, die nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 8. Dezember 2011) eintraten, im vorliegenden Verfahren grundsätzlich nicht zu berücksichtigen sind (vgl. BGE 130 V 329 sowie BGE 129 V 1 E. 1.2, je mit Hinweisen). Allerdings können Tatsachen, die den Sachverhalt seither verändert haben, unter Umständen Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (vgl. BGE 121 V 366 E. 1b mit Hinweisen).

E. 2.3

Die Sache beurteilt sich grundsätzlich nach denjenigen materiellen Rechtssätzen, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (vgl. BGE 130 V 329). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445, Urteile des Bundesverwaltungsgerichts C-8639/2007 vom 20. Januar 2012 E. 2.4, C-196/2010 vom 19. Juli 2011 E. 3.2).

E. 2.4

Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 8. Dezember 2011 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung der streitigen Verfügung im vorliegend massgeblichen Zeitraum von Belang sind (für das IVG: ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IVG-Revision] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision). Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]). Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Die im ATSG enthaltenen

Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) sowie der Revision der Invalidenrente und anderer Dauerleistungen (Art. 17) entsprechen den bisherigen von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der Revision des IVG und des ATSG vom 6. Oktober 2006 sowie der IVV und ATSV vom 28. September 2007 (5. IV-Revision [AS 2007 5129 bzw. AS 2007 5155], in Kraft seit 1. Januar 2008) nichts geändert, weshalb im Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

E. 3.1

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

E. 3.2

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

E. 3.3

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Bezüglich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil des BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 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).

E. 3.4

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; BGE 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; BGE 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 pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3; BGE 126 V 75 E. 5b bb und cc; AHI 2002 S. 69 ff. E. 4b).

E. 3.5

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).

E. 3.6

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.

E. 3.6.1

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; BGE 113 V 275 E. 1a; BGE 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 versicherten 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 blosser Möglichkeit einer Verbesserung tatsächlicher Art genügt nicht (Urteil des BGer 9C_88/2010 vom 4. Mai 2010 E. 2.2.2 mit Hinweis).

E. 3.6.2

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, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (Ausgangszeitpunkt), mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheides (Revisionszeitpunkt); vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

E. 4

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die IVSTA zu Recht das Vorliegen eines Revisionsgrundes im Revisionszeitpunkt beim Beschwerdeführer bejaht und gestützt darauf seine bisher ausgerichtete ganze Rente per 1. Februar 2012 auf eine Viertelsrente herabgesetzt hat.

E. 4.1

Ausgangszeitpunkt bildet vorliegend die Verfügung vom 13. November 2008 (Vorakten SVA 34), mit welcher die kantonale IV-Stelle dem Beschwerdeführer aufgrund eines Invaliditätsgardes von 100% eine ganze Invalidenrente zusprach. Gemäss Aktenlage stützte sich die kantonale IV-Stelle auf folgende ärztliche Unterlagen: - Im Austrittsbericht des Spitals U. _____ vom 17. Juli 2007 und im Arztbericht von Dr. med. F. _____, Spital U. _____, vom 17. Dezember 2007 (Vorakten SVA 19) wurde berichtet, der Beschwerdeführer sei vom 13. Juli 2007 bis zum 17. Juli 2007 und vom 18. Juli 2007 bis zum 19. Juli 2007 hospitalisiert gewesen. Er leide an chronischem Alkoholabusus, frontal subduralem Hygrom bei Status nach Schädelbasisfraktur mit Frakturausläufern okzipital und bilateral (Sturz im März 2007) und zunehmender Wesensveränderung, familiärer Hämochromatose, Makrozytose bei Folsäuremangel und Nikotinabusus. Der Beschwerdeführer sei zu 100% arbeitsunfähig und bei Alkoholabstinenz zu 70%. - Dr. med. G. _____ vom Ambulatorium W. _____ hielt am 3. Januar 2008 (Vorakten SVA 17) fest, der Beschwerdeführer leide an Alkoholabhängigkeitssyndrom und episodischem Substanzgebrauch. - Am 7. Januar 2008 führte Dr. med. H. _____, K. _____ Klinik, (Vorakten SVA 18) aus, der Beschwerdeführer sei vom 6. Juni 2006 bis 1. Dezember 2006 wegen Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.21) und schädlichem Gebrauch von Sedativa (ICD-10 F13.1) in der K. _____ Klinik hospitalisiert gewesen. Der Beschwerdeführer sei bei Austritt wieder 100% arbeitsfähig gewesen. - Der Beschwerdeführer wurde wegen massivem Alkoholkonsum mittels fürsorgerischem Freiheitsentzug am 19. Juli 2007 in die Privatklinik S. _____ eingewiesen und verliess am 20. Juli 2007 die Klinik wieder (Vorakten SVA 20). Dr. med. I. _____ hielt in seinem Arztbericht vom 14. Januar 2008 fest, der Beschwerdeführer leide an chronischem

Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2), Status nach Alkoholintoxikation (ICD-10 F10.0) am 13. Juli 2007 und 17. Juli 2007, frontal subduralem Hygrom bei Status nach Schädelbasisfraktur im März 2007 mit zunehmender Wesensveränderung, hereditäre Hämochromatose, Makrozytose bei Alkoholabusus mit Folsäuremangel und Nikotinabusus (Vorakten 20 SVA). - Dr. med. A._____, Facharzt für Innere Medizin, berichtete am 23. März 2008 (Vorakten SVA 22), der Beschwerdeführer sei seit Juli 2007 alkoholabstinent. - In seinem psychiatrischen Gutachten vom 25. Juni 2008 (Vorakten SVA 26) führte Dr. med. D._____ aus, der Beschwerdeführer sei aufgrund der Symptomatik mit einer Wesensveränderung mit Verlangsamung und Vergesslichkeit nicht mehr in der Lage, in seinem angestammten Beruf als Buchhalter zu arbeiten. Er sei auf eine gut strukturierte und unterstützende Umgebung angewiesen. Möglich sei allerhöchstens eine Eingliederung in eine Werkstätte für Behinderte mit nicht anspruchsvollen aber repetitiven, einfacheren Arbeiten. Dabei müsse aber berücksichtigt werden, dass jegliche fordernde Struktur eine Überforderung und Blockade auslösen könne und auch die Gefahr einer neuerlichen Rückfälligkeit auslösen könne. Dr. med. D._____ diagnostizierte ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10 F07.2) bestehend seit April 2007 (recte März 2007), Alkoholabhängigkeitssyndrom vom Typ des Intoxikationstrinkers abstinent seit Juli 2007 (ICD-10 F10.2), Verdacht auf depressive Symptomatik (ICD-10 F3.33) bestehend seit 2005 und familiäre Hämochromatose. Es müsse nach dem Sturz mit Schädelbasisfraktur vom April 2007 (recte März 2007) eine deutliche Aggravierung insbesondere der kognitiven Problematik stattgefunden haben. Er sei in der angestammten Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig und in einer Tätigkeit in einem geschützten Rahmen über einen beschränkten Zeitraum ca. 50% integrationsfähig, jedoch sei zu berücksichtigen, dass er sowohl vom Arbeitspensum wie auch von der Dauer der Arbeitsmöglichkeit deutlich eingeschränkt bleibe und er in Überforderungssituationen stark rückfallgefährdet sei. An eine Arbeit im Sinne der freien Wirtschaft sei aus psychiatrischer Sicht nicht mehr zu denken. Sinnvoll wäre eine genauere neurokognitive Abklärung vorzunehmen und aufgrund dieser Resultate eine gezielte Therapie zu initiieren.

E. 4.2

Für die Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit im Revisionszeitpunkt stützte sich die Vorinstanz auf folgende Arztberichte: - Dr. med. A._____, Facharzt für Innere Medizin, berichtete am 9. März 2010 sinngemäss (Vorakten IVSTA 14 in schlecht lesbarer Handschrift) der Beschwerdeführer leide seit dem Sturz mit Schädelbasisbruch im Jahre 2007 an residueller Wesensveränderung, verminderter Konzentrationsfähigkeit, Alkoholabstinenz seit 2007, Status nach Alkoholentzugsbehandlung 2006 und familiärer Hämochromatose und könne im geschützten Rahmen arbeiten. Aufgrund der starken Einschränkung für geistige Arbeiten und der verminderten Konzentrations- und Belastungsfähigkeit sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit und in ähnlichen Tätigkeiten arbeitsunfähig. - Dr. med. pract. J._____, Psychiatriezentrum U._____, hielt am 30. April 2010 fest (Vorakten IVSTA 16), der Beschwerdeführer sei vom 10. Dezember 2008 bis 11. November 2009 in ambulanter Behandlung im Psychiatriezentrum gewesen. Er leide an einem organischen Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10 F07.2). Aufgrund der Verlangsamung, Vergesslichkeit, eingeschränkter Leistungsfähigkeit und eingeschränkter Konzentrationsfähigkeit sei er seit Herbst 2007 zu 100% arbeitsunfähig. - Aufgrund der Stellungnahme des medizinischen Dienstes der IVSTA, Dr. med. B._____, Facharzt für allgemeine innere Medizin, vom 1. August 2010 (Vorakten IVSTA 18), wonach für die

Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eine psychiatrische, neurologische und allgemeine Begutachtung notwendig sei, wurde der Beschwerdeführer im Zentrum für medizinische Begutachtung B. _____ (ZMB) gemäss Begutachtungsbericht vom 18. Januar 2011 (Vorakten IVSTA 40) im Zeitraum vom 22. November 2010 bis 26. November 2010 während eines stationären Aufenthalts untersucht. Die internistische und allgemeinmedizinische Untersuchung ergab, dass der Beschwerdeführer an rezidivierendem Alkoholabusus, familiärer Hämochromatose und Nikotinabusus leidet. Es wurde festgestellt, dass aus allgemeinmedizinischer und internistischer Sicht die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht eingeschränkt sei. Als neurologische Diagnosen wurden ein leichtes psychoorganisches Syndrom, Status nach Treppensturz mit Schädelbasisfraktur und Contusio cerebri im März 2007, Alkoholabhängigkeitssyndrom mit rezidivierenden Intoxikationen und eine angebliche Alkoholabstinenz seit Juli 2007 festgestellt. Beim Beschwerdeführer habe sich eine Wesensveränderung im Anschluss an das erlittene Schädelhirntrauma vom März 2007 manifestiert. Bemerkenswert sei, dass im weiteren Verlauf weder eine neurologische Beurteilung noch eine Kontrolle der bildgebenden Befunde erfolgt sei, zumal initial ein subdurales Hygrom frontal beschrieben worden sei. Die aktuelle Magnetresonanztomographie des Neurocraniums vom 25. November 2011 habe einen alten Kontusionsherd mit Hinweisen auf eine kleine Einblutung links frontal neben bilateralen Kontusionsherden frontobasal ergeben, welche als Residuen des Schädelhirntraumas vom März 2007 zu werten seien, während ein intracranielles Hämatom bzw. ein Hygrom nicht nachweisbar sei. Multiple kleine Parenchymläsionen im Marklager beider Hemisphären frontalpräzentral mit Linksbetonung würden vom Neuroradiologen im Sinne gliotischer Narben auf vasculärer Grundlage beurteilt. Das auffällige ruhige Wesen sowie das psychomotorische Verhalten des Beschwerdeführers könnten durchaus als Ausdruck seiner Wesensart verstanden werden, wogegen die bildgebenden Befunde entsprechend auch den fremdanamnestischen Angaben eine organische Komponente im Gefolge der dokumentierten Hirnkontusion nahelegen würden, womit auch die geklagten Gleichgewichtsprobleme vereinbar seien. Dennoch könne dem Beschwerdeführer aus neurologischer Sicht unter Berücksichtigung entsprechender Einschränkung (Arbeitstempo, limitierte Konzentrationsfähigkeit, Ermüdbarkeit) Arbeitsfähigkeit attestiert werden, zumal er offenbar auch in der Lage sei, ein Motorfahrzeug zu lenken. Eine Tätigkeit als Buchhalter sei dem Beschwerdeführer im Gutachtenszeitpunkt nicht zumutbar. Tätigkeiten unter Zeitdruck sowie mit höheren Anforderungen an die geistige Leistungsfähigkeit seien nicht zumutbar. Angesichts der Klagen über Unsicherheit seien Arbeiten auf Leitern und Gerüsten ebenfalls nicht geeignet. Aus psychiatrischer Sicht wurde festgehalten, der Beschwerdeführer habe an vier bis fünf Tagen pro Woche Kopfschmerzen, welche eine paar Stunden andauern würden. Der Gedankengang sei in formaler Hinsicht langsam, in inhaltlicher Hinsicht sei er unauffällig. Es liessen sich beim Beschwerdeführer zeitweise Wortfindungsstörungen nachweisen. Die subjektiv vom Beschwerdeführer geklagte Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen würden sich klinisch nicht feststellen lassen. Aus psychiatrischer Sicht wurde beim Beschwerdeführer ein leichtgradiges organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10 F07.2), Alkoholabhängigkeitssyndrom vom Typus des Intoxikationstrinkers mit seit Mitte 2007 bestehender Abstinenz (ICD-10 F10.20) und akzentuierte (ängstlich-unsichere) Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) diagnostiziert. Im Weiteren wurde festgehalten, im Unterschied zur Untersuchung von Dr. med. D. _____ vom 25. Juni 2008 könne im Gutachtenszeitpunkt die depressive

Symptomatik nicht mehr bestätigt werden. Insgesamt scheine es seit den Befunden im Jahre 2008 zu einer Verbesserung der kognitiven Beeinträchtigungen gekommen zu sein. Gemeinsam kamen die ZMB-Gutachter zum Schluss, der Beschwerdeführer sei als Buchhalter nicht mehr arbeitsfähig, hingegen sei er in der Lage einer dem Leiden adaptierten Tätigkeit nachzugehen. Tätigkeiten unter Zeitdruck sowie mit höheren Anforderungen an die geistige Leistungsfähigkeit seien nicht zumutbar. Angesichts der Klagen über Unsicherheit seien Arbeiten auf Leitern und Gerüsten ebenfalls nicht geeignet. In einer Verweisungstätigkeit sei der Beschwerdeführer den ganzen Tag arbeitsfähig mit einem um 20% reduzierten Rendement. - Dr. med. C. _____ berichtete am 25. Juli 2011 (Vorakten IVSTA 61) und am 28. September 2011 (Vorakten IVSTA 59) der Beschwerdeführer sei seit dem 25. Juli 2011 bei ihm in psychiatrischer Behandlung, da er an einem organischen Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10 F07.9 und ICD-10 F07.2), einer organischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F07.0), einer ängstlich-unsicheren Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3) und einer rezidivierenden Depression (ICD-10 F33.2) leide. Aufgrund der gesundheitlichen Beschwerden sei der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig.

E. 4.3

Der RAD-Arzt Dr. med. B. _____, Facharzt für allgemeine innere Medizin, nahm am 29. Januar 2011 (Vorakten IVSTA 42) zum ZMB-Gutachten Stellung. Er hielt dabei fest, aus dem polydisziplinären Gutachten gehe hervor, dass der Beschwerdeführer alkoholabstinent sei. Es liessen sich weder akute noch chronische Schäden infolge des zurückliegenden Alkoholismus feststellen. In diesem Sinne liege eine deutliche Besserung des Gesundheitszustandes vor, weshalb die Ärzte eine Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit festgestellt hätten. Aufgrund des leichten organischen Psychosyndroms sei der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit weiterhin arbeitsunfähig, in einer Verweistätigkeit jedoch arbeitsfähig. Am 30. Juni 2011 (Vorakten IVSTA 50) nahm er zum Einwand des Beschwerdeführers gegen den Vorbescheid und das ZMB-Gutachten dahingehend Stellung, als er festhielt, es gäbe keine Gründe, um von den Beurteilungen durch das ZMB abzuweichen. Zum Arztbericht von Dr. med. C. _____ nahm Dr. med. B. _____ am 25. Oktober 2011 Stellung (Vorakten IVSTA 63) und brachte vor, dieser berichte nichts, was nicht schon die begutachtenden Ärzte des ZMB festgestellt hätten. Tatsache sei, dass die Verletzungen am Kopf/Hirn, nach der Schädelverletzung ausgeheilt seien und nur diskrete Folgeschäden durch die Ärzte im ZMB hätten festgestellt werden können. Insbesondere lägen keine kognitiven Defizite vor. Er sähe nicht ein, warum der Versicherte die vorgeschlagene Verweisungstätigkeiten nun nicht mehr machen können solle. Er sei übrigens Autofahrer, was sein Einsatzspektrum noch verbessere.

E. 4.4

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens hielt Dr. med. E. _____, Psychiatrie Psychotherapie FMH, vom regionalen ärztlichen Dienst Rhone (RAD), in seinem Schlussbericht vom 10. April 2012 (Vorakten IVSTA 71) fest, das Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 25. Juni 2008 und das pluridisziplinäre ZMB-Gutachten vom 18. Januar 2011 seien von guter Qualität. Sie seien ausführlich, präzise und überzeugend. Es bestehe somit kein Grund, von diesen beiden Gutachten abzurücken. In beiden Gutachten werde ein hirnorganisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma diagnostiziert. Im ZMB-Gutachten würde überzeugend und ausführlich dargelegt, dass sich die typischen

Symptome des hirnorganischen Psychosyndrom deutlich abgeschwächt hätten. Auch wenn die frühere Tätigkeit als Buchhalter nicht mehr möglich sei, so sei eine Verweistätigkeit, in der den neurologischen und psychiatrischen funktionellen Einschränkungen Rechnung getragen werde, durchaus zumutbar. Im ZMB-Gutachten würde als Hauptsymptom mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit die Denkverlangsamung plus die motorische Koordinationsschwäche v.a. links festgehalten. Der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit seit April 2008 100% arbeitsunfähig und seit 18. Januar 2011 20% arbeitsunfähig. Bei der Verweistätigkeit müsse berücksichtigt werden, dass der Beschwerdeführer keine schweren Arbeiten ausüben könne, seine Selbstständigkeit und Stressresistenz vermindert sei, individuelle Arbeiten mit nur wenig Verantwortung vorzuziehen seien und die Arbeit keine erhebliche Anforderungen an die geistige Leistungsfähigkeit stellen dürfe. In seiner Stellungnahme vom 9. August 2012 (act. 13) räumte der RAD-Arzt Dr. med. E._____ allerdings ein, die ZMB-Gutachter hätten beim Beschwerdeführer keine neuropsychologische Untersuchung mit Testbatterie durchgeführt. Die MEDAS sei kein universitäres Institut und verfüge daher nicht über die entsprechenden Testeinrichtungen. Die psychiatrisch-klinische Beurteilung des hirnorganischen Psychosyndroms sei von guter Qualität und erlaube die Würdigung des Zustandes auch ohne neuropsychologische Untersuchung. Es sei auch zu beachten, dass anlässlich des letzten gültigen Rentenentscheides auch nur eine psychiatrisch-klinische Begutachtung vorgelegen habe, sodass genügend Vergleichspunkte zur Verfügung gestanden hätten, um die wesentliche Besserung bestätigen zu können. Allerdings sei der heutige Standard in der Neurorehabilitation Hirnverletzter ein dreifacher: 1) neurologische Untersuchung, 2) neuropsychologische Testbatterie, 3) klinisch-psychiatrische Untersuchung auf organisch-psychiatrischem Fachgebiet. Dabei obliege es dem Psychiater, die drei Resultate zu integrieren und in eine neuropsychiatrische Fachsprache zu übersetzen. Es liege kein Vergleichswert von 2008 vor, sodass der Wert der Untersuchung zwecks Beurteilung einer wesentlichen Verbesserung mangels Vergleichsmöglichkeit gemindert würde.

E. 5.1

Nach Einsicht in das ZMB-Gutachten zog Dr. med. B._____ den Schluss, dass sich der Versicherte von seiner Alkoholsucht befreit habe, es würden sich weder akute noch chronische Schäden infolge des zurückliegenden Alkoholismus feststellen lassen. In diesem Sinne läge eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes vor, weshalb die Ärzte auch eine Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten festgestellt hätten. Der RAD-Arzt übersieht in seiner Beurteilung, dass der Beschwerdeführer bereits anlässlich des Gutachtens bei Dr. med. D._____ im Zeitraum vom 21. Mai 2008 bis zum 24. Juni 2008 betreffend Suchtentwicklung eine Totalabstinenz seit Juli 2007 angegeben hat. Somit war er zum Zeitpunkt der massgeblichen Rentenverfügung vom 13. November 2008 aktenkundig bereits seit mehr als 16 Monaten abstinent und die Feststellungen des RAD-Arztes sind deshalb aktenwidrig. Gemäss Dr. med. B._____ sollen im ZMB auch keine kognitiven Defizite festgestellt worden sein. Im ZMB-Gutachten wurde dazu auf Seite 28 sinngemäss ausgeführt, diesbezüglich sei zu erwähnen, dass der Explorand heute klinisch keine kognitiven Störungen bis auf eine Verlangsamung aufweise, die sich vor allem im Gespräch manifestiere. Die vollständige Negierung von kognitiven Störungen ist deshalb aktenwidrig.

E. 5.2

Von besonderem Interesse ist vorliegend das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 25. Juni 2008 (Vorakten 26), welches die an den vollen Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens gestellten Kriterien erfüllt. Insbesondere beruht es auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Es ist zudem in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und in den Schlussfolgerungen begründet. Zu demselben Schluss kam der RAD-Arzt, Dr. med. E. _____, welcher in seiner Stellungnahme vom 10. April 2012 festhielt, das Gutachten von Dr. med. D. _____ sei ausführlich, präzise und überzeugend. Es bestehe kein Grund, von diesem Gutachten abzurücken. Somit kommt dem Gutachten von Dr. med. D. _____ Beweiswert zu, so dass darauf abgestellt werden kann. Dr. med. D. _____ hielt am 25. Juni 2008 fest (Vorakten SVA 26), der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig. Möglich sei allerhöchstens eine Eingliederung in eine Werkstätte für Behinderte zu ca. 50%. Somit hielt Dr. med. D. _____ den Beschwerdeführer zwar für eine Verweisungstätigkeit zu 50% arbeitsfähig, jedoch nicht in der freien Wirtschaft sondern nur in einem geschützten Rahmen. Im Weiteren wies Dr. med. D. _____ darauf hin, beim Beschwerdeführer müsse eine neurokognitive Abklärung vorgenommen werden. Eine entsprechende Untersuchung ist bis zum Urteilszeitpunkt nicht aktenkundig.

E. 5.3

Das pluridisziplinäre ZMB-Gutachten beinhaltet eine psychiatrische, neurologische und allgemeinmedizinische Begutachtung, jedoch keine neuropsychologische Begutachtung. Dies obwohl Dr. med. D. _____ in seinem Gutachten vom 25. Juni 2008 darauf hinwies, dass beim Beschwerdeführer eine neurokognitive Abklärung vorgenommen werden müsste und obwohl, wie Dr. med. E. _____ in seiner Stellungnahme vom 9. August 2012 einräumte, es dem heutigen Standard in der Neurorehabilitation Hirnverletzter entspricht, neben einer neurologischen und klinisch-psychiatrischen Untersuchung eine neuropsychologische Untersuchung durchzuführen. Dem kann sich das Bundesverwaltungsgericht anschliessen, zumal die Notwendigkeit einer solchen Untersuchung in mehrfacher Hinsicht zu bejahen ist:

E. 5.3.1

Die Neuropsychologie ist ein wissenschaftliches und klinisches Fach, das als Schnittstelle und Verbindungsglied zwischen der Neurologie, Neurobiologie und Psychologie die Wechselwirkungen zwischen Gehirn, Verhalten und Kognition untersucht und behandelt. Hierbei werden die Erkenntnisse der modernen Neurobiologie und kognitiven Neurowissenschaften gewinnbringend umgesetzt, um die Diagnostik neuropsychologischer Störungen bzw. Auffälligkeiten zu verbessern (Diagnostik), neuropsychologische Störungen bzw. Auffälligkeiten zu behandeln (Therapie), und eine bessere Lebensperspektive für Patienten mit neuropsychologischen Auffälligkeiten zu entwickeln (Lebensqualität). Vor dem Hintergrund der zunehmenden Erkenntnis bezüglich der Funktionsweise des Gehirns werden im Rahmen der neuropsychologischen Diagnostik folgende psychische Funktionen objektiv untersucht: Gedächtnis, Konzentration und Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Denken, Handlungsplanung, motorische Kontrolle, Sprache und Sprechen. Die neuropsychologische Diagnostik ist sehr stark an den Kenntnissen der Neurowissenschaften und Neurologie orientiert. Die neuropsychologische Diagnostik ist vor diesem Hintergrund u.a. geeignet, zur Unterstützung von psychiatrischen

und neurologischen Differentialdiagnosen (<http://www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/neuropsych/ambulanz.html>).

E. 5.3.2

Hinsichtlich von Unfällen mit traumatischen Hirnverletzungen - wie vorliegend beim Beschwerdeführer - hielt die SUVA in ihrer medizinischen Mitteilung Nr. 79, Seite 23, fest (<http://www.suva.ch/startseite-suva/unfall-suva/versicherungsmedizin-suva/suva-medical-suva.htm>), diese hätten für die Betroffenen häufig gravierende Folgen, da sie nicht selten zu Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungsfähigkeit führen und mit Veränderungen der Persönlichkeit einhergehen könnten. Dieses führe bei der Mehrzahl der Betroffenen zu einer reduzierten schulischen oder beruflichen Leistungsfähigkeit. In ihrer medizinischen Mitteilung Nr. 78, Seite 78, 86 und 119, erklärte die SUVA, Neuropsychologie umfasse das Studium der Beziehungen zwischen Gehirn und Verhalten. Bei länger persistierenden Beschwerden empfehle es sich neben einer körperlich-neurologischen Untersuchung auch eine neuropsychologische Testung zu veranlassen. Spätestens, wenn eine Rückkehr zu normalen Alltags- und Berufsaktivitäten nicht mehr mit einfachen medizinischen Massnahmen zu erreichen seien, sei der Neurologe dafür verantwortlich, die Indikation für die weiterführende Diagnostik zu stellen. Diese umfasse eine Magnetresonanztomographie des Kopfes sowie eine neuropsychologische Abklärung.

E. 5.3.3

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind Beschwerden wie Kopfschmerzen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, sowie kognitiven Defizite und Wesensveränderungen Symptome, welche nach einem Schädelhirntrauma auftreten können (vgl. BGE 117 V 369). Bei der Beurteilung der Folgeschäden eines Unfalls mit einem leichten Schädelhirntrauma misst das Schweizerische Bundesgericht der neuropsychologischen Diagnostik Aussagewert zu (vgl. BGE 117 V 369 mit weiteren Hinweisen). Eine neuropsychologische Untersuchung nach Kopf- und Nackenverletzungen wird im einschlägigen Schrifttum als unentbehrlicher Bestandteil der neurologischen Gesamtbeurteilung bezeichnet (vgl. Urteil des Bundesgerichts 6B_417/2013 vom 5. November 2013, E. 7.2 mit Hinweisen auf die medizinische Fachliteratur). Nach der Rechtsprechung ist die neuropsychologische Abklärung für sich allein indes nicht geeignet, den Nachweis unfallbedingter, hirnorganischer Funktionsstörungen zu erbringen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 6B_417/2013 vom 5. November 2013, E. 7.2 mit Hinweisen). Folgerichtig wurde deshalb in den Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Invalidenversicherung im Zusammenhang mit der Nutzung von Zusatzdiagnostik betreffend der erweiterten (neuro-)psychologischen Testung sinngemäss festgehalten, bei der Notwendigkeit aufwendigerer Testverfahren, etwa zur Persönlichkeitsdiagnostik oder Feststellung des kognitiven Funktionsniveaus habe sich die Beauftragung eines hierin spezialisierten Psychologen oder Arztes als sinnvoll erwiesen. Deren Befunde seien als Zusatzbefunde in die ärztlich zu erfolgende gutachterliche Gesamtbeurteilung und versicherungspsychiatrische Würdigung einzubeziehen. Die Testberichte seien dem Gutachten im Original beizufügen.

E. 5.4

Entgegen der Ansicht von Dr. med. E. _____ sowie der Vorinstanz, kann nach dem Gesagten auf eine neuropsychologische Untersuchung nicht verzichtet werden mit der Begründung, dass im Vergleichszeitpunkt keine neuropsychologischen Tests durchgeführt

worden seien. Vielmehr hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht im Revisionszeitpunkt den 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 (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-3302/2010 vom 21. Januar 2013 E. 2.6 mit Hinweisen).

E. 5.5

Anlässlich der ZMB-Begutachtung wurden keine neuropsychologischen Testungen durchgeführt, welche anschliessend in der gutachterlichen Gesamtbeurteilung hätten gewürdigt werden können. Da bereits Dr. med. D. _____ im Jahre 2008 darauf hinwies, dass beim Beschwerdeführer neurokognitive Tests durchgeführt werden müssten und durchaus Anzeichen für neuropsychologische Probleme wie zum Beispiel Kopfschmerzen, Wortfindungsstörungen, verlangsamter Gedankengang und Wesensveränderung bestehen, hätte im vorliegenden Fall eine neuropsychologische Testung neben der allgemeinmedizinischen, neurologischen und psychologischen Begutachtung durchgeführt werden müssen. Der Beschwerdeführer machte Kopfschmerzen geltend, welche sich vorwiegend abhängig von physischen und psychischen Belastungen, beim längeren Sprechen, beim Lesen, jedoch auch beim raschen Gehen manifestieren würden. Die Gutachter führten diese Beschwerden in ihrem Gutachten zwar auf (vgl. ZMB-Gutachten Ziffer 4.2.2), setzten sich jedoch nicht genügend mit den daraus folgenden Einschränkungen auseinander. Der Beschwerdeführer hat auch Gleichgewichtsprobleme geltend gemacht, welche sich durch kurze Phasen von Unsicherheit beim Gehen, sowie bei Haltungsänderungen im Stehen manifestierten (vgl. ZMB-Gutachten Ziffer 4.2.2). Das Ausmass dieser Einschränkung und deren Auswirkung auf noch zumutbare Tätigkeiten wurde nicht hinreichend thematisiert. Bezüglich der wiederholt geltend gemachten Wesensveränderung wird für den medizinischen Laien auf Grund der Aktenlage nicht klar, welche konkreten Abklärungen getätigt wurden, namentlich, ob es sich um eine alkoholische Wesensveränderung handelt wegen einer alkoholtoxischen Grosshirnatrophie. Somit kann auf das ZMB-Gutachten nicht vollumfänglich abgestellt werden.

E. 5.6

In den Akten finden sich auch keine anderweitigen neuropsychologischen Begutachtungen. Damit ist der medizinische Sachverhalt nicht genügend abgeklärt. Mangels einer umfassenden medizinischen Abklärung ist es dem Bundesverwaltungsgericht nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b) zu beurteilen ob und gegebenenfalls ab wann und in welchem Ausmass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers rentenrelevant verändert hat. Deshalb ist der Beschwerdeführer in Ergänzung zum ZMB-Gutachten oder im Rahmen einer neuen multidisziplinären Begutachtung neuropsychologisch zu untersuchen.

E. 6

Von der Frage der Arbeitsfähigkeit ist die Frage der Eingliederungsfähigkeit zu unterscheiden. Die Verwaltung hat vorgängig abzuklären, ob und in welchem Mass der Versicherte infolge seines Gesundheitszustandes auf dem ihm nach seinen Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbarerweise erwerbstätig sein könnte und die Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten

vermag (vgl. zum Ganzen Urteile des Bundesgerichts 9C_368/2010 vom 31. Januar 2011 E. 5.1; 9C_921/2009 vom 22. Juni 2010 E. 5.3; 9C_141/2009 vom 5. Oktober 2009 E. 2.3). Aus den Akten ist nicht ersichtlich, dass die Vorinstanz die Frage der Eingliederungsfähigkeit im Revisionszeitpunkt geprüft hätte.

E. 7.1

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass gestützt auf die vorliegenden Akten nicht abschliessend beurteilt werden kann, ob im Revisionszeitpunkt eine rentenrelevante Verbesserung der gesundheitlichen Beschwerden vorlag, da die Auswirkungen der multiplen Beschwerden des Beschwerdeführers auf die Arbeitsfähigkeit im Revisionszeitpunkt mangels neuropsychologischer Untersuchung nicht beurteilt werden kann und keine Prüfung der Eingliederungsfähigkeit vorliegt. Die Vorinstanz hat somit den rechtserheblichen Sachverhalt nicht vollständig festgestellt und gewürdigt (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG).

E. 7.2

Die Rechtsmittelinstanz kann die Sache an die IV-Stelle zurückweisen (Art. 61 Abs. 1 VwVG), sofern dies allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210, E. 4.4.1.4). Dementsprechend ist die Vorinstanz anzuweisen, eine medizinische Begutachtung in neuropsychologischer Hinsicht bei Spezialärzten (und/oder Spezialärztinnen) durchführen zu lassen. Dabei bleibt ihr überlassen, ob sie das vorhandene ZMB-Gutachten mit einem neuropsychologischen Gutachten ergänzen lassen will, oder ob sie ein neues multidisziplinäres medizinisches Gutachten in psychiatrischer, neurologischer und neuropsychologischer Hinsicht bei Spezialärzten (und/oder Spezialärztinnen) anordnen will. Im Rahmen dieser Abklärungen sind die Fragen hinsichtlich der Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers und hinsichtlich ihres bisherigen Verlaufs abzuklären und ein rechtsgenügendes Zumutbarkeitsprofil erstellen zu lassen. Nach Vorliegen des entsprechenden gutachterlichen Berichtes und der Klärung der Frage der Eingliederungsfähigkeit hat die Vorinstanz neu zu verfügen. In diesem Sinn ist die Beschwerde gutzuheissen.

E. 8

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung sowie über das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege.

E. 8.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E 6) gilt, sind dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Dementsprechend ist das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gegenstandslos und abzuschreiben. Der unterliegenden Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

Die Beschwerdeinstanz kann gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen. Dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer ist mit Blick auf den notwendigen Aufwand zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.- (inkl. Auslagen und inkl. MWST) zuzusprechen (vgl. Art. 9 ff. und Art. 14 Abs. 2 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Auch in dieser Hinsicht ist das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gegenstandslos und abzuschreiben. Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.

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