

BVGer C-4633/2016 vom 29. Mai 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-05-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4633_2016

FR: TAF C-4633/2016 du 29 mai 2019

IT: TAF C-4633/2016 del 29 maggio 2019

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1.1

Einleitend ist Folgendes festzuhalten: Seit 2002 lebte der Beschwerdeführer mit seiner Familie in Tansania (vgl. IV-act. 212, IV-act. 221-224; vgl. auch B-act. 1 S. 1 und 6). Am 23. März 2017 teilte die Schweizer Botschaft in Tansania dem Bundesverwaltungsgericht mit, dass der Beschwerdeführer in der Zwischenzeit in der Schweiz wohnhaft sei (vgl. B-act. 18). Am 3. April 2017 teilte dieser dem Gericht seine permanente Adresse in der Schweiz mit (vgl. B-act. 20; vgl. auch B-act. 22). Bei dieser Aktenlage ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bei Eröffnung des vierten Revisionsverfahrens (17. September 2012) bis zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung (27. Juli 2016) seinen gewöhnlichen Aufenthalt und Wohnsitz (gemäss Art. 13 ATSG [SR 830.1]) in Tansania hatte und beide erst im Verlauf des Beschwerdeverfahrens in die Schweiz verlegt hat.

E. 1.2

Unter diesen Umständen war die IVSTA zur Eröffnung, Durchführung und zum Abschluss des Revisionsverfahrens mittels Verfügung zuständig (vgl. Art. 88 Abs. 1 IVV [SR 831.201] i.V.m. Art. 40 Abs. 1 Bst. b und Abs. 3 IVV). Der Beschwerdeführer hat weder vor der Vorinstanz noch im Beschwerdeverfahren die örtliche Zuständigkeit der IVSTA in Frage gestellt.

E. 2.1

Da eine Verfügung der IVSTA angefochten ist, wird die Beschwerde gemäss Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) in Verbindung mit Art. 5 VwVG vom Bundesverwaltungsgericht beurteilt.

E. 2.2

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG anwendbar ist, wie dies vorliegend der Fall ist (vgl. Art. 1 Abs. 1 IVG).

E. 2.3

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen. Er ist durch die ihn betreffende Verfügung berührt und hat ein schutz-würdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht

eingereicht und der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG i.V.m. Art. 38 ATSG, Art. 52 VwVG und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 2.4

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen (teilweise) gutheissen oder den angefochtenen Entscheid auch mit einer von der Vorinstanz abweichenden Begründung (teilweise) bestätigen (vgl. Urteil des BGer 2C_393/2015 vom 26. Januar 2016 E. 1.2; BGE 132 II 47 E. 1.3 m.H.; für viele: Urteil des BVGer C-3268/2016 vom 2. November 2017 E. 1.4 m.H.).

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist Schweizer Staatsbürger (vgl. IV-act. 5 S. 1); zudem besteht mit Tansania kein Sozialversicherungsabkommen. Daher kommt vorliegend Schweizer Recht zur Anwendung.

E. 3.2

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - diejenigen materiellen Rechtssätze anzuwenden, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). 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). Rechts- und Sachverhaltsänderungen, die nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 21. Juni 2016) eingetreten sind, sind im vorliegenden Verfahren grundsätzlich nicht zu berücksichtigen (vgl. BGE 121 V 366 E. 1b, BGE 130 V 329, BGE 130 V 64 E. 5.2.5 sowie BGE 129 V 1 E. 1.2, je mit Hinweisen).

E. 4.1

Die Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes hat nach dem Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen zu erfolgen (Art. 12 VwVG). Auch das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhaltes zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2; BGE 122 V 157 E. 1a, je m.w.H.) und der Rügemaxime, wonach der angefochtene Akt nicht auf sämtliche denkbaren Mängel hin zu untersuchen ist, sondern das Gericht sich nur mit jenen Einwänden auseinandersetzen muss, die in der Beschwerde thematisiert wurden (vgl. Urteil des BVGer C-5196/2013 vom 5. Januar 2016 E. 6.2 m.H.).

E. 4.2

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b; 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 4.3

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 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4). Dabei obliegt die Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit (z.B. nur sitzende oder stehende Arbeiten, nur beschränktes Heben/Tragen von Lasten, Arbeit im Freien oder in geheizten Räumen u.a.) den Ärzten, wogegen die von der IV-Stelle gegebenenfalls heranzuziehenden Fachleute der Berufsberatung bestimmen können, welche ganz konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der ärztlichen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen (Urteil des BGer 9C_833/2007 vom 4. Juli 2008 E. 3.3.2 m.H.). Die rein wirtschaftlichen und rechtlichen Beurteilungen, insbesondere im Zusammenhang mit der Bestimmung der Erwerbsfähigkeit, obliegt dagegen der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht (zur antizipierten Beweiswürdigung und objektiven Beweislast vgl. Urteil des BVGer C-3268/2016 vom 2. November 2017 E. 3.2 m.w.H.).

E. 4.4

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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Auch den 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 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee und BGE 122 V 157 E. 1d).

E. 4.5.1

Aufgabe des ärztlichen Dienstes der IVSTA (wie auch des regionalen ärztlichen Dienstes [RAD]) ist es, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Der ärztliche Dienst hat die vorhandenen Befunde nach Massgabe des schweizerischen Rechts aus versicherungsmedizinischer Sicht zu würdigen. Dessen Stellungnahme kommt insbesondere dann besondere Bedeutung zu, wenn keine Berichte von Sachverständigen

vorliegen, die mit den nach schweizerischem Recht erheblichen versicherungsmedizinischen Fragen vertraut sind, sondern eine Vielzahl von Berichten behandelnder sowie vom heimatlichen Versicherungsträger beauftragter Ärztinnen und Ärzte (vgl. Urteil des BVer C-6027/2014 vom 8. Februar 2016 E. 3.2.1; vgl. auch Urteile des BVer C-5655/2015 vom 22. Juni 2017 E. 4.7 und C-7367/2016 vom 1. März 2018 E. 6.2.2).

E. 4.5.2

Die Stellungnahmen des ärztlichen Dienstes (und auch des RAD) müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht (vgl. oben E. 4.4) genügen. Die Ärztinnen und Ärzte müssen über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. Urteil des BVer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a; Urteil des BVer 9C_904/2009 vom 7. Juni 2010 E. 2.2). Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Ärztinnen und Ärzte ihre Beurteilungen nicht aufgrund eigener Untersuchungen abgeben, sondern lediglich die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen haben. Ihre Stellungnahmen können - wie Aktengutachten - beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BVer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 und 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 m.w.H.; vgl. auch Urteil C-7367/2016 E. 6.2.3). Auf das Ergebnis der RAD-Berichte kann nicht abgestellt werden, und es sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (vgl. Urteil des BVer 8C_452/2016 vom 27. September 2016 E. 3 m.w.H.).

E. 5.1

Nach dem Gesetz setzt der Anspruch auf eine Invalidenrente Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) und Invalidität (Art. 8 ATSG) voraus (Art. 28 Abs. 1 IVG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte volle oder teilweise Unfähigkeit, zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 ATSG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen.

E. 5.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG 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. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die

ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht staatsvertragliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Dies stellt laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung und keine blosser Auszahlungsvorschrift dar (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Mangels anwendbaren Staatsvertrags und weil der Beschwerdeführer im massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Revisionsverfügung seinen gewöhnlichen Aufenthalt und Wohnsitz nicht in der Schweiz hatte, muss er gemäss Art. 29 Abs. 4 IVG im Zeitpunkt der angefochtenen Revisionsverfügung einen IV-Grad von mindestens 50 % aufweisen, um Anspruch auf eine schweizerische IV-Rente zu haben.

E. 5.3

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 Revision von Invalidenrenten gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich. Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 m.H.). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGer 9C_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 mit Hinweis; vgl. zum Ganzen Urteil des BVer C-2748/2016 vom 7. März 2018 E. 4.5).

E. 5.4

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte - der versicherten Person eröffnete - rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und - bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens - Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4). Wie das Bundesgericht in BGE 133 V 108 weiter ausführte, könne an der Rechtsprechung gemäss BGE 109 V 265 E. 4a, soweit sie bisher dahin verstanden wurde, dass "bestätigende" Verfügungen auch dann für den revisionsrechtlich erheblichen Vergleichszeitraum unbeachtlich blieben, wenn ihnen - im Unterschied zu Nichteintretensentscheiden oder Mitteilungen laufender Rentenzahlungen in Verfügungsform - eine eigentliche, materielle Anspruchsprüfung voranging, nicht festgehalten werden (E. 5.3.2). Auch eine blosser Mitteilung, mit welcher die Verwaltung feststelle, es sei keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse eingetreten, könne zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden - unter der Voraussetzung, dass sie auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit

rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (Urteile des BGer 9C_586/2010 vom 15. Oktober 2010 E. 2.2, 9C_724/2012 vom 29. Oktober 2012 E. 2, je mit zahlreichen Hinweisen).

E. 5.5

Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat (vgl. Urteil des BGer 9C_143/2017 vom 7. Juni 2017 E. 4.1 m.H.; Urteil C-2748/2016 E. 4.7 m.H.; vgl. ausführlicher: Urteil des BGer 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4 und Urteil des BVGer C-2838/2014 vom 20. Mai 2015 E. 5.3.3 f., je m.H.).

E. 6.1

Zu prüfen ist vorliegend, ob die letzte Revisionsverfügung die Voraussetzungen erfüllt, um zeitliche und inhaltliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage zu sein, ob bis zum Abschluss des vorliegenden Verfahrens eine anspruchsrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (vgl. E. 5.4 f.).

E. 6.2

Zuletzt revidierte die IVSTA die IV-Rente mit Revisionsverfügungen vom 27. Juni 2008 (Zusprache einer ganzen Rente ab 1. März 2007). Im Hinblick darauf nahm sie einen Fragebogen des Versicherten vom 7. Dezember 2007 (IV-act. 50) sowie namentlich die folgenden medizinischen Unterlagen zu den Akten:

E. 6.2.1

Am 5. Dezember 2007 führte Dr. J. _____ (Senior Medical Consultant, K. _____ Hospital, Tansania) zuhanden der IVSTA in zwei orthopädisch-psychiatrischen Berichten die folgenden Diagnosen an (vgl. IV-act. 52 S. 1-4, S. 7 f.): Fraktur des Wirbelkörpers L2, minimale posttraumatische Hirndysfunktion, Myalgien, Depression mit zeitweise schweren Episoden und Angststörung. Er sei seit fast fünf Jahren der Arzt des Beschwerdeführers und dessen Familie und habe diesen während dieser Zeit begleitet. Zeitweise leide der Beschwerdeführer unter schweren Rücken- und Nackenschmerzen. Im Alltag könne der Beschwerdeführer nicht mehr als 30 Minuten lang bei einer Bank oder auf hartem Boden stehen. Er habe Mühe mit dem Anheben seiner Hände und könne nicht mehr als 15 Minuten mit angehobenen Armen arbeiten. Eine physische Untersuchung sei vorgenommen worden, Dr. J. _____ habe aber keinen Anlass für die Durchführung einer neuen Serie von Röntgenbildern des Rückens gesehen. CT und MRI stünden in (...) nicht zur Verfügung. Klinisch habe der Beschwerdeführer eine reduzierte lumbale Lordose und eine sehr geringe Skoliose. Allgemein habe er verspannte Muskeln, speziell im Nacken, und weiche Sehneninsertionen in den Schultern. Seine lumbale "excursion" (recte wohl: "exertion") sei reduziert. Und es scheine, dass der mittlere Teil seiner lumbalen Wirbelsäule sich als Block bewege. Psychisch leide der Beschwerdeführer immer noch unter einer Depression und einer Angststörung als Resultat des 1991 erlittenen Autounfalls. Dieser wiederhole sich oft

in seinen Gedanken und der Beschwerdeführer trage ihn die meiste Zeit in seinen Gedanken mit sich herum. Nach mehr als 15 Jahren sei nicht zu erwarten, dass sich dieser Teil seiner psychischen Befindlichkeit erheblich ändern werde. Aufgrund der geschilderten physischen Beeinträchtigungen und der resultierenden Unfähigkeit, seinen Beruf auszuüben, habe der Beschwerdeführer (zudem) eine immer noch zunehmende (sekundäre) Depression entwickelt - nicht als direktes Resultat des Unfalls, sondern wegen des Verlusts an Selbstvertrauen und dem Gefühl, nichts Gewinnbringendes oder Nützliches leisten zu können. Dies sei über die Jahre hinweg ein konstant zunehmendes Problem geworden. Diese Aussage beruhe auf einer klinischen Beurteilung, aber auch auf MADRS-Werten (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale [ein Fragebogen zur Fremdbeurteilung des Schweregrads eines depressiven Syndroms]). Vor drei Jahren sei der MADRS-Wert 20-22 gewesen, jetzt 25-26. Die physischen Beschwerden würden in Stresssituationen verschlimmert, da der Beschwerdeführer nur über eine beschränkte Fähigkeit zum Umgang mit Stress verfüge. Zusätzlich leide er unter einer leichten Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen, vor allem des Kurzzeitgedächtnisses und der Konzentrationsfähigkeit. Dies erhöhe wiederum den Stresslevel, und er gelange in einen Teufelskreis. Dr. J. _____ habe auch zuhause beim Beschwerdeführer beobachtet, dass dieser während Arbeiten in der Küche an erhöhter Ermüdung und nach 15-30 Minuten offensichtlich an Schmerzen im unteren Rücken und im Nacken- und Schulterbereich leide. Er hantiere etwas ungeschickt und erinnere sich nicht, wo er die jeweils benötigten Kochutensilien hingelegt habe. Das belaste ihn, was wiederum negative Auswirkungen auf die kognitiven Funktionen habe. Unter diesen psychischen Umständen sei die Arbeit in einer Restaurantküche nicht möglich. Übrigens sei - wie bei der Depression - auch die Entwicklung der kognitiven Funktionen negativ verlaufen. Der Beschwerdeführer wäre absolut ein Kandidat für medizinische Behandlung, wenn ein adäquates Medikament vor Ort erhältlich wäre. Das einzig erhältliche Antidepressivum sei Amitryptilin. Zusätzlich gebe es Diazepam/Valium und Chlorpromazin/Largactil. Moderne Medikamente der SSRI-Klasse und damit verwandte Medikamente seien nicht erhältlich. Angesichts der Nebenwirkungen und des gesteigerten Risikos anfänglicher suizidaler Gedanken und Handlungen sehe Dr. J. _____ jedoch von einer Medikation mit vorhandenen Medikamenten ab. Stattdessen bestehe die Behandlung aus regelmässigen, psychologisch unterstützenden Gesprächen. Diese schienen den Beschwerdeführer in einer Art und Weise zu stützen, dass er sozial aktiv bleiben und am gesellschaftlichen Leben teilnehmen könne und sich nicht im Haus oder einem Zimmer einschliesse und isoliere. Das Hauptproblem sei mit der beschriebenen resultierenden Depression und den kognitiven Einschränkungen verbunden. Der Beschwerdeführer sei bereits aus psychologischen Gründen zu 100 % arbeitsunfähig als Koch. Angesichts der geringen Stresstoleranz, der kognitiven Einschränkungen und der physischen Einschränkungen, vor allem im unteren Rücken, Nacken und Schulter, sei es schwierig bzw. unmöglich, den Beschwerdeführer in einen anderen Beruf einzugliedern.

E. 6.2.2

In seiner Stellungnahme vom 22. Februar 2008 (IV-act. 55) listete Dr. med. L. _____ (Allgemeinmediziner FMH) des medizinischen Dienstes der IVSTA als aktuelle Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit häufig rezidivierende, zum Teil schwere depressive Episoden, einen Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung und einen Status nach Lendenwirbeltrauma mit verbleibendem lumbosakralem Syndrom. Er führte aus, dass nach den ausführlichen und nachvollziehbaren Ausführungen des Gutachters Dr. J. _____ sich neben der leicht verschlechterten orthopädischen Situation vor allem eine schwere

chronifizierte depressive Symptomatik etabliert habe. Diese scheine den Versicherten so stark zu beeinträchtigen, dass der Gutachter ihn ab dem 1. Januar 2006 für vollständig arbeitsunfähig für jegliche berufliche Tätigkeit einstuft. Auch Dr. L._____ beurteilte eine Verweistätigkeit für unzumutbar. Er beurteilte das Gutachten als ausgezeichnet, fundiert und umfassend. Es sei einem Spezialarztgutachten für orthopädische und psychiatrische Expertise gleichzusetzen. Daher könne ein Abweichen davon nicht begründet werden. Damit sei festzustellen, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum Bericht von Dr. A._____ [recte: Dr. I._____] vom 27. September 2003 (IV-act. 39) vorliege.

E. 6.3

Dem Beschwerdeführer wurde daraufhin eine ganze Invalidenrente ab 1. März 2007 zugesprochen mit der Begründung, dass die Invalidität sich verschlimmert habe und dem Beschwerdeführer seit dem 1. Januar 2006 gar keine Tätigkeit mehr zugemutet werden könne (IV-act. 61 f.). Auch vorliegend geht die IVSTA von einer damaligen "generellen vollständigen Arbeitsunfähigkeit" aus (vgl. B-act. 4 S. 2).

E. 6.4

Unter den gegebenen Umständen erfüllen die Rentenverfügungen vom 27. Juni 2008 die Voraussetzungen, um Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, zu sein. Insbesondere sind keine Anzeichen dafür ersichtlich, dass die Beweiswürdigung nicht rechtskonform vorgenommen worden wäre. Angesichts der Verneinung jeglicher Arbeitsfähigkeit bestand auch kein Anlass zur Durchführung eines Einkommensvergleichs. Schliesslich ist hervorzuheben, dass die Verfügungen zu einer IV-Rentenerhöhung führten. Daher sind als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades die Verfügungen vom 27. Juni 2008 massgebend. Ihnen sind die ärztlichen Feststellungen am 21. Juni 2016 (Zeitpunkt der angefochtenen Revisionsverfügung) gegenüberzustellen.

E. 7.1

Mit der vierten Revisionsverfügung vom 21. Juni 2016 (IV-act. 228) hob die IVSTA die IV-Rente des Beschwerdeführers per 1. August 2016 auf. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass die ursprüngliche Rentenzusprache aufgrund rheumatologischer Beschwerden erfolgt sei. Die zwischenzeitliche Verschlechterung und Erhöhung der Invalidenrente sei aufgrund psychischer Beschwerden erfolgt. Mit rheumatologisch-psychiatrischem Gutachten vom 31. März 2015 sei erkannt worden, dass die psychischen Beschwerden nicht mehr vorlägen und sich der Zustand des Beschwerdeführers verbessert habe. Die rheumatologischen Beschwerden seien nach wie vor vorhanden. Es bestehe noch eine Gesundheitsbeeinträchtigung, die zu den folgenden Funktionseinschränkungen führe: keine schweren Arbeiten mit Heben von Gewichten über 15 kg und sich wiederholende Rotationsbewegungen des Oberkörpers. Die Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Koch betrage 50 %, jene in der Ausübung einer den Funktionseinschränkungen angepassten Tätigkeit 20 %, mit einer Verminderung der Erwerbsfähigkeit von 37 %. Aufgrund der psychischen Ressourcen des Beschwerdeführers sei eine Selbsteingliederung in den Arbeitsprozess möglich und zumutbar.

E. 7.2

In seiner gegen die vierte Revisionsverfügung erhobenen Beschwerde macht der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, dass die aktuelle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten und in jeglicher Verweistätigkeit - aufgrund des Verweises im Gutachten N. _____/ M. _____ auf das Gutachten von Dr. E. _____ aus dem Jahre 1997 - maximal 50 % betrage. Eventualiter sei das Gutachten N. _____/ M. _____ als nicht schlüssig zu beurteilen, die angefochtene Verfügung aufzuheben, ein neues rheumatologisch-psychiatrisches Gutachten einzuholen und gestützt darauf neu über den Rentenanspruch zu entscheiden.

E. 7.3

Vorliegend ist somit in erster Linie umstritten und zu prüfen, ob die IVSTA die Verbesserung des Gesundheitszustandes und die damit verbundene Steigerung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zwischen dem 27. Juni 2008 und dem 21. Juni 2016 richtig festgestellt hat. Dazu sind folgende Berichte aktenkundig:

E. 7.3.1

In seinem Bericht vom 1. November 2013 (IV-act. 90 = IV-act. 157) führte Dr. med. J. _____ aus, dass er zwar nach Norwegen zurückgekehrt sei und dort arbeite. Aber er sei immer noch der Arzt des Beschwerdeführers. Er besuche häufig (...) (Tansania), wo der Beschwerdeführer lebe, und verfolge dessen Situation medizinisch. Im Vergleich zur von ihm beschriebenen Situation in 2007 gebe es keine Verbesserung. Der Beschwerdeführer leide weiterhin an chronischen lumbalen Schmerzen und reduzierter Mobilität des Rückens und ausstrahlenden Schmerzen im rechten Bein hinunter bis zum Fuss, sowie einer Wurzelbeeinträchtigung der Spinalnervenzwurzel L5 rechts. Die Symptome nähmen zu, wenn er - sogar während kürzeren Perioden - stehe, insbesondere wenn er sich leicht nach vorne bücke, was die hauptsächliche Körperhaltung eines Kochs sei. Ausserdem leide er an Kopf- und Nackenbeschwerden, ähnlich wie in Schleudertrauma-Fällen mit chronischen Schmerzen, an Kopfschmerzen, erhöhter Müdigkeit und Reizbarkeit in Stresssituationen, Perioden mit Schwindel und reduzierter Konzentrationsfähigkeit, sowie an bestimmten kognitiven Einschränkungen. Am 4. September 2013 sei er in (...) geröntgt worden. Das Röntgenbild der Wirbelsäule habe eine sekundäre spinale Degeneration als Spondylosis (degenerative Veränderung der kleinen Wirbelsäulengelenke) und eine Wirbelkompression L4 und L5 gezeigt. Ein MRI-Scan habe nicht gemacht werden können, da der Beschwerdeführer dafür nicht zum einzigen MR-Gerät in Tansania zugelassen worden sei. Er habe im November [recte: Oktober; vgl. IV-act. 156] 2008 erneut einen Autounfall gehabt. Er sei ins Spital gebracht worden, wegen eines Bruchs des rechten Vorderarms (welcher gegipst worden sei), mehreren Wunden und Blutergüssen, darunter ein Hämatom in der thorakolumbalen Region des Rückens, sowie wegen einer tief gelegenen Schmerzempfindlichkeit. Der Unfall habe keine neue Wirbelfraktur verursacht. Hingegen indizierten klare klinische Befunde weiche Gewebeerletzungen, eine Bänderzerrung und eine Wurzelbeeinträchtigung der lumbalen Wurzelnerven, welche in einem bestimmten Ausmass die aktuellen Symptome erklärten. Der Beschwerdeführer leide weiterhin an der 2007 von Dr. J. _____ rapportierten sekundären Depression als Resultat des Autounfalls im Jahre 1991 und der Aufgabe der Kochkarriere. Der Zustand des Beschwerdeführers sei dauerhaft. Es sei keine Verbesserung zu erwarten, sondern eine graduelle Verschlechterung. Eine sinnvolle Rehabilitation oder Wiederanstellung in einem anderen Beruf könne Dr. J. _____ nicht sehen.

E. 7.3.2

In seiner Stellungnahme vom 24. Februar 2014 (IV-act. 100) hielt Dr. med. P. _____ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie) vom Medizinischen Dienst der IVSTA in kritischer Würdigung des Berichts von Dr. J. _____ vom 1. November 2013 fest, dass dieser eine Depression diagnostiziere, obwohl die Fachgutachter in den Jahren 1997, 1999 und 2003 keine Depression festgehalten, sondern einzig eine somatoforme Schmerzstörung und eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert hätten. Es sei zudem kaum vorstellbar, dass sich eine sekundäre (abgeleitete) Depression zwölf Jahre nach einem Unfall verstärkt habe, obwohl der Beschwerdeführer seit dem Unfall im Jahre 1991 nicht mehr arbeite. Im neuesten Bericht würden die psychischen Symptome nicht beschrieben, eine psychiatrische Prüfung erfolge nicht. Zudem sei nicht überzeugend, dass trotz schwerer psychischer Symptome mit suizidalen Ideen keine Behandlung mit (wenn auch alten) Antidepressiva erfolge. Zudem erwähne Dr. J. _____ die (bereits früher) fachärztlich diagnostizierte somatoforme Störung nicht. Dr. P. _____ kam daher zum (aus Sicht des Gerichts überzeugenden) Schluss, dass für eine aktuelle Beurteilung eine psychiatrische und rheumatologische Begutachtung in der Schweiz notwendig sei. Es gebe keine aussagekräftigen klinischen Elemente, um mögliche psychische Probleme seit 2008 beurteilen zu können; zudem sei er im November (recte: Oktober) 2008 erneut Opfer eines Verkehrsunfalles geworden, mit einer Symptomatologie ähnlich derjenigen eines Schleudertraumas.

E. 7.3.3

In einem Schreiben vom 20. Dezember 2014 betreffend Reisefähigkeit erklärte Dr. J. _____ im Zusammenhang mit dem (erneuten) Verkehrsunfall vom 12. Oktober 2008, das Röntgen habe keine Fraktur am Rücken, aber am rechten Vorderarm gezeigt, dieser sei gegipst. Der Beschwerdeführer habe eine Hirnstauchung erlitten. Nach der Behandlung im Spital sei er nach ein paar Wochen fähig gewesen, für kürzere Zeit herumzugehen, er habe aber Probleme mit Sitzen und Stehen während längerer Zeit. Im Jahre 2010 sei Dr. J. _____ nach Norwegen zurückgekehrt, habe den Beschwerdeführer aber einige Male später gesehen, zuletzt im Frühling/Sommer 2014. Die Symptome und Funktionen hätten sich seit 2008 nicht verbessert, auch nicht bei späteren Treffen.

E. 7.3.4

Am 31. März 2015 erstellten Dr. N. _____ (FMH Innere Medizin und FMH Rheumatologie) und Dr. M. _____ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie) zuhanden der IVSTA ein bidisziplinäres, rheumatologisch-psychiatrisches Gutachten (IV-act. 180). Dieses umfasst - neben der Wiedergabe des Auftrags und einer Aktenauflistung (S. 2-9) - ein rheumatologisches Fachgutachten (S. 10-17; nachfolgend: rheumatologisches Teilgutachten), eine psychiatrische Untersuchung und Beurteilung (S. 18-26; nachfolgend: psychiatrisches Teilgutachten), und eine "Konsensbesprechung" der beiden Gutachter (S. 26) inklusive Konsens-Schlussfolgerung. In rheumatologischer Hinsicht nannte Dr. N. _____ als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (1) ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (M54.4) bei beginnender Segmentdegeneration L4/5 und L5/S1, weniger L3/4, bei Spondylarthrosen und leichter Chondrose, bei myostatischer Dysbalance mit Einschränkungen der Haltungsfunktion bei Abschwächung der autochthonen Rückenmuskulatur. Als Diagnosen ohne Auswirkungen führte er auf: (2) Kontusion der unteren Lendenwirbelsäule und des Sakrums (7.7.1991) bei Autoseit-Auffahrkollision von links ohne unmittelbare Traumafolgen, keine im Verlauf aufgetretenen degenerative Veränderungen mit Kausalität auf Unfallereignis, (3) Verdacht

auf retropatelläre Chondropathie rechtsbetont bei positiven Zohlen-Zeichen und retropatellärem Krepitieren (Reiben), bei mässigem Genu varu (O-Beine) beidseits, (4) Varusstellung der Rückfüsse sowie leichte Senkfussstellung, (5) Varusdeformität Unterarm rechts nach Unfall mit regelrechter Artikulation im Ellenbogen. In psychiatrischer Hinsicht hielt Dr. M._____ seinerseits folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest: (1) Rezidivierende depressive Episoden, z.Z. leichtgradig (ICD-10: F33.1); (2) Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4); (3) Akzentuierte Persönlichkeitszüge vom narzisstisch kränkbaren, aggressionsgehemmten, selbstunsicheren und sensitiven Typ (ICD-10: Z73.1). In ihrer Beurteilung hielten sie Folgendes fest: Aus rheumatologischer Sicht bestehe ein leichtes, lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei beginnender Segmentdegeneration L4/5 und L5/S1 beidseits bei Spondylarthrosen (Arthrose der kleinen Wirbelkörper) und leichter Chondrose (Abnutzung der Bandscheibenknorpel) der Lendenwirbelsäule. Diese Veränderungen könnten nicht als posttraumatisch auf das Unfallereignis vom 7. Juli 1991 zugeordnet werden. Dass eine lumbovertbrale und spondylogene Schmerzsymptomatik sich im Anschluss an das Unfallgeschehen über einige Tage aufgebaut und allenfalls auch über mehrere Wochen bis Monate persistiert habe, liege in der Natur von Kontusionen im Bereich der Lendenwirbelsäule und des Sakrums mit Verlust der myostatischen (Zusammenspiel Muskulatur) Kontrolle. Dies hätte jedoch im Normalverlauf auch gemäss aktueller Untersuchung sowie Röntgendokumentation innert sechs Monaten wiederum kompensiert sein sollen. Hier sei anzunehmen, dass die psychische Situation des Beschwerdeführers eine regelrechte Adaptation und Wiedereingliederung in das Erwerbsleben verhindert habe. Die Symptompräsentation sowie das subjektive Erleben der Schmerzen, welche nicht auf rein morphologische, strukturelle Schäden zurückgeführt werden könnten, seien hinweisend auf ein mögliches syndromales Beschwerdebild. Die psychiatrische Beurteilung könne hierfür eine somatoforme Schmerzstörung objektivieren und die somatische Beurteilung stützen. Aus somatischer Sicht sei sechs Monate nach dem Unfallereignis eine mittelschwere Tätigkeit zu 100% ausführbar und somit auch die angestammte Tätigkeit als Koch. Aus psychiatrischer Sicht bestünden beim Versicherten eine leichte depressive Episode, eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung und akzentuierte Persönlichkeitszüge, wie sie weiter oben ausführlich beschrieben worden seien. Es bestehe keine Differenz zu den Vorgutachten, weder auf diagnostischer Ebene noch im Hinblick auf die Bemessung der Arbeits- und Leistungsunfähigkeit. Berücksichtige man beim Exploranden die zumutbare Willensanstrengung, die funktionellen Einschränkungen, die durch die Psychopathologie verminderten psychischen Ressourcen, die objektiven Befunde und den bisherigen Verlauf, so müsse, wie bereits in den Vorgutachten, von einer 20%-igen Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgegangen werden, da der Explorand einen erhöhten Pausenbedarf und eine verlängerte Erholungszeit habe. Berufliche Massnahmen seien indiziert, wie sie oben beschrieben worden seien. Eine psychopharmakologische Behandlung sei nicht indiziert. Von einer psychotherapeutischen Behandlung könne eine Stabilisierung und eine Integration erwartet werden. Leider sei die psychotherapeutische Behandlung während der ersten Integrationsbemühung nicht fortgesetzt worden, was rückblickend unbedingt notwendig gewesen wäre. Nach eingehender Diskussion aller Befunde, dem bisherigen Verlauf und der Aktenlage kämen sie zum Schluss, dass die psychiatrische Beurteilung der Arbeits- und Leistungseinschränkung und deren künftiger Verlauf im Rahmen der Wiedereingliederung massgebend sei. Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer als Koch zu 100% arbeitsfähig, wobei intermittierend Traglasten

zu 15 kg nicht mehr als viermal stündlich zu heben seien. Eine schwere Tätigkeit mit repetitiven Rumpfdrehungen, -bewegungen sowie Heben von Gewichten vom Boden sowie über Brusthöhe mit Hochstemmen seien ungeeignet. Somit könne die Tätigkeit als Koch uneingeschränkt ausgeübt werden, retrospektiv sechs Monate nach Unfallereignis, also ab Februar 1992. Anschliessend könne für die bisherige wie auch eine adaptierte Tätigkeit bis mittelschwer, unter Vermeidung von repetitiven Rumpfbeugungen sowie Zwangshaltungen, eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert werden. In psychiatrischer Hinsicht sei Folgendes festzuhalten: Der Beschwerdeführer könne sich an Regeln und Routinen anpassen, planen und strukturieren, sei flexibel und umstellungsfähig. Er könne fachliche Kompetenzen anwenden (Koch, unter Auffrischung). Die Durchhaltefähigkeit sei zu Beginn einer Wiedereingliederung eingeschränkt, sollte dann aber zunehmen und sich normalisieren. Die Selbstbehauptungs-, Kontakt- und Gruppenfähigkeit sei gegeben. Der Beschwerdeführer habe familiäre Bindungen, die gut seien, er habe auch ausserberufliche Tätigkeiten, denen er nachgehe, die Selbstversorgung und die Wegfähigkeit seien gegeben. Unter Berücksichtigung dieser Aspekte, der Befunde, des Verlaufs und der funktionellen Einschränkungen, müsse davon ausgegangen werden, dass er aus psychiatrischer Sicht als Koch zu 20% beeinträchtigt sei (erhöhter Pausenbedarf, verlängerte Erholungszeit). Diesbezüglich bestehe Einigkeit mit der Beurteilung von Dr. E._____. In einer angepassten Tätigkeit ergebe sich dieselbe aus psychiatrischer Sicht bedingte Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. In der Schweiz bestünde eine Schadenminderungspflicht, als der Beschwerdeführer aktuell nicht in psychiatrischer Behandlung sei. In der Schweiz wären berufliche Massnahmen notwendig (Arbeitstraining, beginnend bei 60%, steigend auf 80%, Wiedereingliederung im 1. Arbeitsmarkt innert 8-12 Monaten). Danach sei von einer Arbeitsfähigkeit von 80% auszugehen.

E. 7.3.5

In seiner Stellungnahme vom 20. April 2015 (IV-act. 182) bestätigte Dr. P._____ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie) des Medizinischen Dienstes der IVSTA die im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. M._____ vom 31. März 2015 gestellten psychiatrischen Hauptdiagnosen (s. oben E. 7.3.4). Weiter führte er aus, die funktionellen Beeinträchtigungen beständen in einer leichten depressiven Episode, in einer Verminderung der Frustrationstoleranz, einem Mangel an emotionaler Flexibilität und einem geringen Selbstwertgefühl. Der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen Arbeitsfähigkeit seit dem Datum des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. M._____ zu 20 % arbeitsunfähig. Die Änderung des Gesundheitszustandes, die sich auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt habe, sei die Verbesserung der psychischen Beschwerden im Vergleich zum Jahr 2007: Die depressive Störung habe sich von einer schweren zu einer aktuell geringen Episode gewandelt.

E. 7.3.6

In seiner Stellungnahme vom 21. Mai 2015 (IV-act. 183) listete Dr. Q._____ (Rheumatologe) des Medizinischen Dienstes der IVSTA die folgenden Hauptdiagnosen auf: rezidivierende depressive Episoden, z.Z. leichtgradig (ICD-10: F33.1); anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4); akzentuierte Persönlichkeitszüge vom narzisstischen, vermeidenden selbstunsicheren und sensitiven Typ (ICD-10: Z73.1); lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.4) mit beginnendem degenerativen Aspekt L4-L5 und L5-S1, weniger L3-L4 bei Spondylarthrosen und leichter Chondrose, mit muskulärer Dysbalance mit Schwäche der paravertebralen Muskulatur. Als Diagnosen ohne

Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Fersenverstauchung (1980), Übergewicht (BMI: 29.5), eine lumbosakrale Kontusion bei einem Autounfall am 7. Juli 1991 ohne sekundäre degenerative Veränderungen, eine retropatellare Chondropathie rechts mit Zohlen-Zeichen und femurpatellarem Knirschen; moderate O-Beine, Plattfüsse und eine Varusdeformität des rechten Unterarms, posttraumatisch (2006 [recte: 2008]) auf. Aus rheumatologischer Sicht bestünden die folgenden allgemeinen funktionellen Einschränkungen: Tragen und Heben schwerer Lasten, wiederholtes Rumpfbeugen, vornübergebeugt unter Einhaltung der Regeln der Rückenpflege (vgl. IV-act. 183 S. 1). Im Gegensatz zum rheumatologischen Gutachter erachte Dr. Q. _____ den Beschwerdeführer für eine Arbeitstätigkeit als Koch seit dem 7. Juli 1991 und weiterhin zu 50 % arbeitsunfähig. Es könne nicht davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer - solange er nur leichte und mittelschwere Lasten und weniger als viermal stündlich schwere Lasten trage - als Koch ab Februar 1992 zu 100 % arbeitsfähig sei. Wie der Gutachter beurteile er den Beschwerdeführer aus muskuloskelettaler Sicht für eine leichte Verweistätigkeit als vollständig arbeitsfähig.

E. 7.3.7

Auf Ersuchen der IVSTA (vgl. IV-act. 194-197) nahm Dr. P. _____ des Medizinischen Dienstes der IVSTA am 27. Januar 2016 Stellung zu den gemäss neuer Rechtsprechung massgebenden Standardindikatoren (IV-act. 198). Bezüglich der Diagnosenstellung hielt er fest, dass die klinischen Beobachtungen mit den gestellten Diagnosen übereinstimmen. Auch das Aktivitätenniveau decke sich mit den medizinischen Feststellungen: Aktuell führt der Beschwerdeführer seinen Sohn von Montag bis Freitag zur Schule. Die Nachmittage verbringe er bis zur Rückfahrt in der Stadt, treffe andere Eltern, spaziere auf einem Golfkurs, kümmere sich zuhause um seinen grossen Garten und seine zehn Hunde. Er habe eine Beschäftigung im Rotaryclub am Wochenende, kümmere sich um Unterhaltsprojekte der Wege. Er nehme keine psychotropen Medikamente ein und sei nicht in psychiatrischer Behandlung. Hinsichtlich Behandlungserfolg/-resistenzen sei festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in der Vergangenheit an schweren Depressionen gelitten habe, die durchlaufenen Behandlungen hätten eine Verbesserung der Symptome ermöglicht. Aktuell, ohne Behandlung, seien die Symptome nur gering. Hinsichtlich möglicher Komorbiditäten hielt er fest, der Beschwerdeführer habe akzentuierte Persönlichkeitszüge des Typs narzisstisch, vermeidend, wenig selbstsicher, sensibel, die seine Eingliederungsfähigkeit einschränkten. In somatischer Hinsicht leide er an einem spondylogenen lumbalen Schmerzsyndrom (F54.4). Hinsichtlich der Kohärenz im Verhalten sei festzuhalten, dass er in seinen Alltagsaktivitäten nicht eingeschränkt sei. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass seine Arbeitsunfähigkeit in allen Aktivitäten von 70% auf 20% gesunken sei, seit 31. März 2015 (Zeitpunkt der Begutachtung). Dies liege an einer Besserung der rezidivierenden depressiven Störung und Abwesenheit behindernder funktioneller Einschränkungen als Folge der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (keine psychiatrische Behandlung, auch nicht medikamentös, geringe Einschränkungen im Alltagsleben). Er weise zudem zahlreiche psychische Ressourcen zur Wiedereingliederung in eine berufliche Tätigkeit auf (s. Stellungnahme vom 20. April 2015). In somatischer Hinsicht liege gemäss Stellungnahme von Dr. Q. _____ vom 21. Mai 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 50% seit 7. Juli 1991 in bisheriger Tätigkeit und eine solche von 0% in einer leichten Verweistätigkeit vor (IV-act. 198).

E. 7.3.8

Am 4. Mai 2016 nahm der Hausarzt, Dr. J. _____, ergänzend Stellung. Seit 2010 arbeite er wieder in Norwegen, seither sei es zu sporadischen Treffen mit dem Beschwerdeführer gekommen und bestehe regelmässiger E-Mail-Kontakt. Seit den früheren Stellungnahmen habe sich nur die psychologische Situation verändert, in Form einer schweren Verstärkung der Probleme, gestützt auf chronischen Schmerz und Depression wegen extrem stressender finanzieller Situation. Beim Unfall 2006 (recte: 2008) habe der Beschwerdeführer einem Jungen auf dem Fahrrad ausweichen müssen; er habe dabei keine Frakturen erlitten, aber die Rückenschmerzen hätten sich verstärkt. Als Folge dessen habe er seine Arbeit reduzieren oder zeitweise gar einstellen müssen. Er versuche auch Teilzeit zu arbeiten, sei dazu aber nicht fähig gewesen. Der Beschwerdeführer leidet nach wie vor an Rückenschmerzen. Hinzu kämen zunehmende psychologische Probleme. Aktuell seien sie schwerwiegend, weil er sich hoffnungslos fühle, da er sich nicht um die Familie kümmern könne. Es bestehe ein Suizidrisiko, obwohl der Beschwerdeführer es nicht ausdrücke. Es sei paradox, dass die psychologischen Probleme durch Institutionen entstanden seien, die da seien, um zu helfen. Als Fazit müsse festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig sei, aus somatischen Gründen (Rücken, Nacken) und wegen einer schweren Depression (IV-act. 215).

E. 7.3.9

Ergänzend nahm Dr. R. _____, Psychiater des medizinischen Dienstes, am 31. Mai 2016 Stellung zum Schreiben von Dr. J. _____ vom 4. Mai 2016 und zu den Standardindikatoren: Der Versicherte lebe ein recht reges Leben in Tansania: er arbeite im Garten, fahre das Kind zur Schule, hole es wieder ab. Er habe im Rotary Club gearbeitet, wo er für die Brücken zuständig sei. Er unterhalte vielfältige Beziehungen und sei aktiv im Leben. Die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde sei somit äusserst dürftig. Der Versicherte sei nicht in Therapie, halte diese auch nicht für nötig, von Behandlungserfolg oder -resistenz könne damit nicht die Rede sein. Ganz offensichtlich habe sich die vormals diagnostizierte depressive Verstimmung mit der Zeit remittiert und bestehe kaum mehr. Der Gutachter diagnostiziere denn auch eine leichtgradige Ausprägung. Eingliederungsbemühungen seien nie erfolgt. Es bestünden keine Komorbiditäten. Hinsichtlich der Persönlichkeit bestünden einige Auffälligkeiten, jedoch nicht so schwer, als sie einer Persönlichkeitsstörung gleichkämen. Deshalb diagnostiziere der Gutachter nachvollziehbar auch nur akzentuierte Persönlichkeitszüge. Der soziale Kontakt sei rege. Es bestehe keine Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, auch wenig Leidensdruck. Hinsichtlich der Schlussfolgerungen gehe er nicht mit dem Gutachter M. _____ einig: Die Arbeitsunfähigkeit von 20% auf psychiatrischem Gebiet werde mit auffälligen Persönlichkeitszügen begründet. Diese (Persönlichkeitszüge) würden jedoch nicht als invalidisierend gelten, auch nicht zu 20%. Der Beschwerdeführer sei in Tansania sozial gut integriert, er unterhalte vielfältige soziale Beziehungen; dies spreche eindeutig gegen eine Persönlichkeitsstörung. Selbst die auffälligen Persönlichkeitszüge könnten nicht stark sein. Allein seine Einstellung gegenüber einer allfälligen Arbeit sei auffällig. Eine leichte depressive Episode sei immer willentlich überwindbar. Selbst die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sei nur sehr leicht ausgebildet. Es liege eine volle Arbeitsfähigkeit in jeglicher Arbeit vor. Die somatoforme Schmerzstörung habe sich stark gelegt, zudem bestünden kaum noch depressive Symptome.

E. 8.1

Festzuhalten ist, dass das bidisziplinäre Gutachten der Dres. N._____ und M._____ grundsätzlich die Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts erfüllt (E 4.4). Die Expertise fusst auf einer bezüglich der relevanten ärztlichen Akten vollständigen Prüfung der Vorakten, einer eingehenden Erhebung der persönlichen und beruflichen Anamnese, einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers am 7. März 2015, einer Berücksichtigung der aktenkundigen Röntgenbilder und MRI, einer weitgehend überzeugenden und nachvollziehbaren Beurteilung, einer Auseinandersetzung mit (abweichenden) ärztlichen Beurteilungen und Aussagen zur Restarbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit und angepasster Verweistätigkeit. Die Ärzte kamen zum Ergebnis, dass aufgrund der Restbeschwerden eine Arbeitsunfähigkeit von 20% in jeglicher Tätigkeit vorliege.

E. 8.2

Jedoch enthalten die Sachverhaltsermittlungen der Vorinstanz, die schliesslich zur Rentenaufhebung führten, verschiedene Unstimmigkeiten, wie nachfolgend aufzuzeigen ist:

E. 8.2.1

Festzustellen ist zum einen, dass die Gutachter mehrfach den Revisionszeitpunkt nicht beachtet und ihre Überlegungen zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bis zum Ausgangszeitpunkt des 7. Juli 1991 ausgedehnt haben. Dies führt zum einen dazu, dass die Beurteilung, ob zwischenzeitlich eine relevante Änderung des Gesundheitszustandes eingetreten sei, nicht die rechtlich korrekte Zeitspanne (vgl. E. 6.4 und BGE 109 V 262 E. 4.a) berücksichtigt und im Gutachten fälschlicherweise wiedererwägungsrechtliche Überlegungen ("Ähnliche Veränderungen wurden bereits vor Jahren beschrieben und primär auf den Unfall zurückgeführt. Dies kann aktuell nicht nachvollzogen werden") angestellt wurden (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_700/2013 vom 26. Dezember 2013 E. 4). Zum anderen entsteht durch diese Vorgehensweise ein nicht aufzulösender Widerspruch - worauf der Beschwerdeführer zu Recht hinweist - insofern, als Dr. M._____ sich in seinen Ausführungen vollumfänglich der (früheren) Beurteilung von Dr. E._____ des D._____ (Gutachten vom 24. April 1997) anschliesst, die D._____ -Gutachter ihrerseits geschlossen hatten, die Arbeitsfähigkeit im Beruf als Koch als auch bei jeder anderen Tätigkeit betrage zum Zeitpunkt der Begutachtung ca. 50%. Rein orthopädisch könne von einer normalen Belastbarkeit der Wirbelsäule ausgegangen werden. Rücksicht zu nehmen sei auf die beschriebenen Persönlichkeitsfaktoren des Exploranden (vgl. dazu Bst. B.a und IV-act. 18 S. 19 f.). Dr. M._____ hatte in seiner Beurteilung aus psychiatrischer Sicht jedoch auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% in jeglicher Tätigkeit geschlossen und dies mit erhöhtem Pausenbedarf und verlängerter Erholungszeit begründet. Zwar ist aus Sicht des Gerichts zu bestätigen, dass in psychiatrischer Hinsicht eine Verbesserung des Gesundheitszustandes vorliegen dürfte, die eine Revision der laufenden ganzen Invalidenrente rechtfertigt. Jedoch bleibt unbeantwortet, ob die Arbeitsunfähigkeit mit der bidisziplinären Begutachtung auf 20% (Beurteilung Dr. M._____) oder 50% (Beurteilung Dr. E._____) gesunken ist. Letztlich käme die Berücksichtigung einer Arbeitsunfähigkeit von 20% einer unzulässigen abweichenden Beurteilung eines faktisch gleich gebliebenen bzw. (nach Abklingen der schweren depressiven Episode) früher bestehenden Gesundheitszustandes gleich (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_459/2012 vom 8. November 2012 E. 4.2.1). Insoweit als die D._____ -Gutachter die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anders begründen (aggressionsgehemmte, selbstunsichere, sensitive Persönlichkeit) als die Dres. N._____ und M._____ (erhöhter Pausenbedarf und

verlängerte Erholungszeit) kann zudem nicht ohne weiteres gesagt werden, die unterschiedliche Beurteilung des Arbeitsunfähigkeitsgrades liege in einer geänderten (strengerer) Rechtspraxis begründet, die im Rahmen einer nun festgestellten erheblichen Tatsachenänderung berücksichtigt werden dürfe.

E. 8.3

Festzustellen ist weiter, dass zwischen den gutachterlichen Einschätzungen der Restarbeitsfähigkeit und denjenigen des ärztlichen Dienstes der IVSTA in doppelter Hinsicht Differenzen bestehen. Zum einen hatte Dr. N._____ in seinem Fachgebiet geschlossen, dem Beschwerdeführer sei die Wiederaufnahme seiner bisherigen Tätigkeit als Koch uneingeschränkt zumutbar, sofern die genannten funktionellen Einschränkungen (kein Heben von Traglasten zu 15kg, mehr als viermal stündlich, keine schwere Tätigkeit mit repetitiven Rumpfdrehungen, -bewegungen sowie Heben von Gewichten vom Boden sowie über Brusthöhe mit Hochstemmen) beachtet würden. Diese Einschätzung verwarf Dr. Q._____ in seiner Stellungnahme vom 21. Mai 2015 insofern (IV-act. 183), als er sinngemäss davon ausging, die Tätigkeit als Koch könne nicht unter Ausklammerung der genannten funktionellen Einschränkungen ausgeübt werden; es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50%.

E. 8.4

Zum ändern führte Dr. R._____ des medizinischen Dienstes in seiner Stellungnahme vom 31. Mai 2016 (IV-act. 226) aus, die Arbeitsunfähigkeit von 20% auf psychiatrischem Gebiet werde mit auffälligen Persönlichkeitszügen begründet. Diese (Persönlichkeitszüge) würden jedoch nicht als invalidisierend gelten, auch nicht zu 20%. Der Beschwerdeführer sei in Tansania sozial gut integriert, er unterhalte vielfältige soziale Beziehungen; dies spreche eindeutig gegen eine Persönlichkeitsstörung. Selbst die auffälligen Persönlichkeitszüge könnten nicht stark sein. Allein seine Einstellung gegenüber einer allfälligen Arbeit sei auffällig. Eine leichte depressive Episode sei immer willentlich überwindbar. Selbst die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sei nur sehr leicht ausgebildet. Seines Erachtens liege eine volle Arbeitsfähigkeit in jeglicher Arbeit vor. Sowohl die somatoforme Schmerzstörung habe sich stark gelegt, als auch bestünden kaum noch depressive Symptome (IV-act. 226).

E. 8.5

Nun könnte zum einen geschlossen werden, dass die Vorinstanz bei der Berechnung des Invaliditätsgrades des Beschwerdeführers auf die Ausübung einer angepassten Verweistätigkeit abgestellt habe, weshalb die oben genannte Diskrepanz in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Koch vorliegend nicht beachtlich sei. Zum anderen liesse sich der Schluss ziehen, dass bereits die für den Beschwerdeführer günstigere Annahme einer Arbeitsunfähigkeit von 20% in angepasster Verweistätigkeit nicht zu einem rentenrelevanten Invaliditätsgrad führe, womit die unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen der akzentuierten Persönlichkeitszüge des Beschwerdeführers auf seine Arbeitsfähigkeit (zwischen Begutachtung vom 31. März 2015 und Beurteilung des ärztlichen Dienstes vom 31. Mai 2016) sich im Ergebnis nicht auswirke. Jedoch weist die Erhebung des revisionsrechtlich relevanten Sachverhalts vorliegend verschiedene Differenzen auf, die in ihrer Häufung und ihrem Ausmass bedeutend sind und sich nicht restlos mit juristischen Erklärungen auflösen lassen. Damit bleiben bedeutende Zweifel an der medizinisch-theoretischen Schätzung der

Arbeitsfähigkeit bestehen, die den Anforderungen an eine versicherungsmedizinisch schlüssige Beurteilung (vgl. E. 4.5.2) nicht zu genügen vermögen. Anzuführen bleibt, dass sich die unterschiedlichen Beurteilungen auch nicht (abschliessend) damit erklären lassen, dass eine neuerem Recht entsprechende Prüfung der Standardindikatoren zu einer umfassenderen Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit geführt hätte (vgl. bspw. Urteil BGer 8C_126/2018 E. 4.3); vorliegend erfolgte diese Prüfung durch den ärztlichen Dienst anhand der Akten und nicht durch die Gutachter und führte zu den genannten Abweichungen. In seinen Stellungnahmen vom 20. April 2015 und 27. Januar 2016 (IV-act. 182, 198) deklarierte Dr. P. _____ im Übrigen, der Beschwerdeführer verfüge über zahlreiche psychische Ressourcen, die ihm eine Wiedereingliederung in eine Erwerbstätigkeit ermöglichen würden. Worin diese psychischen Ressourcen bestehen, substantiierte er hingegen nicht.

E. 8.6

Ferner blieb zwischen Dr. M. _____ und dem ärztlichen Dienst umstritten, in welchem Ausmass sich die akzentuierten Persönlichkeitszüge (Diagnose: akzentuierte Persönlichkeitszüge vom narzisstisch kränkbaren, aggressionsgehemmten, selbstunsicheren und sensitiven Typ [Z73.1]) auf die Arbeitsfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten auswirken. Ungeprüft blieb dabei sowohl in der bidisziplinären Begutachtung als auch in den späteren Stellungnahmen des ärztlichen Dienstes, dass ebendiese Persönlichkeitszüge verantwortlich dafür waren, dass die Umschulungsbemühungen im Gastronomiebereich (Bürofachdiplom VSH [Fachrichtung Hotel] mit Ziel der späteren Anmeldung an der Höheren Gastronomie-Fachschule Thun; [IV-act. 2 S. 3]; Umschulung zum eidg. dipl. Gastronomiefachmann [IV-act. 9 S. 1]) in den Jahren 1993 bis 1995 scheiterten (vgl. D. _____-Gutachten vom 24. April 1997 [IV-act. 18 S. 16, 19, 21]).

E. 8.7

Schliesslich bleibt das Nachfolgende zu beachten: Nach ständiger Rechtsprechung ist im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Bei Versicherten, die bei der revisions- oder wiedererwägungsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente das 55. Altersjahr vollendet haben oder die eine Rentenbezugsdauer von mindestens 15 Jahren aufweisen, ist - von Ausnahmen abgesehen - eine Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar (Urteil des BGer 9C_231/2015 vom 7. September 2015 m. H. auf BGer 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3 m.H, in: SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220). Diesem Umstand Rechnung tragend muss sich die Verwaltung - sofern die versicherte Person das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente mehr als 15 Jahre bezogen hat - 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 (Urteil des BGer 9C_275/2014 vom 21. August 2014 E. 4.3 mit Hinweisen auf Urteile 9C_363/2011 vom 31. Oktober 2011 E. 3.1 m.H, in: SVR 2012 IV Nr. 25 S. 104; 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3-3.5, in: SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220; Zusammenstellung der Rechtsprechung in: Petra Fleischhanderl, Behandlung der Eingliederungsfrage im Falle der Revision einer langjährig ausgerichteten Invalidenrente, in: SZS 2012 S. 360 ff.; vgl. zum Ganzen Urteil des BVerfG C-39/2017 vom 22. November 2018 E. 5.1). In der vorliegenden Konstellation und unter Berücksichtigung der bereits

früher gescheiterten Umschulungsversuche in den Jahren 1993 bis 1995 infolge akzentuierter Persönlichkeitszüge (vgl. D. _____-Gutachten; IV-act. 18 S. 16, 19, 21) hätte die Vorinstanz betreffend die Zumutbarkeit einer Selbsteingliederung des Beschwerdeführers weitere Abklärungen vornehmen müssen, bevor sie die Rente des Beschwerdeführers einstellte. Der Sachverhalt erweist sich (auch) in diesem Punkt als nicht rechtsgenügend erstellt, weshalb die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen im obgenannten Sinne und dabei die subjektive Eingliederungsbereitschaft (vgl. Urteil des BGer 9C_368/2012 E. 3.1 vom 28. Dezember 2012 und Silvia Bucher, Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, 2011, Rz. 124 und 539), nötigenfalls unter Beizug einer Fachperson der beruflichen Integration und Berufsberatung (vgl. Urteil des BVGer C-5021/2015 vom 12. April 2017 E. 6.4.6), prüfe.

E. 9.1

Im Ergebnis erweist sich der medizinische Sachverhalt bis zum Verfügungserlass nicht rechtsgenügend abgeklärt. Die Angelegenheit ist daher an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie die notwendigen weiteren Untersuchungen und Abklärungen in die Wege leiten kann. Der Beschwerdeführer beantragt denn auch eventualiter die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und nach Vornahme weiterer Abklärungen, namentlich Einholen eines neuen rheumatologisch-psychiatrischen Gutachtens, dass neu über den Rentenanspruch entschieden wird (vgl. B-act. 1 S. 2, 5).

E. 9.2

Tatsächlich erscheint, um eine vollständige und umfassende Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu ermöglichen - nach Vervollständigung des medizinischen Dossiers (es fehlen die S. 10-11 des Gutachtens von Dr. H. _____ vom 4. Oktober 1999 [vgl. IV-act. 16 S. 9-10]) - die Durchführung einer interdisziplinären medizinischen Begutachtung in der Schweiz unumgänglich, dies in den Fachbereichen Rheumatologie und Psychiatrie, unter Prüfung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 und der Klärung der in E. 8 genannten Unstimmigkeiten. Ob neben den vorgenannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemessenen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Dabei wird zu entscheiden sein, ob angesichts der von Dr. J. _____ mehrfach beschriebenen und für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit relevant erklärten kognitiven Einschränkungen zusätzlich eine neuropsychologische Untersuchung erforderlich wird. Mit der polydisziplinären Begutachtung kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1; Urteil des BVGer C-2713/2015 vom 13. Oktober 2016 E. 5.1). Hinzu kommt aufgrund des in E. 8.7 Ausgeführten eine eingehende Abklärung der Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers - unter allfälligem Beizug einer Fachperson der beruflichen Integration und Berufsberatung.

E. 9.3.1

Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung des Sachverhaltes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ist unter diesen Umständen möglich, da sie in der notwendigen

Beantwortung der bisher ungeklärten Fragen nach den gesamthaften Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit, nach der effektiven Veränderung des Gesundheitszustands im Vergleich zum Referenzzeitpunkt und nach der Wiedereingliederungsfähigkeit begründet liegt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Hinzu kommt eine durch die Vorinstanz vorzunehmende Prüfung der Eingliederungsfähigkeit.

E. 9.3.2

Würde eine gravierend mangelhafte Sachverhaltsabklärung im Verwaltungsverfahren durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVerfG C-1582/2016 E. 5.4; C-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5). Ausserdem ginge dem Beschwerdeführer eine Instanz verloren.

E. 9.3.3

Damit ist von einer gerichtlich angeordneten Begutachtung abzusehen.

E. 10

Im Ergebnis ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Revisionsverfügung vom 21. Juni 2016 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägung 9.2 und schliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen ist. Unter diesen Umständen ist vorliegend von einer Prüfung des von der IVSTA vorgenommenen Einkommensvergleichs abzusehen. Insbesondere kann offen bleiben, ob die IVSTA - wie der Beschwerdeführer geltend macht - den Leidensabzug auf mindestens 15 % hätte festsetzen müssen.

E. 11

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 11.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils auf ein von ihm zu bezeichnendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 11.2

Der obsiegende Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. 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 (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). In Bezug auf den zu berücksichtigenden gebotenen und aktenkundigen Aufwand ist vorliegend festzuhalten, dass Probleme des rubrizierten Rechtsvertreters betreffend Kommunikation mit dem Beschwerdeführer und damit begründete Fristerstreckungsgesuche sowie

betreffend Mandatsniederlegung und -wiederaufnahme (vgl. insbesondere B-act. 7, 9, 10, 12, 22) nicht zu entschädigen sind und dass keine Replik eingereicht wurde. Unter weiterer Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer) angemessen.

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