

BVGer C-5067/2015 vom 8. März 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-03-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5067_2015

FR: TAF C-5067/2015 du 8 mars 2017

IT: TAF C-5067/2015 del 8 marzo 2017

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Als Adressat der angefochtenen Verfügung ist der Beschwerdeführer durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG [SR 172.021]); siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem ihm ausserdem die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 10. Juni 2015, mit welcher die Vorinstanz die bereits mit ihrer vorletzten Verfügung vom 6. April 2009 verfügte Aufhebung der dem Beschwerdeführer bisher geleisteten ganzen Invalidenrente per 1. Juni 2009 bestätigt hat. Streitig und vorliegend zu prüfen ist damit, ob die Aufhebung der Invalidenrente per 1. Juni 2009 zu Recht erfolgt ist oder ob der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat.

E. 3

Zunächst sind die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden rechtlichen Bestimmungen darzulegen.

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist spanischer Staatsangehöriger und lebt in Spanien, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu

gewährleisten. Soweit - wie vorliegend - weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4), was sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nicht geändert hat (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Demnach bestimmt sich vorliegend die Frage, ob der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung hat, alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 3.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 10. Juni 2015) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Diese sind indessen soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

E. 3.3

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Somit finden vorliegend jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 10. Juni 2015 in Kraft standen, weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 4.1

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. Das auf den Beschwerdeführer anwendbare FZA (vgl. E. 3.1) sieht diesbezüglich indessen eine Ausnahme vor. So können gestützt auf das FZA und seine Verordnungen - abweichend von Art. 29 Abs. 4 IVG - auch Viertelsrenten ins Ausland ausbezahlt werden, wenn der oder die Begünstigte nicht in der Schweiz, sondern in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union wohnt (vgl. 130 V 253 E. 2.3).

E. 4.2

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, BGE 125 V 256 E. 4).

E. 4.3

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, BGE 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des Bundesgerichts 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

E. 4.4

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange "nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit" der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4). Ein Parteigutachten besitzt demgegenüber nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder vom Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Es verpflichtet indessen das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (vgl. BGE 125 V 351) oder zumindest weitere Abklärungen angezeigt sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_412/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 4.2).

E. 4.5

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; Art. 86ter ff. IVV [SR 831.201]).

E. 4.5.1

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustands, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 m.w.H.). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar.

E. 4.5.2

Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Gegenstand des Beweises ist somit eine - den medizinischen Unterlagen zu entnehmende - entscheidungserhebliche Tatsachenveränderung. Eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrads der Störungen geführt haben (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 136 [Urteil des Bundesgerichts 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013] E. 6.1.3 m.H.). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, das heisst unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11).

E. 4.5.3

Als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrads ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht, und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (vgl. BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.).

E. 5

Vorliegend beurteilt sich die Frage, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, durch einen Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung (revisionsweise Bestätigung des bisherigen Rentenanspruchs mit Mitteilung vom 10. Mai 2005 [welche einer rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen ist; vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6763/2010 vom 11. Januar 2013 E. 4.1]) bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen, angefochtenen Verfügung vom 10. Juni 2015.

E. 5.1

Die Bestätigung der ganzen Rente mit Mitteilung vom 10. Mai 2005 basiert hauptsächlich auf der Stellungnahme des medizinischen Diensts der Vorinstanz vom 26. März 2005 (vgl. Sachverhalt Bst. B), welcher sich seinerseits auf den Arztbericht von Dr. D. _____ vom 25. Februar 2005 bezog. So führte Dr. med. G. _____ in seiner Stellungnahme aus, das neue Zeugnis von Dr. D. _____ erwähne eine Hospitalisation von Ende August 2004, die zuvor nicht bekannt gewesen sei. Hiernach bestehe offenbar eine ausgesprochene Anstrengungsintoleranz - auch von psychischer Seite her -, weshalb aus spezialärztlicher Sicht von jeglicher Arbeit abgeraten werde. Unter diesen Umständen bleibe die Arbeitsunfähigkeit unverändert. Als Diagnosen stellte Dr. med. G. _____ eine chronische koronare Herzkrankheit, bei Status nach Hinterwandinfarkt von 1995, einen Status nach aorto-koronarem Bypass vom 3. Oktober 1997 sowie eine persistierende Anstrengungsdyspnoe mit Panikattacke (zuletzt am 31. August 2004). Die Arbeitsunfähigkeit sei unverändert (IV-act. 99). Dr. med. D. _____, auf welchen sich Dr. med. G. _____ bezog, diagnostizierte im Arztbericht vom 25. Februar 2005 einen geringeren Myokardinfarkt des Jahres 1995. Als Vorbelastungen nannte er Alkoholismus,

arterielle Hypertension und Nikotinabhängigkeit. Der Versicherte sei 1997 operiert worden. Am 31. August 2004 sei er notfallmässig ins Spital eingetreten aufgrund einer durch Stress ausgelösten Angstattacke. Dr. D._____ stellte sodann eine Angina pectoris, Kurzatmigkeit bei Anstrengung sowie eine Adipositas fest. Dr. D._____ folgte daraus eine volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten (v.a. für stressvolle Arbeiten; IV-act. 95).

E. 5.2

Nachdem RAD-Arzt Dr. med. G._____ insbesondere eine unveränderte Arbeitsfähigkeit im Vergleich zum ursprünglichen Rentenfestsetzungsverfahren festgestellt hat, sind vorliegend ergänzend sowie zum Vergleich die in jenem Verfahren gemachten medizinischen Feststellungen zusammenfassend darzulegen. Die ursprüngliche Rentenzusprache basierte in somatischer Hinsicht auf der Diagnose einer schweren koronaren Dreifachherzkrankung und einem Status nach Hinterwandinfarkt (IV-act. 2, S. 2, 4, 5 und 7) mit der Folge einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit, das heisst einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen beruflichen Tätigkeit als Lagerarbeiter sowie einer verbleibenden Arbeitsfähigkeit in einer leichten (bis maximal mittelschweren) Verweisungstätigkeit (IV-act. 3 und 2, S. 1). Ein allfälliges Scheitern eines möglichen Arbeitseinsatzes könnte darin liegen, dass der Versicherte zu starke Angst habe (IV-act. 6). In psychischer Hinsicht stellte die Vorinstanz hauptsächlich auf das psychiatrische Gutachten vom 30. Juli 1999 ab. In jenem hatte Dr. med. M._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, noch eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.30), ein Erschöpfungssyndrom (Burnout-Syndrom, ICD-10 Z73.0) und einen Status nach Mangel an Entspannung (ICD-10 Z73.2) sowie nach Familienzerrüttung (ICD-10 Z63.5) diagnostiziert. Die koronare Herzkrankheit sei auf eine neurotisierende Vorgeschichte zurückzuführen. Insgesamt hatte er die Arbeitsfähigkeit auf maximal 20 % festgelegt (IV-act. 10).

E. 5.3

Die vorliegend angefochtene Verfügung vom 10. Juni 2015 basiert in medizinischer Hinsicht auf der gemäss dem Rückweisungsauftrag des Bundesverwaltungsgerichts vom 11. Januar 2013 durch die Vorinstanz neu eingeholten bidisziplinären Begutachtung.

E. 5.3.1

Im Gutachten vom 1. November 2013 führte Dr. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in der Anamnese aus, der Versicherte habe seit dem 21. Juli 1997 nicht mehr gearbeitet. Auch nach seiner Rückkehr nach Spanien sei er weiterhin keiner Arbeit mehr nachgegangen, dies nach eigenen Angaben auch aus dem Grund, dass er in Spanien eine Invalidenrente bezogen habe, welche es ihm verboten habe, nebenbei zu arbeiten. Aktuell schätze sich der Beschwerdeführer selbst für an seinen Gesundheitszustand angepasste berufliche Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig. Er sei nie aus psychiatrischen Gründen hospitalisiert gewesen und habe ebenfalls nie einen Psychiater konsultiert, da er sich nie psychisch krank gefühlt habe. Weshalb er das angstmindernde Beruhigungsmittel (Benzodiazepin) nehme, könne er nicht sagen. Seinen behandelnden Arzt sehe er jeden Monat, den Kardiologen einmal pro Jahr. In psychischer Hinsicht habe der Versicherte keine Klagen geäussert. Ebenso wenig verzeichne er Stimmungs-, Energie- oder Motivationstiefs. Ein Verlust des Selbstvertrauens oder Selbstverwürfe, gleichfalls wie Selbstmordgedanken seien ihm ebenfalls fremd. Hingegen leide er an Schlafstörungen und

an einem (altersbedingten) Verlust der Libido. Während der Untersuchung habe der Versicherte einen wachen, konzentrierten Eindruck gemacht. Das Gedächtnis sei normal, der Intellekt durchschnittlich. Es habe sich keine emotionelle Labilität bemerkbar gemacht. Ebenfalls hätten sich keine psychotischen Pathologien gezeigt. Insgesamt stellte Dr. H._____ weder Diagnosen mit noch solche ohne eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Es sei keine Persönlichkeitsstörung im Sinne der offiziellen psychiatrischen Klassifizierungen (ICD-10) auszumachen. Während der psychiatrischen Abklärung sei zwar eine leichte Ängstlichkeit sowie Anspannung auszumachen gewesen, was jedoch mit der Situation der medizinischen Untersuchung zusammenhängt und sich anschliessend während der Dauer des Untersuchungsverlaufs gebessert habe. Das Benzodiazepin sei möglicherweise vom behandelnden Kardiologen verschrieben worden, um einen Unruhezustand in Bezug auf den eigenen kardiovaskulären Zustand zu behandeln. Ein Alkoholproblem habe nach Auffassung des Versicherten nie bestanden. Dieser Aussage sei Glauben zu schenken, zumal ein Alkoholproblem in den weiteren medizinischen Unterlagen nicht erwähnt werde. Entgegen der Auffassung von Dr. D._____ sei der Versicherte auch nicht nikotinabhängig, da dieser das Rauchen tatsächlich schon vor längerer Zeit aufgegeben habe. Als einziger ungünstiger Faktor sei der stete Stress zu nennen, welcher durch die Herzprobleme und die damit verbundenen physischen Einschränkungen sowie die erblichen Veranlagungen ausgelöst werde. Insgesamt sei dennoch eine günstige Prognose zu stellen. Weder aktuell noch in der Vergangenheit habe der Versicherte an einer psychiatrischen Pathologie gelitten. Funktionelle Einschränkungen habe es in psychischer Hinsicht weder aktuell noch in der Vergangenheit gegeben. In psychischer Hinsicht habe die Arbeitsfähigkeit seit jeher zu 100 % bestanden. Dem Versicherten seien sämtliche seinen Fähigkeiten und seiner Ausbildung entsprechenden Tätigkeiten (wie u.a. auch seine bisherige berufliche Tätigkeit) zumutbar. Die früher gestellte Diagnose der neurovegetativen somatoformen Störung (-en) sei unzutreffend. So habe der Versicherte keine objektiven Symptome wie Herzflattern, Schwitzen, Zittern oder Mundtrockenheit aufgezeigt. Ebenfalls fehle eine bedeutende Störung des kardiovaskulären Systems (der Versicherte habe im Gegenteil im April 1995 einen Herzinfarkt erlitten). Diese Kriterien seien aber Voraussetzungen für die Annahme einer neurovegetativen somatoformen Störung. Im Einzelnen seien somit die Diagnosen der neurovegetativen somatoformen Störungen, des Alkoholmissbrauchs sowie der ängstlichen Unruhe zu entkräften. Eine psychiatrische Therapie sei nicht erforderlich. Das vom Versicherten - im Zusammenhang mit der Unruhe in Bezug auf seinen physischen Zustand - eingenommene Medikament Benzodiazepin könne von einem Arzt ohne psychiatrischen Facharzttitel verordnet werden (IV-act. 197).

E. 5.3.2

Im kardiologischen Gutachten vom 2. Dezember 2013 legte Dr. J._____ dar, der Versicherte führe nach eigenen Angaben mehr oder weniger ein "normales Leben"; er renne jedoch nicht infolge einer rasch auftretenden Atemnot. Bei starken körperlichen Anstrengungen verspüre der Versicherte einen typischen Schmerz der Angina pectoris, der sich rasch wieder auflöse. Seit einem Jahr habe er keine solchen Symptome mehr gespürt. Bei Hitze und im Sommer seien Ödeme auf den Beinen zu sehen. Anfallsweise Atemnot, Kurzatmigkeit oder Herzflattern träten nicht auf. Der Versicherte beklage sich ausserdem über Rückenschmerzen, welche in den letzten Jahren neu hinzugetreten seien und durch eine einfache Schmerzbehandlung kontrolliert würden. Die Untersuchungen hätten eine durchschnittliche körperliche Leistungsfähigkeit ergeben. Die detaillierten

Elektrokardiogramme liegen dem Gutachten bei. Dr. J. _____ stellte als Diagnosen mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine vaskuläre Koronarerkrankung (mit vierfacher Bypass-Operation im Jahr 1997) sowie Angina pectoris im Stadium II (auftretend bei leichten Anstrengungen). Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten die Diagnosen arterieller Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel sowie Diabetes. Für die Diagnosen einer somatoformen Schmerzstörung, einer Fibromyalgie oder eines chronischen Erschöpfungssyndroms lägen keine Anhaltspunkte vor. Trotz einer normalen bis leicht reduzierten ventrikulären Ejektionsfraktion verbleibe die körperliche Leistungsfähigkeit, infolge einer fortbestehenden Angina pectoris im Stadium II, reduziert. Funktionelle körperliche Einschränkungen seien in somatischer Hinsicht aufgrund der kardiovaskulären Pathologie zu berücksichtigen. So seien körperlich mittelschwere bis schwere berufliche Tätigkeiten sowie das Tragen schwerer Lasten ausgeschlossen. In psychischer Hinsicht seien keine Einschränkungen ersichtlich. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen beruflichen Tätigkeit habe sich seit der Beurteilung vom 10. Mai 2005 nicht erheblich verändert und es sei ebenso wenig eine künftige Veränderung zu erwarten. Die im Revisionsverfahren als zumutbar erachteten angepassten beruflichen Tätigkeiten (wie zum Beispiel Hausmeister/Wächter eines Gebäudes/einer Baustelle, Parkplatz-/Museumsaufseher, Ticketverkäufer, Rezeptionist, Telefonist oder im Bereich der Registrierung, Klassifizierung, Archivierung von Dokumenten und der Dateneingabe) seien dem Versicherten nach wie vor zuzumuten. Die Arbeitsfähigkeit in diesen beruflichen Tätigkeiten habe sich zwischen dem 10. Mai 2005 und dem 1. September 2010 respektive bis zur aktuellen Begutachtung nicht verändert (IV-act. 198).

E. 5.3.3

In der Stellungnahme vom 15. Dezember 2013 hielt Dr. G. _____ des medizinischen Diensts der Vorinstanz fest, gemäss der erfolgten Expertise bestehe keine Psychopathologie mit einem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Damit bestehe eine klinisch fassbare Verbesserung des Gesundheitszustands. Die chronische koronare Herzkrankheit werde bestätigt. Diese habe nach wie vor eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten beruflichen Tätigkeit zur Folge. Eine leichte Verweisungstätigkeit sei indessen zumutbar. Damit habe sich die Herzkrankheit in den vergangenen Jahren nicht signifikant verschlechtert (IV-act. 201).

E. 5.3.4

Mit Stellungnahme vom 31. März 2014 hielt Dr. K. _____, Facharzt FHM für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, das Gutachten von Dr. H. _____ vom 1. November 2013 sei von ausgezeichneter Qualität. Das Hauptproblem scheine darin zu liegen, dass die ursprünglich gestellten psychiatrischen Diagnosen als nicht zutreffend angesehen würden. Zum Verständnis der früheren Begutachtung durch Dr. M. _____ sei anzufügen, dass der Versicherte über Jahre nebst seinem strengen körperlichen Beruf noch andere Arbeiten bewältigt habe, dies bis zu (zusätzlich) fünf Stunden pro Tag. Die von der Invalidenversicherung angeordneten psychiatrischen Untersuchungen hätten keine psychopathologischen Befunde ergeben. Der Versicherte sei nie in einer psychiatrischen Behandlung gewesen und nehme (abgesehen von dem vermutlich vom Kardiologen verschriebenen Benzodiazepin zur Nacht) keine Psychopharmaka. Aufgrund des Gutachtens von Dr. H. _____ bestehe aus psychiatrischer Sicht kein Grund für die Annahme einer Arbeitsunfähigkeit in einer körperlich angepassten Verweisungstätigkeit, dies ununterbrochen seit dem 10. Mai 2005 (IV-act. 205). In seiner Stellungnahme vom 7.

August 2014 ergänzte Dr. K. _____, Dr. H. _____ habe in seinem fachlich einwandfreien Gutachten die einst von Dr. M. _____ gestellten Diagnosen der somatoformen Schmerzstörung, des Erschöpfungssyndroms, des Status nach Mangel an Entspannung (ICD-10 Z73.2) sowie nach Familienzerüttung (vgl. E. 5.2) kritisiert respektive sogar widerlegt. Die erstgenannte, eine Arbeitsunfähigkeit begründende Diagnose habe nie bestanden, während die anderen drei Diagnosen keine psychiatrischen Diagnosen seien, welche eine Arbeitsunfähigkeit nach sich zögen. Damit bestehe die somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems nicht mehr. Ausserdem habe der Versicherte nie psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen müssen. Zwei Psychiater aus Spanien hätten ausserdem auf das Fehlen psychiatrischer Schwierigkeiten hingewiesen und ihrerseits keine pathologischen Befunde erhoben respektive entsprechende Diagnosen gestellt. Dr. K. _____ schliesse sich deshalb der Auffassung von Dr. H. _____ an, wonach das Gutachten von Dr. M. _____ von 1999 den im Bereich der psychiatrischen Gutachten heute geltenden Standards nicht genügt hätte. Der vom Beschwerdeführer im Rahmen des letzten Rentenrevisionsverfahrens eingereichte psychiatrische Arztbericht von Dr. N. _____ vom 14. September 2008 (vgl. IV-act. 133) sei extrem kurz und schliesse eine strukturierte Psychopathologie aus, unter Erwähnung lediglich einer leichten ängstlichen Komponente. Das Gutachten von Dr. H. _____ demgegenüber sei sehr ausführlich, von ausgezeichneter Qualität und aussagekräftig. Dr. H. _____ beschreibe keine wesentliche Angstsymptomatik (die von Dr. N. _____ beschriebene reaktive Ängstlichkeit verschwinde insbesondere im Verlaufe des dreistündigen Gesprächs). Dies lasse den Schluss zu, dass zumindest seit der letzten Revision keine psychiatrischen Gründe für eine Arbeitsunfähigkeit mehr bestünden (IV-act. 209)

E. 5.3.5

Der juristische Dienst der Vorinstanz erklärte sodann in der Stellungnahme vom 6. März 2015, Dr. H. _____ habe festgestellt, dass nie eine psychiatrische Erkrankung mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe. Gemäss beiden Gutachten hätten die nächtliche Atemnot, die Ödeme in beiden Beinen und die Verschlechterung der Einschränkungen des linken Ventrikels eine Veränderung der Medikation bedingt, wie dies bereits der Kardiologe Dr. D. _____ im Bericht vom 23. April 2009 beschrieben habe. Diese gesundheitlichen Beschwerden sowie die Angstattacke, die zum Spitaleintritt vom 31. August 2004 geführt habe, hätten lediglich eine vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustands bedeutet, welche durch die Anpassung der Behandlung erfolgreich habe kompensiert werden können. Insgesamt hänge damit die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nunmehr von den kardiologischen Einschränkungen ab. Die Einschätzung von Dr. J. _____, dass eine leichte, vor Kälte geschützt sowie sitzend oder in wechselnder Körperhaltung ausübende berufliche Tätigkeit vollzeitig zumutbar sei, entspreche der früheren Einschätzung von Dr. O. _____ vom 20. Mai 1998 (vgl. IV-act. 2, S. 1/7). Der Gesundheitszustand des Versicherten sei im Vergleich zu der - durch das Bundesverwaltungsgericht aufgehobenen - Revisionsverfügung vom 6. April 2009 (vgl. Sachverhalt Bst. C) unverändert (IV-act. 217).

E. 6

Die zur Abklärung einer Veränderung des Gesundheitszustands durch die Vorinstanz eingeholten medizinischen Gutachten vom 1. November und 2. Dezember 2013 entsprechen einwandfrei den in der Rechtsprechung hierfür aufgestellten Kriterien (vgl. E.

4.4 f.). In beiden Fachgebieten werden die vom Beschwerdeführer geäusserten Beschwerden umfassend dargelegt. Beide Gutachten beruhen sodann auf allseitigen Untersuchungen und wurden in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Gleichfalls setzen sie sich mit den bereits vorhandenen medizinischen Unterlagen einlässlich auseinander. Schliesslich beschreiben sie eingehend den aktuellen Gesundheitszustand des Versicherten im Begutachtungszeitpunkt, wobei sie anschliessend einen Vergleich zum revisionsrechtlich massgebenden Vergleichszeitpunkt anstellen und die seither ergangene Entwicklung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit detailliert und nachvollziehbar skizzieren. Hinsichtlich der im psychiatrischen Gutachten vom 1. November 2013 durch Dr. H._____ teilweise geäusserte Kritiken an früheren Befunden ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen, wonach die Notwendigkeit, eine bloss andere Beurteilung nicht als Anlass einer materiellen Revision gelten zu lassen (vgl. vorne E. 4.5.1), nicht dazu führen darf, dass die Anforderungen an den Nachweis einer Veränderung so hoch angesetzt werden, dass die ursprüngliche Rentenfestlegung praktisch perpetuiert wird (Urteil des Bundesgerichts 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.4). Vorliegend hat Dr. H._____ seine aktuelle psychiatrische Beurteilung erschöpfend begründet, so dass auf diese Beurteilung zweifelsfrei abgestellt werden kann. Die Ausführungen des Gutachters Dr. H._____ sowie auch jene von Dr. K._____ (vgl. 5.3.4), wonach das um einiges ältere Gutachten von Dr. M._____ des Jahres 1999 den heutigen Standards, die an ein psychiatrisches Gutachten gestellt würden, nicht genügt hätte, erscheint zutreffend. Dies bedeutet indessen nicht, dass die ursprüngliche Rentenzusprache zu revidieren wäre. So basierte diese nicht auf einer offensichtlich unrichtigen medizinischen Grundlage, da davon auszugehen ist, dass das Gutachten von Dr. M._____ den damaligen Kenntnissen sowie den im Erstellungszeitpunkt geltenden Qualitätsanforderungen entsprach. Die damalige Rentengewährung auf der Grundlage des Gutachtens von Dr. M._____ (E. 5.2) erscheint damit zumindest als vertretbar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.2). Nach dem Gesagten besteht keine Veranlassung, von den in den Begutachtungen des Jahres 2013 getroffenen Schlussfolgerungen abzuweichen. Damit steht für das Bundesverwaltungsgericht grundsätzlich fest, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2013 keine die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Diagnosen in psychiatrischer Hinsicht (mehr) aufgewiesen hat sowie dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in kardiologischer Hinsicht im Vergleich zu Mai 2005 im Wesentlichen unverändert verblieben ist. Ausserdem ist mit den Begutachtungen des Jahres 2013 belegt, dass der Grad der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aktuell ausschliesslich durch die somatischen, in kardiologischer Hinsicht bestehenden Gesundheitsbeeinträchtigungen bestimmt wird. Diesbezüglich unterscheidet sich der aktuelle Gesundheitszustand von jenem im Jahr 2005, zumal das Bundesverwaltungsgericht in seinem vorangehenden Urteil C-6763/2010 vom 11. Januar 2013 in Erwägung 4.3 noch wörtlich festgehalten hat, dass "seit der Rentenzusprache vom 30. März 2001 hinsichtlich der gesundheitlichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht die kardialen Beschwerden im Vordergrund standen, sondern stets psychische Beschwerden die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in entscheidender Weise minderten" (Sachverhalt Bst. F; IV-act. 186). Ein Revisionsgrund ist unter diesen Umständen zu bejahen. Insofern ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden. Aufgrund der neuen Begutachtungen erscheint der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers hinreichend geklärt. Für die vom Beschwerdeführer eventualiter beantragte Einholung eines interdisziplinären Gutachtens, gleichfalls wie für die in der

Replik geforderte Einholung eines Berichts des den Beschwerdeführer in Spanien behandelnden Arztes besteht unter diesen Umständen kein Bedarf. Die entsprechenden (Beweis-) Anträge sind daher abzuweisen.

E. 7

Der Beschwerdeführer bringt im vorliegenden Beschwerdeverfahren vor, er leide nach wie vor an psychischen Problemen. Die bei ihm vorliegenden Herzprobleme belasteten ihn psychisch so sehr, dass er wie gelähmt sei. Die Herzprobleme schwächten seine Selbstakzeptanz und verunmöglichten eine soziale Integration. Auch die Familienzerrüttung (insbesondere der Kontaktabbruch durch seine Ex-Ehefrau) verursache einen starken psychischen Druck. Der auf dem Beschwerdeführer aufgrund seiner Herzerkrankung lastende psychische Druck ist in den vorliegenden medizinischen Unterlagen hinreichend dokumentiert. Dem psychiatrischen Gutachten vom 1. November 2013 ist namentlich zu entnehmen, dass der behandelnde Kardiologe das Medikament Benzodiazepin (ein stark angstlösendes Mittel) möglicherweise dem Beschwerdeführer verschrieben habe, um einen Unruhezustand in Bezug auf den eigenen kardiovaskulären Zustand zu behandeln. Der vom Beschwerdeführer geschilderte Belastungszustand wurde damit im Gutachten von Dr. H._____ bereits berücksichtigt. Die Unruhe in Bezug auf eine somatische Erkrankung führt indessen nicht ohne Weiteres zur Annahme einer psychiatrischen Diagnose. Eine Auswirkung dieses psychischen Drucks auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat Dr. H._____ in nachvollziehbarer Weise verneint. Die vom Beschwerdeführer geschilderte fehlende soziale Integration widerspricht sodann den Feststellungen im Gutachten von Dr. H._____. So beschrieb Dr. H._____ auf der Seite 8 des Gutachtens vom 1. November 2013, dass der Beschwerdeführer drei- bis viermal pro Woche Kontakte zu seinen Bekannten sowie ebenso viele Kontakte zu seinen Freunden pflege. Ausserdem habe er täglich Kontakte mit seinen Kindern und Grosskindern. Seine Schwester sehe er alle zwei Wochen. Diese Umschreibung entspricht einem intakten sozialen Umfeld und zeugt von einer guten sozialen Verankerung des Beschwerdeführers, nicht nur im familiären Umfeld sondern auch auf ausserfamiliärer, freundschaftlicher Ebene. Die erst im Beschwerdeverfahren gemachte entgegengesetzte Behauptung erscheint unter diesem Blickwinkel als unglaubwürdig. Dass die Zerrüttung seiner früheren Familie (Trennung der Ehe) zu einer psychischen Belastung geführt hat, wurde im Jahr 1999 durch Dr. M._____ bestätigt (E. 5.2). Im März 2002 wurde die Ehe gerichtlich getrennt (IV-act. 43 f.). Im Zeitpunkt der Begutachtung des Jahres 2013 lag die Ehescheidung bereits über zehn Jahre zurück. Der Beschwerdeführer pflegt offenbar nach wie vor Kontakt zu seinen Kindern und hat seit längerem eine neue Partnerin. Unter diesen Umständen ist nach der allgemeinen Lebenserfahrung anzunehmen, dass die Diagnose der Familienzerrüttung (ICD-10 Z63) heute in den Hintergrund getreten ist, wie Dr. H._____ dies zu Recht annahm. Im Übrigen ist die Diagnose der Familienzerrüttung in den ICD-10 Klassifizierungen unter dem Buchstaben "Z" abgelegt. Diese Rubrik bezeichnet keine eigentlichen Krankheiten, sondern vielmehr "Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen". Diese Faktoren begründen, ohne Hinzutreten einer Erkrankung im eigentlichen Sinne, somit keine Arbeitsunfähigkeit im Sinne der schweizerischen Invalidenversicherung. Dementsprechend hat auch Dr. K._____ in seiner Stellungnahme vom 7. August 2014 zu Recht ausgeführt, es handle sich bei der Familienzerrüttung nicht um eine psychiatrische Diagnose, welche eine Arbeitsunfähigkeit nach sich zöge (E. 5.3.4). Die im vorliegenden Beschwerdeverfahren gemachten Ausführungen des Beschwerdeführers vermögen damit nichts an den im

psychiatrischen Gutachten von Dr. H. _____ getroffenen Schlussfolgerungen zu ändern.

E. 8

Insgesamt steht damit fest, dass der Beschwerdeführer aufgrund der neuen Begutachtungen des Jahres 2013 grundsätzlich wieder in der Lage wäre, einer vollzeitigen Erwerbstätigkeit in einer seinen gesundheitlichen Einschränkungen angepassten beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Zu prüfen bleibt, ob es dem Beschwerdeführer möglich ist, seine wiedererlangte (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem als ausgeglichen anzunehmenden Arbeitsmarkt zu verwerten.

E. 8.1

Hierfür ist vorab zu prüfen, ob der Beschwerdeführer für die Verwertung seiner (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf den Weg der Selbsteingliederung verwiesen werden kann. Denn wenn die versicherte Person durch eigene Vorkehren dafür sorgen kann, dass ihre Erwerbsmöglichkeiten (wieder) bestehen, liegt keine Erwerbsunfähigkeit vor (Monika Wehrli, Selbsteingliederung durch medizinische Behandlungen in der Invalidenversicherung Zumutbarkeit - Leistungskürzung - Grundrechte, SZS 2016, S. 11 Rz. 30).

E. 8.2

Die Vorinstanz hat sich vorliegend weder in der angefochtenen Verfügung noch in der Vernehmlassung zur Frage der Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers geäußert. Die Rentenaufhebung ohne vorherige Abklärungen beziehungsweise ohne eine den Verhältnissen angepasste Durchführung befähigender Massnahmen ist jedoch bundesrechtswidrig (Urteil des Bundesgerichts 9C_183/2015 vom 19. August 2015 E. 5, in: SVR 2015 IV Nr. 41). Aufgrund der langen bisherigen Dauer des Rentenrevisionsverfahrens sowie der Tatsache, dass das Bundesverwaltungsgericht bereits zum dritten Mal die Frage der Rentenrevision überprüft, fällt eine Rückweisung der Streitsache an die Vorinstanz zur Ergänzung des Sachverhalts im Sinne der Prüfung des Anspruchs auf Wiedereingliederungsmassnahmen ausser Betracht. Das Bundesverwaltungsgericht nimmt diese Prüfung deshalb ausnahmsweise anstelle der Verwaltung vor.

E. 8.3

Nach ständiger Rechtsprechung können Personen, deren Rente revisions- oder wiedererwägungsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, nach mindestens 15 Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, nicht ohne Weiteres auf den Weg der Selbsteingliederung verwiesen werden (SVR 2011 IV Nr. 73 [Urteil des Bundesgerichts 9C_228/2010 vom 26. April 2011] E. 3 m.w.H.). Vielmehr sind in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis die Betroffenen in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten (Urteile des Bundesgerichts 8C_724/2015 vom 29. Februar 2016 E. 5.5 und 8C_855/2013 vom 30. April 2014 E. 2.2, je m.w.H.). Dies bedeutet nicht, dass im revisions- oder wiedererwägungsrechtlichen Kontext ein Besitzstandsanspruch geltend gemacht werden könnte. Den Betroffenen wird lediglich zugestanden, dass - von Ausnahmen abgesehen - aufgrund des fortgeschrittenen Alters oder einer langen Rentendauer die Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar ist (Urteile des Bundesgerichts 9C_920/2013 vom 20. Mai 2014 E. 4.4 und 9C_367/2011 vom 10. August 2011 E. 3.3; vgl. auch PETRA

FLEISCHANDERL, Behandlung der Eingliederungsfrage im Falle der Revision einer langjährig ausgerichteten Invalidenrente, in: SZS 2012 S. 360 ff.). Zur Feststellung der für die Frage der zumutbaren Selbsteingliederung einer versicherten Person massgebenden Eckwerte des 15-jährigen Rentenbezugs beziehungsweise des Erreichens des 55. Altersjahres wird auf den Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung oder auf den darin verfügbaren Zeitpunkt der Rentenaufhebung abgestellt (BGE 141 V 5 E. 4). Bezüglich das zu berücksichtigende vorgerückte Alter ist auf den Zeitpunkt abzustellen, in welchem die Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbsfähigkeit gestützt auf rechtsgenügeliche medizinische Unterlagen feststeht (BGE 138 V 457 E. 3.2 f.; vgl. nachfolgend E. 8.5 Abs. 2)

E. 8.4

Auf den Zeitpunkt der Rentenaufhebung durch die Vorinstanz, sprich den 1. Juni 2009, kann vorliegend nicht abgestellt werden, da die Vorinstanz in diesem Zeitpunkt die wiedererlangte medizinische Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers noch nicht rechtsgenügelich abgeklärt hatte. Die rentenaufhebende Verfügung der Vorinstanz datiert vom 10. Juni 2015, weshalb vorliegend dieses Datum massgebend ist. Am 1. Juni 2015 war der am (...)1953 geborene Beschwerdeführer bereits 62 Jahre alt. Damit spricht die Vermutung dafür, dass eine unmittelbare Selbsteingliederung nicht mehr möglich ist.

E. 8.5

Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind. Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 138 V 457 E. 3.1 m.w.H.). Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt sodann davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Für die Prüfung der Frage nach der (zukünftigen) Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter ist auf den Zeitpunkt abzustellen, in welchem die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit feststeht. Die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit steht fest, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 138 V 457 E. 3.2 f.).

E. 8.6

Vorliegend stand die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit in angepassten Verweisungstätigkeiten seit der Erstattung der medizinischen Begutachtung der Dres. H. _____ und J. _____ vom 1. November 2013 respektive vom 2. Dezember 2013 fest, nachdem diese erstmalig eine genügende medizinische Grundlage für den Rentenentscheid bereitgestellt hatte. Der am (...) 1953 geborene Beschwerdeführer war zu diesem Zeitpunkt 60 Jahre alt. Seit Juli 1997 ging er keiner Arbeitstätigkeit mehr nach und bezog seit Juli 1998 eine ganze Invalidenrente. Er verfügte lediglich über einen Primarschulabschluss und hatte keinen Berufsabschluss. Sein Belastungsprofil in zumutbaren Arbeitstätigkeiten ist aufgrund der koronaren Herzkrankheit massgeblich eingeschränkt; infrage kommen nur noch leichte Tätigkeiten ohne spezifische Vorkenntnisse. Bei dieser Sachlage entfällt die Möglichkeit, vom Beschwerdeführer eine unmittelbare Selbsteingliederung im Sinn der Schadenminderungslast zu erwarten. Vielmehr wären Eingliederungsmassnahmen, zumindest ein Arbeitstraining und Hilfe bei der Arbeitsvermittlung, unabdingbar. Ungeachtet der Tatsache, dass der Beschwerdeführer seinen Wohnsitz im Ausland hat, erweisen sich Eingliederungsmassnahmen im konkreten Fall jedoch nicht als angezeigt. Denn der Beschwerdeführer ist mittlerweile 64 Jahre alt und stünde nach Durchführung erforderlicher Massnahmen kurz vor dem ordentlichen AHV-Rentenalter von 65 Jahren. Seine Arbeitsfähigkeit könnte er damit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr verwerten. Die Erwerbsfähigkeit ist daher vorliegend zu verneinen, weshalb der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf die bisher geleistete Invalidenrente hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_940/2012 vom 12. Dezember 2013 E. 5.3).

E. 9

Die von der Vorinstanz vorgenommene Aufhebung der Invalidenrente erweist sich damit als bundesrechtswidrig. Die Beschwerde ist daher gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 10. Juni 2015 aufzuheben. Dem Beschwerdeführer ist die ihm bisher geleistete ganze Invalidenrente auch über den 1. Juni 2009 hinaus weiterhin zu entrichten.

E. 10.1

Gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG auferlegt das Bundesverwaltungsgericht die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind dem obsiegenden Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen, womit die mit Zwischenverfügung vom 24. November 2015 (vgl. Sachverhalt Bst. K) gewährte unentgeltliche Rechtspflege gegenstandslos wird. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 10.2

Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 VGKE (SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz, womit die mit Zwischenverfügung vom 24. November 2015 (vgl. Sachverhalt Bst. K) gewährte unentgeltliche Rechtsverbeiständung gegenstandslos wird. Mangels Einreichung einer Kostennote wird die Parteientschädigung unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Anwaltsaufwands auf Fr. 2'500.- (inkl. Auslagen) festgesetzt (Art. 65 Abs. 5 VwVG in Verbindung mit Art. 14 Abs. 2 VGKE [SR 173.320.2]). Die Mehrwertsteuer ist vorliegend nicht geschuldet (Art. 1 Abs. 2 i.V.m. Art. 8 Abs. 1 und Art. 18 Abs. 1 MWSTG [SR 641.20]).

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