

# **BVGer C-5139/2014 vom 10. Oktober 2016**

Bundesverwaltungsgericht, 2016-10-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-5139\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5139_2014)

FR: TAF C-5139/2014 du 10 octobre 2016

IT: TAF C-5139/2014 del 10 ottobre 2016

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung zur Erhebung der Beschwerde legitimiert (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 12. September 2014 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 7. Juli 2014, mit welcher die Vorinstanz die seit 1. Mai 2001 ausgerichtete halbe Invalidenrente der Beschwerdeführerin auf der Grundlage von Bst. a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket [AS 2011 5659]; nachfolgend: SchlBest. IVG) aufgehoben hat. Streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz die halbe Invalidenrente zu Recht aufgehoben hat. Dabei ist zu beachten, dass bei der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente die (geänderte) Rente als solche Streitgegenstand bildet, nicht die rechtliche Begründung für die Anpassung der Leistung. Revision (Art. 17 ATSG) oder Überprüfung nach Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG stellen nicht verschiedene Streitgegenstände dar, sondern verschiedene rechtliche Begründungen für den Streitgegenstand «Abänderung des Rentenanspruchs» (vgl. Urteil des BGer 9C\_31/2014 vom 5. September 2014 E. 5).

### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer war in der Schweiz erwerbstätig, ist Staatsangehöriger von Mazedonien, sodass vorliegend das Abkommen vom 9. Dezember 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Mazedonien über Soziale Sicherheit (SR 0.831.109.520.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) zur Anwendung gelangt. Nach Art. 4 Abs. 1 des Sozialversicherungsabkommens sind die Staatsangehörigen des einen Vertragsstaates in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates, zu denen gemäss Art. 1 Abs. 1 lit. a in Verbindung mit Art. 2 A lit. ii des Sozialversicherungsabkommens auch die Bundesgesetzgebung über die schweizerische Invalidenversicherung gehört, den Staatsangehörigen dieses Vertragsstaates gleichgestellt; abweichende Bestimmungen in diesem Abkommen bleiben vorbehalten.

Mangels vorliegend anwendbarer, abweichender Vorschriften bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung demnach ausschliesslich nach schweizerischem Recht.

### **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: 7. Juli 2014) 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).

### **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), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 7. Juli 2014 in Kraft standen (so auch die Normen des auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision [IV-Revision 6a], AS 2011 5659); 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. 3.4**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG; Benjamin Schindler, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Zürich 2008, Rz. 1 ff. zu Art. 49).

### **E. 3.5**

Es ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 212; vgl. BGE 128 II 145 E. 1.2.2; BGE 127 II 264 E. 1b).

### **E. 4.1**

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. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

## **E. 4.2**

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1).

## **E. 4.3**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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 Viertelrente.

### **E. 4.4.1**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). 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 BGer 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 Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4).

### **E. 4.4.2**

Nach Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Diese Bestimmung wurde höchstrichterlich als verfassungs- und EMRK-konform beurteilt (BGE 139 V 547). Sie findet laut Bst. a Abs. 4 SchlBest. IVG keine Anwendung auf Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen. Bst. a Abs. 3 SchlBest. IVG sieht vor, dass bei Durchführung von Massnahmen nach Art. 8a IVG die Rente bis zum Abschluss dieser Massnahmen weiter ausgerichtet wird, längstens aber während zwei Jahren ab dem Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung.

#### **E. 4.5.1**

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. 4.5.2**

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 BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

#### **E. 4.5.3**

Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber

Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

#### **E. 4.5.4**

Gemäss Art. 59 Abs. 2bis IVG steht der ärztliche Dienst der IV-Stelle zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Versicherungsinterne Ärzte müssen über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Die IV-Stelle kann auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes nur abstellen, wenn diese den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. Urteil des BGer 9C\_1063/2009 vom 22. Januar 2010 E. 4.2.3 mit Hinweis auf das Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt indes nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

#### **E. 4.5.5**

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). Solche Indizien können sich aus dem Gutachten selber ergeben (z.B. innere Widersprüche, mangelnde Nachvollziehbarkeit) oder auch aus Unvereinbarkeiten mit anderen ärztlichen Stellungnahmen (Urteil des BGer 9C\_49/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 4.1).

#### **E. 5**

Zu prüfen ist zunächst, ob sich die Vorinstanz bei der Rentenaufhebung zu Recht auf Bst. a SchlBest. IVG gestützt und eine nicht von einer massgebenden Veränderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG abhängige Neubeurteilung des Rentenanspruchs vorgenommen hat. In dieser Hinsicht ist zu klären, ob eine der in Bst. a Abs. 4 SchlBest. IVG genannten Ausnahmesituationen gegeben ist und ob die ursprüngliche Zusprechung der Invalidenrente auf einer von Bst. a SchlBest. IVG erfassten gesundheitlichen Beeinträchtigung erfolgte.

#### **E. 5.1**

Der Beschwerdeführer bezieht seit 1. Mai 2001 eine Invalidenrente (kantonale IV-Akten, Band 3/4, act. 71, S. 17). Im Zeitpunkt der Einleitung der Überprüfung im März 2012 lag noch kein über 15-jähriger Rentenbezug vor (vgl. dazu BGE 139 V 442 E. 4 und 5.1 und Urteil des BGer 8C\_576/2014 vom 20. November 2014 E. 4). Bei Inkrafttreten der Änderung am 1. Januar 2012 war der Beschwerdeführer zudem noch nicht 55 Jahre alt, weshalb keiner der Ausschlussgründe nach Bst. a Abs. 4 SchlBest. IVG gegeben ist. Da die Überprüfung der Rente innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Änderungen erfolgte, ist Bst. a SchlBest. IVG in formeller Hinsicht anwendbar.

#### **E. 5.2**

In materieller Hinsicht ergibt sich die Anwendbarkeit von Bst. a SchlBest. IVG ausschliesslich aus der Natur des Gesundheitsschadens, auf dem die Rentenzusprechung beruht (vgl. Urteil des BGer 9C\_379/2013 vom 13. November 2013 E. 3.2.3). Unklare Beschwerdebilder, wie sie in den SchlBest. IVG vorausgesetzt werden, charakterisieren sich durch den Umstand, dass mittels klinischer Untersuchungen weder Pathologie noch Ätiologie nachweisbar oder erklärbar sind (vgl. Urteil des BGer 8C\_654/2014 vom 6. März 2015 mit Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 9.4), wobei es mit Blick auf die Zielsetzung von Bst. a SchlBest. IVG auf die Natur des Gesundheitsschadens ankommt und nicht auf eine präzise Diagnose (vgl. Urteil des BGer 9C\_384/2014 vom 10. Juli 2014 E. 3.2). Nach BGE 140 V 197 ist die Schlussbestimmung auch bei kombinierten Beschwerden anwendbar, wenn die unklaren und die «erklärbaren» Beschwerden - sowohl diagnostisch als auch hinsichtlich der funktionellen Folgen - auseinandergehalten werden können. Ein organisch begründeter Teil der Arbeitsunfähigkeit kann bei der Anwendbarkeit der Schlussbestimmungen jedoch nur neu beurteilt werden, sofern eine Veränderung im Sinne von Art. 17 ATSG eingetreten ist (vgl. Urteil des BGer 9C\_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.4.2).

### **E. 5.3**

Mit Einspracheentscheid vom 21. Juli 2004 erfolgte die Bestätigung der mit Verfügung vom 30. April 2004 zugesprochenen halben Invalidenrente mit Wirkung ab 1. Mai 2001 (kantonale IV-Akten, Band 3/4, act. 71, S. 14 - 20). Der Einspracheentscheid stützte sich im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. Februar 2003 (Akten SUVA, Band 4/4, act. 11), worin die Diagnosen langgezogene depressive Anpassungsstörung (ICD-10: F43.21) und psychische Überlagerung der körperlichen Beschwerden (ICD-10: F54) genannt wurden. Dr. med. B. \_\_\_\_\_ kam unter Berücksichtigung aller medizinischen Akten - u.a. des Austrittsberichts vom 24. Oktober 2001 der Rehaklinik K. \_\_\_\_\_ und diverser Arztberichte - zum Schluss, dass in Berücksichtigung der depressiven Störung und der Schmerzverarbeitungsstörung in leichtem bis mittelschwerem Ausmass eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 50 % vorliege.

### **E. 5.4**

Der Beschwerdeführer macht geltend, dass Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG nicht angewendet werden könne, da die ursprüngliche Rentenzusprache nicht nur aus psychiatrischen, sondern auch aus somatischen Gründen erfolgt sei. Die Vorinstanz gab dazu vernehmlassungsweise mit Verweis auf den Bericht des medizinischen Dienstes der IVSTA vom 27. Dezember 2013 (IV-act. 59) an, dass ein Anwendungsfall von Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG vorliege. Bei der Zusprache der Rente seien posttraumatische Belastungsstörungen sowie ein chronifiziertes Schmerzsyndrom festgestellt worden (kantonale IV-Akten, Band 3/4, act. 82). Gemäss dem pluridisziplinären Gutachten sei die zweifelsfreie Schlussfolgerung erbracht, dass der Versicherte sowohl aus orthopädisch-traumatologisch wie auch aus psychiatrischer Sicht keine krankheitswerte Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufweise. In Bezug auf die neurologische und orthopädische Situation sei im Vergleich zum Zeitpunkt der Berentung eine relevante Besserung eingetreten. Hinsichtlich der psychischen Leiden sei weder anamnetisch noch aus den Akten eine schwere, depressive Störung feststellbar. In Bezug auf die psychische Komorbidität liege ebenfalls eine Besserung vor; die Förster-Kriterien seien nicht erfüllt.

## E. 5.5

Im vorliegenden Fall beruhte die Rentenzusprache aufgrund der von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ gestellten Diagnosen langgezogene depressive Anpassungsstörung (ICD-10: F43.21) und psychische Überlagerung der körperlichen Beschwerden (ICD-10: F54). Im Einspracheentscheid vom 21. Juli 2004 wurde auf das Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ abgestützt und ausgeführt, es sei umfassend, widerspruchsfrei und abschliessend zu betrachten. Es sei weiterhin von einer maximal 50 %igen Arbeitsunfähigkeit für angepasste Tätigkeiten auszugehen, welche zudem überwiegend psychisch bedingt seien (kantonale IV-Akten, Band 3/4, act. 71, S. 17). Die Vorinstanz hingegen bezog sich bei ihrer Aussage, bei der Rentenzusprache sei eine posttraumatische Belastungsstörung sowie ein chronifiziertes Schmerzsyndrom festgestellt worden, auf den Entscheid der Rekurskommission vom 30. Dezember 2004 (kantonale IV-Akten, Band 3/4, act. 82). Darin wurde in Würdigung der medizinischen Berichte der Arztbericht von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 19. April 2002 zitiert (S. 7), in welchem u.a. die von der Vorinstanz aufgeführten Diagnosen erwähnt wurden und eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit festgestellt wurde. Des Weiteren wurde im entsprechenden Entscheid das Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 25. Februar 2003 zitiert (S. 8), das die oben erwähnten Diagnosen (langgezogene depressive Anpassungsstörung [ICD-10: F43.2] und psychische Überlagerung der körperlichen Beschwerden [ICD-10: F54]) mit einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestierte. Die Rekurskommission hat in Würdigung der medizinischen Akten und der unterschiedlichen Beurteilungen mit einlässlicher Begründung erkannt, dass das Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation begründet und nachvollziehbar sei. Die anderslautenden Angaben von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ zur Arbeitsfähigkeit seien nicht geeignet, das Gutachten des Facharztes Dr. med. B. \_\_\_\_\_ in Frage zu stellen (S.12). Demnach wurden eine posttraumatische Belastungsstörung sowie ein chronifiziertes Schmerzsyndroms lediglich in einem von der Rekurskommission gewürdigten Arzteugnis genannt, auf welches jedoch weder die Rekurskommission abgestellt hat, noch auf dessen Basis die ursprüngliche Rentenzusprache erfolgt ist. Im Weiteren ist festzuhalten, dass im Bericht des medizinischen Dienstes der IVSTA vom 24. Dezember 2013 (IV-act. 59) angegeben wurde, es liege ein Anwendungsfall von Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG vor. Der medizinische Dienst führte zu den Diagnosen von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ aus, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine langgezogene depressive Anpassungsstörung nicht invalidisierend sei. In Analogie seien die Grundlagen betreffend die somatoformen Schmerzstörungen heranzuziehen. Dabei handle es sich um ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild, welches der Anwendbarkeit von Bst. a SchlBest. IVG unterliege. In der angefochtenen Verfügung vom 7. Juli 2014 (IV-act. 77) wurde schliesslich mit Verweis auf die Ausführungen des medizinischen Dienstes ausgeführt, der Versicherte leide an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Dieser Argumentation kann jedoch nicht gefolgt werden, denn zum einen lag im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache keine somatoforme Schmerzstörung vor und zum anderen erfolgte die Rentenzusprache tatsächlich aufgrund einer langgezogene depressive Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) und einer psychische Überlagerung der körperlichen Beschwerden (ICD-10: F54). Psychische Leiden im Sinne von ICD-10: F43.21 (länger dauernde depressive Reaktion im Sinne einer Anpassungsstörung) fallen gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht unter die Schmerzrechtsprechung (Urteil 9C\_614/2015 vom 21. Juni 2016 E. 5.2); ebenso wenig werden psychische Störungen im

Sinne von ICD-10: F54.0 (Schmerzverarbeitungsstörungen mit Selbstlimitierung) vom Anwendungsbereich der Schmerzpraxis erfasst (Urteil 9C\_646/2015 vom 19. Mai 2016 E. 4.6). Folglich hat die Vorinstanz die bisherige Invalidenrente zu Unrecht in Anwendung von Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG aufgehoben.

## **E. 6**

Zu prüfen ist weiter, ob sich die Aufhebung der Rente der Beschwerdeführerin gestützt auf einen Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG rechtfertigen liesse.

### **E. 6.1**

Vorliegend ist der Einspracheentscheid vom 21. Juli 2004 der IV-Stelle Thurgau die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht. Am 1. Oktober 2008 stellte der Beschwerdeführer ein Revisionsgesuch und beantragte die Erhöhung der Invalidenrente. Die im Anschluss ergangene Verfügung, mit welcher die Vorinstanz den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine halbe Invalidenrente bestätigte, liess dieser mit Beschwerde vom 1. März 2010 ans Bundesverwaltungsgericht anfechten. Nachdem das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil vom 1. Juli 2011 die Beschwerde guthiess und die Sache zur Neuabklärung an die Vorinstanz zurückwies, erliess die Vorinstanz am 7. Juli 2014 die rentenaufhebende Verfügung. Somit ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der Rentenzusprache am 21. Juli 2004 (kantonale IV-Akten, Band 3/4, act. 71, S. 14 - 20) mit dem Sachverhalt der angefochtenen Verfügung vom 7. Juli 2014 (IV-act. 77) zu vergleichen.

### **E. 6.2**

Die IV-Stelle Thurgau stützte sich beim Erlass der Rentenverfügung vom 21. Juli 2004 im Wesentlichen auf das von ihr veranlasste psychiatrische Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. Februar 2003 und den RAD-Bericht von Dr. med. M. \_\_\_\_\_, vom 14. Oktober 2003 (Akten SUVA, Band 4/4, act. 11; kantonale IV-Akten, Band 3/4, act. 39).

#### **E. 6.2.1**

Dr. med. B. \_\_\_\_\_ nannte die Diagnosen langgezogene depressive Anpassungsstörung (F43.21 ICD-10) und psychische Überlagerung der körperlichen Beschwerden (F54 ICD-10). Des Weiteren führte Dr. med. B. \_\_\_\_\_ aus, die psychiatrische Exploration habe Störungen ergeben, die einem depressiven Kreis zuzuordnen seien. Es handle sich um affektive Störungen und Verhaltensstörungen; Anzeichen von Angststörungen seien nicht feststellbar, ausser dass der Explorand angebe, nach Albträumen an Angstzuständen zu leiden. Aus somatischer Sicht korrelierten die Schmerzen nicht ganz mit dem Befund, dies lasse darauf schliessen, dass die depressive Störung die Schmerzempfindung steigere und die subjektive Einschätzung bei einer Invalidität negativ beeinflusse. Im Übrigen spielten neben den psychischen und somatischen Faktoren auch invaliditätsfremde Gründe (Verlust der Aufenthaltsbewilligung, drohende Ausweisung, verbunden mit einer Kette von sozialen Konsequenzen) eine bedeutende Rolle. Dr. med. B. \_\_\_\_\_ kam zum Schluss, in Berücksichtigung der depressiven Störung und der Schmerzverarbeitungsstörung, die leichten bis mittelschweren Ausmasses seien, liege eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 50 % vor. Das subjektive Gefühl der totalen Leistungsunfähigkeit beruhe auf invaliditätsfremden Gründen.

#### **E. 6.2.2**

Dr. med. M. \_\_\_\_\_, RAD-Arzt, empfahl in seiner Stellungnahme vom 14. Oktober 2003, als Grundlage zur Rentenberechnung sei aufgrund der Diagnose einer depressiven Störung mittleren Ausmasses auf das Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ abzustellen (kantonale IV-Akten, Band 3/4, act. 39).

### **E. 6.3**

Beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. Juli 2014 lagen der Vorinstanz unter anderem die nachfolgenden ärztlichen Berichte und Stellungnahmen vor, deren Ergebnisse zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen sind.

#### **E. 6.3.1**

Im Rahmen der Neuabklärungen durch die Vorinstanz wurde unter Beizug aller medizinischer Unterlagen und den ausführlichen Untersuchungen von den Ärzten am 30. Juli 2013 ein pluridisziplinäres Gutachten (IV-act. 44) erstellt und Folgendes festgehalten:

##### **E. 6.3.1.1**

Im Hauptgutachten auf dem Fachgebiet der Psychiatrie (IV-act. 44, S. 28 - 35) stellte Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie anlässlich der am 7. Juni 2013 erfolgten Untersuchung fest, im psychopathologischen Untersuchungsfall vor allem eine im Grenzbereich zur Renitenz liegende Verweigerungshaltung des Versicherten auf. Der Versicherte halte sich bedeckt, gebe teilweise nicht, widerwillig oder nur auf insistierendes Nachfragen Auskunft und verwickle sich dabei in Widersprüche. Eine ernsthafte psychische Erkrankung im Sinne einer Depression, einer Störung aus dem schizophrener Formenkreis oder einer schweren hirnorganischen Beeinträchtigung könne im klinischen Untersuchungsfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Akzentuierte Wesenszüge im Sinne einer histrionischen Persönlichkeitsstruktur seien vorhanden. Bei bekannter körperlicher Schädigung durch das Unfallereignis seien von psychiatrischer Seite psychologische und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierte Erkrankung (F54). Die zum Untersuchungszeitpunkt präsentierte Grundstimmung erfülle weder die Kriterien für eine Depression noch für eine Dysthymie. Der Versicherte zeige Vitalität bei der Beschwerdeschilderung, sei ablenkbar, könne sowohl sein Verhalten wie seinen Auftritt steuern und willentlich beeinflussen. Er sei weder affektlabil noch inkontinent. In der Befragung schildere er eine quälende, schwer auszuhaltende Langeweile, die durch eine Verhaltensveränderung jedoch korrigierbar wäre. Der Versicherte nehme 20 mg Escitalopram in der ungewöhnlichen Verschreibung von 4 x 5 mg ein. Damit scheine eine möglicherweise vorliegende Depression erfolgreich behandelt zu sein. Die vom Versicherten beklagten Ängste und Atemprobleme könnten aufgrund seiner spärlichen Angaben nicht mit genügender Sicherheit als Angststörung (Panikattacken) oder Hyperventilationssyndrom diagnostiziert werden. Eine entsprechende Krankheit in milder Form können aber nicht ausgeschlossen werden, bliebe aber versicherungsmedizinisch ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Der Versicherte selber bezeichne seinen Zustand als über die Jahre stabil und jeden Tag gleich. Aus psychiatrischer Sicht scheine ein stabiler Zustand nach dem Unfallereignis mit der subjektiven Gewissheit, krank und arbeitsunfähig zu sein, eingetreten zu sein. Subjektiv ständen die Schmerzen und eine verminderte Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand im Zentrum des Krankheitsbildes. Im klinischen Gespräch dominiere eine Verhaltensauffälligkeit mit reduzierter Kooperation und appellativ-intendierter Beschwerdeschilderung. Aufgrund des Unfallereignisses, der Befunde und der Schilderung des Versicherten könne eine posttraumatische

Belastungsstörung ausgeschlossen werden. Die vom Versicherten beklagten Alpträume seien schwer einzuordnen. Auffallend sei gewesen, dass der Versicherte erst beim insistierenden Nachfragen Alptrahminhalte eher allgemeiner Art äusserte, die in keinem Bezug zum erlittenen Unfall zu stehen schienen. Aus psychiatrischer Sicht sei aufgrund der Symptome und Befunde kein bekanntes psychisches Krankheitsbild mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festzustellen. Die subjektive Krankheitsüberzeugung diene vor allem der Einkommenssicherung und zeige einen ausgeprägten sekundären Krankheitsgewinn.

#### **E. 6.3.1.2**

Zur Ergänzung des Hauptgutachtens wurde die Beurteilung im Fachgebiet Orthopädie / Traumatologie vom 4. Juni 2013 (IV-act. 44, S. 36 - 38; S. 53 - 62) von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie abgegeben. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ kam zusammengefasst zum Schluss, dass zumindest im Bereich des Bewegungsapparates keine pathomorphologischen Verschlechterungen des Gesundheitszustandes seit der letzten Rentenrevision auszumachen seien. Rein orthopädisch somatisch seien diesem 40-jährigen Versicherten überwiegend alle Tätigkeiten zuzumuten, welche von einem gesunden altersgleichen 40-jährigen Mann verrichtet werden könnten. Zur Vermeidung von Schultergelenksbeschwerdenprovokationen sollten allenfalls häufige schwere und die rechte Schulter belastende Arbeiten gemieden werden.

#### **E. 6.3.1.3**

In seinem im Fachgebiet der Neurologie am 5. Juni 2013 erstellten Teilgutachten (IV-act. 44, S. 38; S. 63 - 69) äusserte sich Dr. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, zusammengefasst folgendermassen: Das MRI des Gehirns zeige keine posttraumatischen Läsionen; bei der aktuellen neurologischen Untersuchung seien keine organischen Folgeerscheinungen eines Schädelhirntraumas festzustellen. Bereits 2001 sei dies festgestellt worden. Die gezielte Untersuchung der sensomotorischen Funktionen am rechten Arm ergäben einzig Hinweise auf ein bewusstseinsnahes Fehlverhalten, keine objektiven Zeichen einer Armplexusläsion. Die Selbstlimitierung des Versicherten, dass der rechte Arm und die rechte Hand nicht belastbar seien, sei neurologisch nicht zu begründen.

#### **E. 6.3.1.4**

Im internistischen Teilgutachten vom 5. Juni 2013 (IV-act. 44, S. 70 - 76) von Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin wurde zusammengefasst ausgeführt, in den Akten fänden sich keine Hinweise für Erkrankungen aus dem Fachgebiet der Inneren Medizin. Auch anamnestisch würden keine Beschwerden aus dem allgemeinmedizinisch-internistischen Bereich genannt. Die durchgeführten klinischen und Laboruntersuchungen ergäben keine Hinweise auf Affektionen mit Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit. Auf dem allgemein-internistischen Gebiet ergäben sich somit keine Diagnosen oder Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit; aus allgemein-internistischer Sicht bestehe somit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit.

#### **E. 6.3.1.5**

Aus allen untersuchten Fachgebieten (IV-act. 44, S. 39) wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende genannt: psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierter Erkrankung (F54); Depression unter antidepressiver Therapie in Remission (F38.8); blandes cervicovertebrales Syndrom mit im

MRI von 7. Juni 2013 beschriebener segmentaler Unkarthrose C5/6 mit möglicher Alteration des Nervus C6 links, im Rahmen der aktuellen neurologischen Abklärung ohne assoziierte Klinik; Supraspinatussehnenentendinopathie der rechten Schulter bei unfallzeitpunktnah am 5. Juni 2000 vermuteter ansatznaher Supraspinaturssehnteilruptur; Status nach Verkehrsunfall mit PKW-Überschlag 13. Mai 2000 mit/bei konservativ behandelter Nasenbeinfraktur, keine Folgen, Status nach Handgelenkfraktur rechts, keine Folgen; Status nach multiplen RQW rechte Stirn, Augenbraue und linke Mamille, keine Folgen; leicht schwächere Innervation der Schulter/Arm-Muskulatur rechts im Sinne eines bewusstseinsnahen Fehlverhaltens; Nikotinabusus, persistierend. Die versicherungsmedizinische Beurteilung und Synthese aus allen untersuchten Fachgebieten ergab, dass zusammenfassend und integral beim Versicherten im Konsens aller untersuchenden Haupt- und Teilgutachter keine Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe. Der Versicherte sei vollzeitlich und vollschichtig arbeitsfähig. Einzig der orthopädische Co-Gutachter formuliere zur Vermeidung einer Provokation von Schulterbeschwerden folgendes Leistungsprofil: rein orthopädisch somatisch seien dem 40-jährigen Versicherten überwiegend alle Tätigkeiten zuzumuten, welche von einem gesunden altersgleichen 40-jährigen Mann verrichtet werden könnten. Zur Vermeidung von Schultergelenksbeschwerdenprovokationen sollten allenfalls häufige schwere und die rechte Schulter belastende Arbeiten gemieden werden. Zur Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde ausgeführt, in der interdisziplinären Abklärung haben keine Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden können. Der Versicherte sei vollzeitlich und vollschichtig arbeitsfähig; es bestehe somit eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Zur Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit wurde angegeben, unter Berücksichtigung des orthopädischen Anforderungsprofils bestehe für jegliche den Fähigkeiten des Versicherten entsprechende angepasste Tätigkeit eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 44, S. 45). Zum retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in angepassten Tätigkeit mit eingehender Berücksichtigung der attestierten Arbeitsfähigkeit in den Akten wurde ausgeführt, eine posttraumatische Belastungsstörung sei bereits 2000 ausgeschlossen worden. Im Mai 2000, also wenige Monate nach dem Unfallereignis, sei auch eine neuropsychologische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verneint worden. Im Februar 2003 habe der behandelnde Psychiater abweichend vom Gutachter eine 70 %ige Arbeitsunfähigkeit gesprochen. Bei der gutachterlichen Einschätzung sei von einer 50 %igen Arbeitsfähigkeit gesprochen worden. Anhand der Akten sei es 2008 resp. im November 2009 zu einer Zustandsverschlechterung mit einer Zunahme der Depressivität gekommen. Im November 2009 sei die Diagnose einer schweren Episode bei rezidivierender depressiver Störung gestellt worden. Der Versicherte sei antidepressiv behandelt worden und zeige anlässlich der aktuellen Abklärung keine diagnosewürdige depressive Störung mehr. Da sich weder anamnestisch noch anhand der Akten zwischen 2000 und 2012 definierte depressive Episoden abgrenzen liessen, sei auf die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung verzichtet worden. Mit Ausnahme einer möglicherweise vorübergehenden verstärkten Depression mit erhöhter Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit könne weder für den zu beurteilenden Zeitraum noch für die Jahre davor anhand der aktuellen versicherungsmedizinischen Kriterien eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit nachvollzogen werden. In der interdisziplinären Beantwortung der Fragen (IV-act. 44, S. 46 ff.) wurde zusammengefasst ausgeführt, Widersprüche seien im Verhalten des Versicherten festzustellen. Zur Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde angegeben, auf der

körperlichen Ebene seien ausser der vom Orthopäden beschriebenen Supraspinatussehnenentendinopathie der rechten Schulter keine Krankheit mit Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit festzustellen. Auf psychischer Ebene seien keine Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu diagnostizieren. Es sei keine anhaltende, über 20 % hinausgehende Arbeitsunfähigkeit beim Versicherten ausgewiesen. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem Anfechtungsdatum sei in allen zu untersuchenden Fachgebieten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen. Anhand der Akten, der Angaben des Versicherten und der Befunde sei von einem chronifizierten und stabilen Zustand auszugehen. Eine Veränderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit sei aus gutachterlicher Sicht nicht zu erwarten. Die Arbeitsfähigkeit betrage 100 % und bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gemäss aktuell gültigen Beurteilungskriterien seit vielen Jahren, sicher aber seit April 2012, dem Zeitpunkt der RAD-Beurteilung.

### **E. 6.3.2**

Nachdem das pluridisziplinäre Gutachten der SMAB AG dem RAD-Arzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ unterbreitet wurde, nannte dieser in seinem Schlussbericht vom 3. Oktober 2013 (IV-act. 54) weder eine Hauptdiagnose noch Nebendiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er folgende auf: psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierter Erkrankung (F54); Depression unter antidepressiver Therapie in Remission (F38.8); blandes cervicovertebrales Syndrom mit im MRI vom 7. Juni 2013 beschriebener segmentaler Unkarthrose C5/C6 mit möglicher Alteration des Nervus C6 links, im Rahmen der aktuellen neurologischen Abklärung ohne assoziierte Klinik; Supraspinatussehnenentendinopathie der rechten Schulter bei unfallzeitpunktnah am 5. Juni 2000 vermuteter ansatznaher Supraspinatussehnteilruptur; Status nach Verkehrsunfall mit PKW-Überschlag 13. Mai 2000 mit/bei konservativ behandelte Nasenbeinfraktur, keine Folgen; Status nach Rippenserienfrakturen rechts und Pneumothorax, keine Folgen; Status nach Handgelenkfraktur rechts, keine Folgen; Status nach multiplen RQW (Rissquetschwunde) rechte Stirn, Augenbraue und linke Mammille, keine Folgen; leicht schwächere Innervation der Schulter/Arm-Muskulatur rechts im Sinne eines bewusstseinsnahen Fehlverhaltens; Nikotinabusus, persistierend. Er befand den Versicherten sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit ab dem 30. Juli 2013 für 0 % arbeitsunfähig, sofern von einem "Fall 6 a" ausgegangen werden könne. Werde nicht von einem "Fall 6 a" ausgegangen, sei der Versicherte sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit ab dem 13. Mai 2000 zu 50 % arbeitsunfähig.

### **E. 6.3.3**

Im Bericht des medizinischen Dienstes vom 24. Dezember 2013 (IV-act. 59) wurde zur Frage, ob sich der Zustand des Beschwerdeführers verändert habe, zusammengefasst ausgeführt, es handle sich vorliegend um einen Anwendungsfall "6 a"; die Situation sei unverändert. Das Vorliegen einer psychiatrischen Komorbidität mit einem sozialen Rückzug sei nicht vorhanden. Die Förster-Kriterien seien nicht erfüllt; demnach müsse die Rente aufgehoben werden (vgl. E. 5.5).

### **E. 6.3.4**

Im anlässlich des Anhörungsverfahrens eingereichten Bericht vom 30. April 2014 von Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Dr. phil. klin. psych. N.

\_\_\_\_\_, klinischer Psychologe und Supervisor, des medizinischen Zentrums (...) (IV-act. 69), wurde zum polydisziplinäre Gutachten der SMAB AG Stellung genommen. Zusammengefasst wurde angegeben, bei den Ausführungen handle es sich weder um ein Parteigutachten, einen Arztbrief oder einen sonstiger Versuch, den Zustand des Patienten objektiv zu erfassen, sondern sie zeigten deutliche Mängel an der Beweisführung im Gutachten auf, dass auf ein solches Gutachten nicht abgestellt werden könne. Es werde lediglich deutliche Kritik an der Qualität des Gutachtens von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ geäußert. Diese betreffe allein die Nachvollziehbarkeit der Befundaufnahme und den daraus folgenden Schlussfolgerungen aus fachlich fundierter und nicht lediglich aus juristischer Sicht. Im Einzelnen wurde unter Aufzählung einiger Diagnosen und des Krankheitsverlaufs (Ziff. 6) ausgeführt, die Beschwerden seien oberflächlich aufgenommen worden (Ziff. 5). Der Tagesablauf sei nicht vollständig erfasst; die Nacht sei ausgelassen worden (Ziff. 7). Weil die Beschwerden nicht ausführlich erhoben worden seien (z.B. Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit), folge dann das sich einseitige Abstellen auf den Psychostatus ohne "ernsthafte psychische Erkrankung". Es werde nicht erwähnt, dass der Patient eher einfach konstruiert sei, es ihm schwer falle, sich zu äussern. Im Gegenteil werde dann ein an den Haaren herbeigezogenes "widersprüchliches Verhalten" sowie reduzierte Kooperation eruiert, obschon von einer "ordentlichen Compliance" gesprochen werde. Auch werde nicht erwähnt, dass der Patient kaum über Problemlösungsfähigkeiten verfüge und immer wieder massiv Gewalt anwende. Damit sei das Gutachten nicht nur widersprüchlich, sondern auch unobjektiv (Ziff. 8). Die richtigen Diagnosen lauteten: rezidivierende depressive Störung, ggf. mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1); Störung durch Tabak (F17.2); St. n. Suzidversuch (X61); St. n. Unfall am 13. Mai 2000 als Beifahrer (1.04 pro Mille) m/b, commotio cerebri (KS Frauenfeld 5. Juni 2000, CT 15. Mai 2000, KS Frauenfeld: unauff.), dislozierte Nasenbeinfraktur (Op. Nase am 21. Mai 2000, KS Frauenfeld 5. Juni 2000), Fraktur Handgelenk re., Rippenserienfraktur re. 2-5 (KS Frauenfeld 5. Juni 2000), Pneumothorax re. (Op. 13. Mai 2000, Einlage eines Thoraxdrains, KS Frauenfeld 5. Juni 2000) (Ziff. 9). Diese Diagnosen hätten sehr wohl Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Subjektiv sei der Patient 100 % arbeitsunfähig auch für angepasste Tätigkeiten. Objektivere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit: Aufgrund der Diagnosen, der neuropsychologisch bestätigten Depression sowie des positiven und negativen Leistungsbildes sei der Patient auch für angepasste Tätigkeiten 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 10).

### **E. 6.3.5**

Im Bericht des medizinischen Dienstes vom 6. Juni 2014 (IV-act. 74) wurde zu den einzelnen Punkten der Dres. med. J. \_\_\_\_\_ und N. \_\_\_\_\_ Stellung genommen und zusammengefasst ausgeführt, den Bemerkungen in Ziffer 6 könne nicht gefolgt werden, da es keine Untersuchung gegeben habe. Im Gutachten werde zudem ausführlich über Schlafstörungen berichtet. Eine fehlende Kooperation des Versicherten während der Begutachtung und die Bereitschaft die verschriebenen Medikamente einzunehmen (Compliance) seien Verhaltensweisen, die nichts miteinander zu tun hätten; ein Widerspruch bestehe nicht. Es werde unter Ziffer 9 eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode, festgestellt. Die SMAB-Experten hätten keine psychiatrische Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen können. Die Diagnose sei ohne den Versicherten gesehen zu haben, verändert worden, wobei keine überzeugende Begründung hierzu geliefert worden sei.

### **E. 6.3.6**

Im Bericht vom 29. Mai 2013 (IV-act. 43) sowie im anlässlich des Beschwerdeverfahrens replikweise eingereichten Befund und Gutachten vom 27. Dezember 2014 (act. 13, Beilage 2; Übersetzung: act. 28) nannte Dr. J. \_\_\_\_\_, Neuropsychiater der Facharztpraxis für Neurologie und Psychiatrie, folgende Diagnosen: Zustand nach Verkehrsunfall mit Polytrauma, Zustand nach serieller Fraktur der 2., 3., 4. und 5. Rippe der rechten Seite mit traumatischem Pneumothorax, Zustand nach Kontusion des Kopfes und Gehirnerschütterung, postkommotionelles Syndrom mit chronischen posttraumatischen Kopfschmerzen und posttraumatischer Enzephalopathie, traumatische Läsion (Schädigung) der Spinalwurzeln C3, C4, C5, C6 rechtsseitig, kompressive Läsion des Rückenmarks im Halsbereich, motorische Schwäche des rechten Arms wegen einer Läsion des Plexus cervicalis und brachialis, motorische Schwäche des rechten Beins, posttraumatische Belastungsstörung. Dr. J. \_\_\_\_\_ gab am 29. Mai 2013 zusammengefasst und sinngemäss an, es nicht zu einer Verbesserung des neurologischen und psychischen Zustandes gekommen. Die Einschränkungen seien dauerhaft, sodass keine professionelle Rehabilitation möglich sei. Die Arbeitsfähigkeit des Versicherten sei wesentlich beeinträchtigt. In seinem Bericht vom 27. Dezember 2014 kam Dr. J. \_\_\_\_\_ zusammengefasst zum Schluss, dass beim Versicherten eine verringerte Arbeitsfähigkeit aufgrund der motorischen Schwäche der rechtsseitigen Gliedmassen mit einer Störung der Sensibilität sowohl peripheren wie radikulären Typs bestehe, die motorische Schwäche dieser Gliedmassen sei gegenüber den Gliedmassen der anderen Seite um ca. 25 - 30 % reduziert, sodass die motorische Funktion erheblich beeinträchtigt sei, auch bei der Verrichtung der alltäglichen allgemeinen Aktivitäten und bei eventuellen beruflichen Aktivitäten. Das Kopftrauma mit den sich anschliessenden chronischen posttraumatischen Kopfschmerzen und der posttraumatischen Enzephalopathie in Verbindung mit einer posttraumatischen Belastungsstörung störe die psychischen und mental-kognitiven Funktionen in erheblichem Masse und verringere wegen der mental-kognitiven Defizite und der Symptome im Zusammenhang mit der posttraumatischen Belastungsstörung die Möglichkeit einer medizinischen Rehabilitation im Hinblick auf die somatischen und neurologischen Aspekte und das soziale Funktionieren. Im konkreten Fall liege ein sogenannter "Plus"-Effekt vor, bei dem sich die Folgen der körperlichen Verletzungen, einer kraniozebralen Verletzung mit ihren Folgen und die psychisch-kognitiven Beschwerden im Zusammenhang mit der posttraumatischen Belastungsstörung summierten, was seine Arbeitsfähigkeit erheblich reduziere. Den Grad der Invalidität unter dem traumatologischen Gesichtspunkt müsse ein Subspezialist für Traumatologie in einem Gutachten beurteilen.

### **E. 6.4.1**

Bei den Stellungnahmen des RAD-Arzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ sowie der Spezialärzte des medizinischen Dienstes der IVSTA handelt es sich um Berichte im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG (vgl. zum Sinn und Zweck dieser gesetzlichen Norm sowie zu Art. 49 IVV siehe Urteil des BGer 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Berichten nach Art. 59 Abs. 2bis IVG kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidrelevante Aktenstücke (Urteil I 143/07 des BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5). Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 4.5.4 hiavor), kann auf Stellungnahmen des RAD resp. des medizinischen Dienstes nur unter der

Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall fragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen.

#### **E. 6.4.2**

Wie vorangehend ausgeführt, beurteilt das Bundesverwaltungsgericht den Sachverhalt bis und mit Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 7. Juli 2014 (siehe vorne E. 3.2). Nach diesem Zeitpunkt ergangene Arztberichte können deshalb - sofern sie keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vor der angefochtenen Verfügung erlauben - im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden. Der unter E. 6.3.6 aufgeführte Befund vom 27. Dezember 2014 (act. 13, Beilage 2; Übersetzung: act. 28) von Dr. J. \_\_\_\_\_ ist replikweise nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstellt worden. Jedoch zeigt dieser Bericht den Krankheitsverlauf auf und wiederholt im Wesentlichen die bereits vor Erlass der angefochtenen Verfügung gestellten Diagnosen und Beschwerdebilder, weshalb er in die Beurteilung des vorliegenden Sachverhaltes einzubeziehen ist.

#### **E. 6.4.3**

Der RAD-Arzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ beurteilte in seiner Stellungnahme vom 3. Oktober 2013 (IV-act. 54) die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der vorhandenen Akten, insbesondere des pluridisziplinären Gutachtens der SMAB-AG vom 30. Juli 2013 (IV-act. 44). Er führte weder Haupt- noch Nebendiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf. Als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wiederholte er die im Gutachten angegebenen Diagnosen. Er befand den Versicherten sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit ab dem 30. Juli 2013 für 0 % arbeitsunfähig, sofern von einem "Fall 6 a" ausgegangen werden könne. Werde nicht von einem "Fall 6 a" ausgegangen, sei der Versicherte sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit ab dem 13. Mai 2000 zu 50 % arbeitsunfähig. Dabei begründete Dr. med. C. \_\_\_\_\_ nicht, weshalb er den Versicherten für 50 % arbeitsunfähig hielt, wo er doch - im Einklang mit dem Gutachten - weder eine Haupt- noch eine Nebendiagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit feststellen konnte. Die von ihm gestellten Diagnosen betreffen lediglich solche, die keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Diesbezüglich kann die Stellungnahme vom 3. Oktober 2013 nicht nachvollzogen werden. Sie genügt den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht nicht.

#### **E. 6.5**

Es ist nun zu prüfen, ob aus den Krankenakten und dem pluridisziplinären Gutachten der SMAB-AG eine anspruchsbeeinflussende Änderung des Gesundheitszustandes und der damit einhergehenden Leistungsfähigkeit festgestellt werden kann. Diese muss im rechtsrelevanten Zeitraum - nämlich dem Zeitpunkt der Rentenzusprache am 21. Juli 2004 und dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. Juli 2014 - eingetreten sein.

#### **E. 6.5.1**

Die ursprüngliche Rentenzusprache beruhte auf der von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ am 25. Februar 2003 gestellten Diagnosen langgezogene depressive Anpassungsstörung (ICD-10: F43.21) und psychische Überlagerung der körperlichen Beschwerden (ICD-10: F54) sowie der Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. M. \_\_\_\_\_ (kantonale IV-Akten, Band 3/4, act. 39), in welcher eine depressive Störung mittleren Ausmasses genannt wurde, aufgrund

welcher der Versicherte für 50 % arbeitsunfähig befunden wurde. Es wurde ausgeführt, die Arbeitsunfähigkeit sei überwiegend psychisch bedingt (Akten SUVA, Band 4/4, act. 11; vgl. auch E. 6.2.1). Nachdem der Versicherte im Juni 2013 von den Gutachtern der SMAB-AG untersucht worden war, wurden keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit genannt. Es wurde im Konsens aller untersuchenden Haupt- und Teilgutachter festgestellt, dass der Versicherte vollzeitlich und vollschichtig arbeitsfähig sei. Einzig Dr. med. F. \_\_\_\_\_ kam im orthopädisch-/traumatologischen Teilgutachten vom 4. Juni 2013 (IV-act. 44, S. 36 - 38; S. 53 - 62) zum Schluss, dass allenfalls zur Vermeidung einer Provokation von Schultergelenksbeschwerden häufige schwere und die rechte Schulter belastende Arbeiten gemieden werden müssten. Jedoch seien auch aus orthopädisch somatischer Sicht dem Versicherten überwiegend alle Tätigkeiten zuzumuten, welche von einem gesunden altersgleichen 40-jährigen Mann verrichtet werden könnten. Ebenso wurden im Gutachten Ausführungen zur Entwicklung des Gesundheitszustandes seit der rentenzusprechenden Verfügung vom 21. Juli 2004 gemacht (IV-act. 44, S. 45 f.). Dazu wurde unter anderem angegeben, dass bereits im Mai 2000 eine posttraumatische Belastungsstörung ausgeschlossen worden sei. Auch wurde aufgrund der Akten eine Zustandsverschlechterung ab Oktober 2008 festgestellt. Der Versicherte sei jedoch antidepressiv behandelt worden, sodass er anlässlich der gutachterlichen Untersuchung keine diagnosewürdige depressive Störung mehr zeige. Im psychiatrischen Hauptgutachten wurde dazu ausgeführt, dass aufgrund der Medikation, die möglicherweise vorliegende Depression erfolgreich behandelt worden sei (IV-act. 44, S. 35). Aus psychiatrischer Sicht anlässlich der Untersuchung vom 7. Juni 2013 durch Dr. D. \_\_\_\_\_ wurde kein Krankheitsbild mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt. Der Versicherte führte anlässlich der Untersuchung aus, dass sein Zustand am Untersuchungstag gleich sei, wie an jedem anderen Tag auch und wie schon lange (IV-act. 44, S. 30). Somit kann darauf abgestellt werden, dass der anlässlich der pluridisziplinären Untersuchung festgestellte Gesundheitszustand über längere Zeit bestand und sich stabilisiert hat.

### **E. 6.5.2**

Der Beschwerdeführer machte beschwerdeweise geltend, das Rückweisungsurteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 1. Juli 2011 sei nicht richtig vollstreckt worden, da anstatt eines bidisziplinären ein polydisziplinäres Gutachten erstellt worden sei. Triplikweise verlangte er, das Gutachten der SMAB-AG sei aus dem Recht zu weisen. Es könne nur auf die Fachdisziplinen der Psychiatrie und Neurologie abgestellt werden. Das Ergebnis sei ein anderes, als wenn effektiv ein bidisziplinäres Gutachten korrekt entsprechend dem Rückweisungsauftrag angefertigt worden wäre. Zudem seien nicht die richtigen Fragen an den Gutachter gestellt worden, resp. seien diese nicht aufgefordert worden, sich in einer rentenrelevanter Weise zur Veränderung des Gesundheitszustandes im Zeitraum vom 21. Juni 2004 bis zum 25. Januar 2010 zu äussern. Ausserdem sei nicht auf den psychischen Gesundheitszustand im Jahr 2008, in welchen der Versicherte einen Selbstmordversuch unternommen hatte, eingegangen.

### **E. 6.5.3**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, 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). Mit der pluridisziplinären

Begutachtung kann auch 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). Zudem ist das Sozialversicherungsverfahren vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, Bern 1983, S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des EVG I 520/99 vom 20. Juli 2000). Demnach hatte die Vorinstanz die Pflicht, neben den im Rückweisungsentscheid des Bundesverwaltungsgerichts vom 1. Juli 2011 genannten Disziplinen noch zusätzliche Abklärungen vorzunehmen, um den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gesamthaft zu beurteilen zu können. Eine Rechtsverletzung kann in diesem Verhalten nicht erblickt werden. Das Gutachten der SMAB-AG enthält ausserdem sowohl eine Eigen- als auch eine Familienanamnese sowie vollständige Angaben zum Krankheitsverlauf und beantwortet den Fragenkatalog. Die Gutachter haben alle Berichte gewürdigt, umfassende Diagnosen unter Verwendung der ICD-10 Codes gestellt und ihre eigenen Einschätzungen und Schlussfolgerungen begründet. Offensichtlich haben sie sich mit den gesamten Vorakten beschäftigt. Es erfolgte eine lückenlose, konsistente Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im rechtsrelevanten Zeitraum. Der Argumentation des Beschwerdeführers, die Vorinstanz habe bei ihrer Beurteilung den Zeitraum des Jahres 2008 nicht beachtet, kann nicht gefolgt werden. Anzumerken ist ausserdem, dass die beurteilenden Ärzte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. F. \_\_\_\_\_ als Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, Dr. G. \_\_\_\_\_ als Facharzt für Neurologie und Dr. med. H. \_\_\_\_\_ als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin über die geforderten Facharztstitel verfügen. Insgesamt sind ihre Beurteilungen vollständig und können nachvollzogen werden. Es sprechen keine konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise, sodass ihr der volle Beweiswert zukommt.

#### **E. 6.5.4**

Der Bericht vom 30. April 2014 von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ und Dr. phil. klin. psych. N. \_\_\_\_\_ des medizinischen Zentrums O. \_\_\_\_\_ (IV-act. 69, E. 6.3.4) hingegen ist nicht geeignet, das Gutachten der SMAB-AG in Frage zu stellen. Die ausstellenden Ärzte haben weder den Beschwerdeführer persönlich untersucht, noch alle Unterlagen ausgewertet. Es wurde sogar angegeben, dass der Zustand des Versicherten nicht objektiv erfasst worden sei. Ebenso verhält es sich mit den Berichten von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 29. Mai 2013 und 27. Dezember 2014 (vgl. E. 6.3.6). Darin werden lediglich die bereits bekannten Diagnosen wiederholt und angegeben, es sei nicht zu einer Verbesserung des neurologischen und psychischen Zustandes gekommen. Zum genauen Krankheitsverlauf und den Erfolgen der medizinischen Massnahmen äusserte sich Dr. med. J. \_\_\_\_\_ nicht; ebensowenig begründete er seine Feststellungen.

#### **E. 6.5.5**

Zusammengefasst vermögen die Einwände weder von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ und Dr. phil. klin. psych. N. \_\_\_\_\_ noch von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ keine hinreichenden Zweifel an den Einschätzungen der Gutachter der SMAB-AG begründen, um davon abzuweichen. Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich. Der Antrag des Beschwerdeführers, zusätzliche Abklärungen zu tätigen, wird abgewiesen. Es ist somit erstellt, dass der Beschwerdeführer seit April 2012 zu 100 % arbeitsfähig ist.

#### **E. 6.6**

Die Vorinstanz stützte sich in ihrer Verfügung vom 7. Juli 2014 auf Bst. a SchlBest. IVG. Wie bereits dargelegt (E. 5.5), lag zum Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache keine somatoforme Schmerzstörung vor, sodass die Rente in Anwendung von Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG zu Unrecht aufgehoben wurde. Da der Beschwerdeführer seit April 2012 zu 100 % arbeitsfähig ist, liegt eine erhebliche Änderung seines Gesundheitszustandes vor, sodass die Rente nach Art. 17 Abs. 1 ATSG von Amtes wegen aufgehoben wird. Im Ergebnis ist somit die Verfügung vom 7. Juli 2014 betreffend die Rentenaufhebung zu bestätigen (vgl. E. 3.5). Gemäss Art. 88bis Bst. a IVV erfolgt die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an. Demnach hat die Vorinstanz die IV-Rente des Beschwerdeführers zu Recht mit Wirkung per 1. September 2014 aufgehoben.

#### **E. 7**

Der Beschwerdeführer beantragte replikweise die Gewährung von Massnahmen zur Wiedereingliederung aufgrund von Art. 15 Bst. a und b des Sozialversicherungsabkommens und führte dazu aus, das Abkommen sehe eine Weiterversicherung für Personen vor, die nicht mehr in der Schweiz erwerbstätig sind und auch nicht (mehr) hier wohnen. Würde der Anspruch nicht gewährt, liege ein unzulässige Diskriminierung vor (act. 13). Gemäss Art. 15 Bst. a des Sozialversicherungsabkommens gelten für den Erwerb des Anspruchs auf Leistungen nach den schweizerischen Rechtsvorschriften über die Invalidenversicherung als Versicherte mazedonische Staatsangehörige, die ihre Erwerbstätigkeit in der Schweiz infolge Unfall oder Krankheit aufgeben müssen, deren Invalidität aber in diesem Land festgestellt wird, für die Dauer eines Jahres vom Zeitpunkt der Arbeitsunterbrechung mit nachfolgender Invalidität an; sie haben weiterhin Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung zu entrichten, als hätten sie Wohnsitz in der Schweiz. Nach Art. 15 Bst. b des Sozialversicherungsabkommens unterliegen mazedonische Staatsangehörige, die nach Aufgabe ihrer Erwerbstätigkeit Eingliederungsmassnahmen der schweizerischen Invalidenversicherung erhalten, der Beitragspflicht in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung. Vorliegend lebt der Beschwerdeführer mindestens seit 2007 in Mazedonien. Da er, um einen Anspruch auf Wiedereingliederungsmassnahmen zu haben, der Beitragspflicht unterliegt, hat er weiterhin Beiträge an die schweizerische AHV/IV zu leisten. Dies geht weder aus den Akten hervor, noch wird es von ihm belegt. Aus dem Umstand, dass er ein Gesuch auf Erteilung einer mehrjährigen Aufenthalts- und Arbeitsbewilligung stellen und Wohnsitz in der Schweiz nehmen will, kann er keine Rechte ableiten. Der Antrag auf Wiedereingliederungsmassnahmen wird demnach abgewiesen.

#### **E. 8**

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ergibt sich zusammenfassend, dass die IV-Rente des Beschwerdeführers nach Art. 17 Abs. 1 ATSG mit Wirkung per 1. September 2014

aufgehoben wird. Die Verfügung der Vorinstanz vom 7. Juli 2014 ist im Ergebnis zu bestätigen und die dagegen am 12. September 2014 erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

## **E. 9**

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

### **E. 9.1**

Gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Der Beschwerdeführer hat beschwerdeweise ein Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung gestellt und mit Eingabe vom 20. Oktober 2014 (act. 5) das entsprechende Formular und die erforderlichen Beilagen eingereicht. Aufgrund des eingereichten Gesuchs und der Beweismittel ist von der Bedürftigkeit des Beschwerdeführers auszugehen. Zudem kann die Sache nicht als von vorneherein aussichtslos im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung bezeichnet werden (vgl. Urteil des BGer 8C\_172/2010 vom 29. März 2010 E. 3 m.w.H.). Aus diesem Grund werden dem unterliegenden Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten auferlegt.

### **E. 9.2**

Die obsiegende Vorinstanz hat als Bundesbehörde keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 73.320.2]).

### **E. 9.3**

Zu prüfen bleibt, ob dem Beschwerdeführer Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler als unentgeltliche Rechtsbeiständin im Beschwerdeverfahren beizuordnen und ein amtliches Honorar zuzusprechen ist.

#### **E. 9.3.1**

Die unentgeltliche Verbeiständung nach Art. 65 Abs. 2 VwVG setzt voraus, dass die mittellose Partei, deren Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheinen (beides ist vorliegend zu bejahen), zur Wahrung ihrer Interessen eines Anwalts bedarf. Nach der Rechtsprechung trifft dies zu, wenn Interessen der gesuchstellenden Partei in schwerwiegender Weise betroffen sind und der Fall in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht Schwierigkeiten bietet, die den Beizug eines Rechtsvertreters erforderlich machen. Droht das infrage stehende Verfahren besonders stark in die Rechtsposition der betroffenen Person einzugreifen, ist die Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters grundsätzlich geboten, sonst nur dann, wenn zur relativen Schwere des Falles besondere tatsächliche oder rechtliche Schwierigkeiten hinzukommen, denen die Gesuchsteller auf sich alleine gestellt nicht gewachsen wäre (vgl. Urteil des BGer 8C\_172/2010 vom 29. März 2010 E. 3 m.w.H.). Vorliegend sind diese Voraussetzungen gegeben, zumal der Fall in rechtlicher Hinsicht Schwierigkeiten bietet, sodass von einer hohen Komplexität des Verfahrens auszugehen und die Notwendigkeit einer anwaltlichen Verbeiständung zu bejahen ist.

#### **E. 9.3.2**

Für amtliche bestellte Anwältinnen und Anwälte sind die Art. 8 - 11 VGKE sinngemäss anwendbar (Art. 12 VGKE). Die Parteientschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei (Art. 8 Abs. 1 VGKE). Zu berücksichtigen sind ferner die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses (Art. 61 Bst. g Satz 2 ATSG). Das Anwaltshonorar bemisst sich in erster Linie nach dem notwendigen

Zeitaufwand (Art. 10 Abs. 1 VGKE). Der Anspruch auf unentgeltlichen Rechtsbeistand umfasst nicht alles, was für die Wahrnehmung der Interessen des Mandanten von Bedeutung ist. Ein verfassungsrechtlicher Anspruch besteht gemäss Art. 29 Abs. 3 BV vielmehr nur insoweit, als die Verbeiständung zur Wahrung der Rechte notwendig ist. Der Begriff der Notwendigkeit bestimmt nicht nur den qualitativen Anspruch (die Bestellung eines Rechtsbeistands), sondern auch den quantitativen (den Umfang der Vergütung). Entschädigungspflichtig sind jene Aufwendungen, die in einem kausalen Zusammenhang mit der Wahrung der Rechte im Prozess stehen und notwendig und verhältnismässig sind. Nur in diesem Umfang lässt es sich rechtfertigen, die Kosten der Staatskasse oder gegebenenfalls dem Prozessgegner aufzuerlegen (Urteil des BGer 9C\_857/2012 vom 4. Dezember 2012 E. 3.1). Dem letztgenannten Bemessungskriterium kommt denn auch seit jeher vorrangige Bedeutung zu. Bei der Frage nach dem notwendigen Vertretungsaufwand dürfen die Gerichte auch in Betracht ziehen, dass der Sozialversicherungsprozess von der Untersuchungsmaxime beherrscht wird, wodurch in vielen Fällen die Arbeit der Rechtsvertretenden erleichtert wird. Diese Arbeit soll nur insoweit berücksichtigt werden, als sich die Anwältin/der Anwalt bei der Erfüllung ihrer Aufgabe in einem vernünftigen Rahmen hält, unter Ausschluss nutzloser oder sonstwie überflüssiger Schritte. Zu entschädigen ist nicht der geltend gemachte, sondern nur der notwendige Aufwand (vgl. Urteil des BGer 8C\_723/2009 vom 14. Januar 2010 E. 3.2 und 4.3 mit Hinweisen).

### **E. 9.3.3**

Die Rechtsvertreterin hat vorliegend mit Triplik vom 1. Juni 2015 eine Kostennote mit einem geltend gemachten Arbeitsaufwand von 49.56 Stunden, abgerechnet zu einem Stundenansatz von Fr. 200.-, und einem Betrag von Fr. 11'014.25 (inkl. MWSt von Fr. 808.45) eingereicht (Beilage 2 zu act. 20). Der verrechnete Stundenansatz ist angemessen und daher nicht zu beanstanden. Allerdings übersteigt der geltend gemachte Zeitaufwand von annähernd 50 Stunden das in vergleichbaren Fällen als notwendig eingestufte Mass deutlich. Es ist insbesondere nicht ersichtlich, inwiefern sich in der vorliegenden Beschwerdesache ein überdurchschnittlicher Zeitaufwand als notwendig erweisen soll. Die Rechtsvertreterin, welche den Beschwerdeführer mindestens seit Einreichung des Gesuchs um Erhöhung der Invalidenrente im Oktober 2008 (Akten IVSTA, Band 1/4, act. 18) und u. a. auch im Verfahren C-1245/2010 vertreten hat, war mit dem Sachverhalt bereits vor Einreichen der Beschwerde im vorliegenden Verfahren vertraut. Der Sachverhalt war demnach überschaubar und hat auch nicht zu umfangreichen Rechtsabklärungen Anlass gegeben. Insbesondere ist unverständlich, inwiefern Abklärungen betreffend eines Gesuchs um Erteilung einer Aufenthaltsbewilligung beim Migrationsamt, eines Arbeitsvertrages im Reinigungsgewerbe sowie die Sicherheitslage in (...) (Anschläge) für das vorliegende Verfahren von Belang sein sollen. Weiter fällt auf, dass die Rechtsvertreterin für Besprechungen mit diversen Personen, für Abklärungen, Ausfüllen des Gesuchs um unentgeltliche Prozessführung und das Ausarbeiten der Beschwerde bereits einen Zeitaufwand von 16.93 h geltend macht. Ein solcher Aufwand erscheint weit überdurchschnittlich und kann auch nicht mit tatsächlichen oder rechtlichen Besonderheiten des konkreten Falls sachlich begründet und gerechtfertigt werden. Insgesamt erscheint für dieses Stadium ein Vertretungsaufwand von 7 Stunden angemessen. Für das Abfassen der Replik und die damit direkt zusammenhängenden Vorbereitungsarbeiten erscheint ein Aufwand von maximal 5 Stunden und für die Triplik ein solcher von höchstens 2 Stunden als notwendig und angemessen. Unter Berücksichtigung der Wiederaufnahme des Verfahrens aufgrund des Rückweisungsentscheids des Bundesverwaltungsgerichts vom 1.

Juli 2011 im Verfahren C-1245/2010 sowie des damit verbundenen, gebotenen und aktenkundigen Anwaltsaufwands ist die Entschädigung der Rechtsvertreterin auf Fr. 2'900.- festgesetzt (rund 14 Stunden zu einem Stundenansatz von Fr. 200.- inkl. als angemessen zu erachtende Auslagen in Höhe von rund Fr. 100.- sowie der MWST [vgl. dazu Urteile des BVGer C-5488/2012 vom 4. Februar 2016 E. 7.2 und A-4556/2011 vom 27. März 2012 E. 3.1.3]. Diese Entschädigung ist aus der Gerichtskasse zu leisten. Hinzuweisen ist auf Art. 65 Abs. 4 VwVG, wonach die begünstigte Partei der Gerichtskasse Ersatz zu leisten hat, wenn sie später zu hinreichenden Mitteln gelangt. Die Vorinstanz als obsiegende Partei hat keinen Anspruch auf eine Entschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 Abs. 3 VGKE).

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