

# **BVGer C-5558/2012 vom 5. Februar 2015**

Bundesverwaltungsgericht, 2015-02-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-5558\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5558_2012)

FR: TAF C-5558/2012 du 5 février 2015

IT: TAF C-5558/2012 del 5 febbraio 2015

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach den Vorschriften des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32), des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021 [vgl. auch Art. 37 VGG]) sowie des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1 [vgl. auch Art. 3 Bst. dbis VwVG]).

### **E. 1.2**

Gemäss Art. 31 VGG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen im Sinne von Art. 5 VwVG, sofern - wie vorliegend - keine Ausnahme nach Art. 32 VGG gegeben ist. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

### **E. 1.3**

Nach Art. 59 ATSG ist zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG).

### **E. 1.4**

Der am (...) verstorbene Versicherte hat am vorinstanzlichen Verfahren als Partei teilgenommen und erhob noch vor seinem Tod Beschwerde gegen die Verfügung vom 28. August 2012. Als Adressat der angefochtenen Verfügung war er durch diese besonders berührt und hatte an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse. Die Forderung des Versicherten ist mit seinem Tod auf seine Erbin, die Beschwerdeführerin, übergegangen (Art. 560 Abs. 2 des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs vom 10. Dezember 1907 (ZGB, SR 210); BGE 136 V 7 E. 2.1.2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_146/2008 vom 22. April 2008 E. 1.1). Die Beschwerdeführerin hat ein schutzwürdiges Interesse an der Aufhebung der vorinstanzlichen Verfügung, mit welchem Leistungen der Invalidenversicherung herabgesetzt wurden (vgl. Urteil 8C\_146/2008 E. 1.2). Somit ist die Beschwerdeführerin zur Beschwerde legitimiert. Da die Beschwerde im Übrigen form- und fristgerecht eingereicht wurde, ist darauf einzutreten (Art. 60 ATSG, Art. 52 Abs. 1

VwVG).

### **E. 2.1**

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens können die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids gerügt werden (Art. 49 VwVG).

### **E. 2.2**

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). 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. BGE 128 II 145 E. 1.2.2, 127 II 264 E. 1b).

### **E. 3**

Im Folgenden sind die im vorliegenden Verfahren anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze zur Prüfung der Herabsetzung der Invalidenrente per 1. August 2009 darzustellen.

#### **E. 3.1**

Der Versicherte war vormals in der Schweiz erwerbstätig gewesener, schweizerischer Staatsangehöriger mit Wohnsitz in den Philippinen. Daher richtet sich die Beurteilung des Anspruchs auf Invalidenrente in materiell- und verfahrensrechtlicher Hinsicht nach Schweizer Recht (Art. 2 Abs. 1 lit. b Ziff. ii i.V.m. Art. 3 Abs. 1 lit. a, Art. 5 Abs. 1 und Art. 6 des Abkommens vom 17. September 2001 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik der Philippinen über Soziale Sicherheit [SR 0.831.109.645.1]).

#### **E. 3.2**

Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln finden diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 132 V 368 E. 2.1; 130 V 1 E. 3.2). In materieller Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 132 V 220 E. 3.1.1; 131 V 11 E. 1). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

#### **E. 3.3**

Vorliegend ist die Rentenherabsetzung ab 1. August 2009 strittig. Betreffend das IVG sowie die Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) ist auf die seit 1. Januar 2008 in Kraft stehenden Fassungen abzustellen (5. IV-Revision; AS 2007 5129; AS 2007 5155). Für die Prüfung des Rentenanspruches ab dem 1. Januar 2012 sind die Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]). Da die 6. IV-Revision hinsichtlich Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2011 bestehenden Rechtslage gebracht hat, ist die zur

altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend.

#### **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; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 E. 7.3).

#### **E. 4.2**

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

#### **E. 4.3**

Ändert sich der Invaliditätsgrad 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 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 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 bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1).

#### **E. 4.4**

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 ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4). Einem Arztbericht kommt Beweiswert zu, wenn dieser 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 und die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; 123 V 331 E. 1c; zur Beweiskraft von Stellungnahmen der Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) vgl. Bundesgerichtsurteil 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4; BGE 137 V 210 E. 1.2.1).

## **E. 5**

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht das Vorliegen eines Revisionsgrundes beim Versicherten bejaht und gestützt darauf mit Verfügungen vom 3. Juni 2009 und vom 28. August 2012 seine bisher ausgerichtete ganze Rente per 1. August 2009 durch eine halbe Rente ersetzt hat.

### **E. 5.1**

Im Rahmen der vorliegend als Vergleichsbasis dienenden rentenzusprechenden Verfügung vom 28. Mai 2004 (IV-act. 83) lagen der IV-Stelle des Kantons A. \_\_\_\_\_ zwei psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2001 sowie vom 30. Juli 2003 vor (IV-act. 43; act. 70).

### **E. 5.2**

Dr. med. E. \_\_\_\_\_ führte in den Gutachten aus, der Versicherte habe früher an einer Alkoholsuchterkrankung gelitten, sei aber seit einer erfolgreichen Entziehungsbehandlung 1989/1990 dauerhaft abstinent und bis Ende 1999 offenbar psychisch gut kompensiert gewesen. In der Silvesternacht vom 31. Dezember 1999 sei neben dem Kopf des Versicherten ein Feuerwerkskörper explodiert. Dadurch habe er ein Knalltrauma mit Perforation des rechten Trommelfells erlitten. In der Folge habe sich ein hochfrequenter therapieresistenter Tinnitus sowie eine rechtsseitige, leichtgradige Hörminderung (Hörschwelle rechts zwischen 25 und 45 dB, links zwischen 10 und 20 dB) entwickelt, wobei die Hörminderung die Bedingungen für IV-Leistungen nicht erfülle. Der Versicherte habe anlässlich der Untersuchungen vom 15. Oktober 2001 sowie vom 25. Juli 2003 ausgeführt, er nehme den Tinnitus seit dem Unfall unverändert als ununterbrochenes Pfeifen in beiden Ohren wahr. Er leide deswegen an Schlafstörungen und erachte sein

Leben nicht als lebenswert. Einzig die Beziehung zu seiner Freundin bewahre ihn davor, Suizid zu begehen. Zudem leide er permanent an quälenden Ängsten, welche ihn daran hindern würden, die Wohnung zu verlassen, sich in der Stadt unter die Leute zu begeben oder Fahrgäste in seinem Taxi zu chauffieren. Jede Kleinigkeit bringe ihn durcheinander und lasse ihn depressiv versacken. Ausserdem sei er vergesslich und habe Mühe, sich zu konzentrieren. Er befinde sich seit März 2000 in regelmässiger ambulant psychiatrischer Behandlung und nehme täglich 40mg Fluctine ein. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hielt fest, der Versicherte habe als Folge des Knalltraumas eine reaktive Depression, ausgeprägte Ängste sowie eine chronische latente - anlässlich der Erstbegutachtung noch akute - Suizidalität entwickelt. Es stehe ein mittelschweres depressives Zustandsbild mit massiven Ängsten im Vordergrund. Der Versicherte sei seit dem Unfall auf seinen Tinnitus eingeengt, welchen er als unverändert unerträglich empfinde. In sozialer Hinsicht sei er durch Ängste und Irritabilität beeinträchtigt. Im Ergebnis stellte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ folgende Diagnose: - Status nach Alkoholabhängigkeit mit Status nach erfolgreicher Entziehungsbehandlung 1989/1990 und offenbar seitheriger andauernder Abstinenz (ICD-10: F10.20) - Anpassungsstörung nach Knalltrauma am 31.12.1999 mit einem therapieresistenten Tinnitus, langdauernder Angst und depressiver Reaktion als Folge (ICD-10: F43.22). Zur Präzisierung führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in seinem ersten Gutachten vom 25. Oktober 2001 aus, die reaktiv depressive Störung hätte sich differentialdiagnostisch auch als mittelgradige bis schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.1 resp. F32.2) klassifizieren lassen. Da aber ein klar umschriebenes Trauma als Auslöser für die Störung vorliege und deren Entwicklung von den Folgen des Traumas bzw. dem Auftreten des Tinnitus abzuhängen scheine, habe er der Diagnose "Anpassungsstörung" den Vorzug gegeben (IV-act. 43). Aus diesen Beeinträchtigungen resultiere für den angestammten Beruf als Taxifahrer eine Arbeitsfähigkeit von 0%, da der Versicherte Fahrgästen nicht zumutbar sei. Für anderweitige Erwerbstätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit höchstens 20%. Eine Erwerbstätigkeit in der freien Wirtschaft sei aufgrund der psychischen Erkrankung und fehlenden Ausbildung des Versicherten illusorisch, in selbständiger Tätigkeit sei mittelfristig eine Arbeitsfähigkeit von 25% indessen möglich (IV-act. 70; act. 43).

## **E. 6**

Beim Erlass der rentenherabsetzenden Verfügungen stützte sich die Vorinstanz auf das Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 3. April 2012 (IVSTA-act. 104), die Stellungnahme des RAD Rhone vom 8. Juni 2012 (IVSTA-act. 107) sowie das im Vorverfahren (Verfahrens-Nr. C-\_\_\_\_\_/2009) eingeholte Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 10. November 2008 (IVSTA-act. 30) und die Stellungnahme des RAD Rhone vom 9. Dezember 2008 (IVSTA-act. 38).

### **E. 6.1**

Dr. med. B. \_\_\_\_\_ hielt in seinem Gutachten vom 10. November 2008 fest, der Versicherte habe anlässlich der Untersuchung vom 9. Oktober 2008 ausgeführt, vor dem erlittenen Knalltrauma hätte er keine psychischen Beschwerden gehabt. Er sei jedoch vorübergehend, bis zur erfolgreichen Suchtbehandlung 1989/1990, alkoholabhängig gewesen. In der Silvesternacht 1999/2000 sei er bei einem Feuerwerk von einer Rakete am Kopf getroffen worden. In der Folge habe sich ein massiver Tinnitus herausgebildet, der nach wie vor bestehe. Er habe zahlreiche Therapien versucht, welche sich allesamt als erfolglos erwiesen hätten, sodass er resigniert habe. Er habe sich nie an den Tinnitus

gewöhnen können. Es sei zu Depressionen, Ängsten und Schlafstörungen gekommen. Die Depressionen seien früher ausgeprägt gewesen, sodass er während Jahren in psychiatrischer Behandlung gestanden sei. Des Öfteren sei es zu Selbstmordtendenzen gekommen, da er den Tinnitus kaum habe ertragen können. Im Jahr 2006 habe sein Leben eine Wende zum Besseren genommen. Via Internet habe er eine philippinische Frau kennengelernt, sei zu ihr in ein Taucherdorf gezogen und habe ein Kind mit ihr gezeugt. Auf den Philippinen könne er ausgiebig tauchen, was für ihn sehr wichtig sei; während des Tauchens nehme er den Tinnitus nicht wahr. Er werde gut umsorgt und fühle sich psychisch deutlich besser. Seiner Familie verdanke er eine regelmässige Lebensgestaltung. Die Depressionen und Ängste hätten sich zurückgebildet. Er nehme weiterhin Fluctinetabletten ein und mache bei einer Ortsgruppe der Anonymen Alkoholiker mit; eine psychiatrische Behandlung sei nicht notwendig. An Zwängen oder Ängsten leide er nicht. Seine Belastbarkeit sei jedoch noch immer reduziert. Bereits kleine Anforderungen - etwa die von der Invalidenversicherung verlangte Reise nach A. \_\_\_\_\_ - würden ihn stark belasten. Als objektiven Befund hielt Dr. med. B. \_\_\_\_\_ fest, der Versicherte sei mürrisch, phasenweise resigniert und subdepressiv. Er wirke psychisch auf seinen Tinnitus fixiert. Es liege keine Suizidalität vor. Der Versicherte besitze eine Veranlagung zur Alkoholsucht. Seit 1989/1990 bestehe glaubhaft eine Alkoholabstinenz. Bis zum Unfall in der Silvesternacht vom 31. Dezember 1999 sei der Versicherte psychisch in ordentlicher Verfassung gewesen, es gebe keine Hinweise auf damals bestehende Depressionen oder andere psychische Erkrankungen. Das Knalltrauma habe einen Tinnitus zur Folge gehabt, welcher weiterhin bestehe und zu welchem er sich als Psychiater nicht äussern könne. Da der Versicherte sich an diese gesundheitliche Störung nicht habe anpassen können, habe der vorbegutachtende Psychiater Dr. med. E. \_\_\_\_\_ eine Anpassungsstörung festgestellt. Gemäss ICD-10 bestehe eine Anpassungsstörung in der Regel nicht länger als zwei Jahre und könne danach in eine eigenständige psychische Störung übergehen. Der Versicherte habe tatsächlich öfters an depressiven Episoden gelitten, welche zu Beginn ausgeprägt gewesen seien und weswegen er in psychiatrisch-ambulanter Behandlung gewesen sei. Seit längerem sei eine leichte bis mittelgradige depressive Episode vorhanden. Die entsprechenden Symptome - reduzierte Belastbarkeit, Konzentrationsprobleme, Schlafstörungen, phasenweise Verstimmungen - seien nachweisbar. Den günstigen Verlauf verdanke der Versicherte zu einem bedeutenden Teil seinem Aufenthalt auf den Philippinen. Er sei dort in seiner Familie integriert und habe mit seiner philippinischen Freundin ein Kind gezeugt. Dies stelle einen tragenden Lebenssinn dar, was sich günstig auf Depressionen und Ängste auswirke. Es sei zu vermuten, dass der Versicherte depressiver wäre, wenn er in der Schweiz leben müsste. Aus medizinischer Sicht habe sich entsprechend in den letzten ein bis zwei Jahren (2006/2007) eine Verbesserung gegenüber der ursprünglichen Beurteilung der IV-Stelle des Kantons A. \_\_\_\_\_ ergeben, wonach der Versicherte als 74% invalid ab 1. Januar 2001 eingestuft worden war. Die depressive Episode sei noch leicht bis mittelgradig ausgeprägt, während der Alkoholabusus sistiert sei. Anderweitige psychische Krankheiten oder eine Persönlichkeitsstörung seien nicht nachweisbar. Folgeschädigungen durch die ehemalige Alkoholabhängigkeit wie Persönlichkeitsabbau oder amnestisches Syndrom seien nicht vorhanden; es habe sich hierbei um primären Alkoholismus gehandelt, während die depressiven Episoden erst nach dem Knalltrauma im Zusammenhang mit dem Tinnitus aufgetreten seien. Es fänden sich weder Zwänge noch Phobien, ebensowenig sei der Versicherte dissozial; der affektive Rapport zu ihm lasse sich gut herstellen. Die Weiterführung der medikamentösen Behandlung sei über längere Zeit angezeigt, während

eine psychiatrische Therapie auf den Philippinen sozialpraktisch kaum durchführbar und zudem nicht dringend indiziert sei. Als ungünstige krankheitsfremde Faktoren wurden eine lange Phase von Arbeitsuntätigkeit sowie sekundärer Krankheitsgewinn festgehalten. Im Ergebnis stellte Dr. med. B. \_\_\_\_\_ folgende Diagnose: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10:F33.0/33.1) - Status nach Alkoholabhängigkeit, seit langem abstinent (F10.20) - Aufenthalt in fremder Kultur (Z60.3) - Lange Phase von Arbeitsuntätigkeit (Z56) In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit sei es in der letzten Zeit zu einer theoretischen Verbesserung gekommen. Es bestehe eine - durch die Depression eingeschränkte - Arbeitsfähigkeit von 50% in der bisherigen wie auch in einer angepassten Verweistätigkeit. Es sei mit einer Stabilisierung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen, eine Verbesserung sei aber unwahrscheinlich (IVSTA-act. 30).

#### **E. 6.2**

RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 9. Dezember 2008 fest, aus medizinischer Sicht habe sich in den letzten ein bis zwei Jahren eine Verbesserung ergeben. Derzeit bestehe noch eine leichte bis mittelgradige Ausprägung der depressiven Störung. Es liege kein Alkoholismus mehr vor, ferner bestünden keine Folgeschäden in Form eines alkoholischen Persönlichkeitsabbaus oder eines amnestischen Syndroms. Auf otologischem Fachgebiet bestehe wohl eine leichte Hörminderung rechts. Das Auftreten des Tinnitus ohne fassbare Ohrerkrankung lasse eher an ein psychosomatisches Geschehen denken. Der Tinnitus stehe nicht im Hauptfokus des Interesses des Versicherten und scheine keine nennenswerten psychosozialen Auswirkungen zu haben. Es bestehe diesbezüglich keine soziale Rückzugstendenz. Ergänzend wurde festgestellt, dass der Versicherte offenbar eine Tauchschiule auf den Philippinen unterhalte. In Übereinstimmung mit dem Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ stellte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ die Hauptdiagnose "rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (F33.0/33.1)" und als Nebendiagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit "Status nach Alkoholabhängigkeit, seit langem abstinent (F10.20)", "Aufenthalt in fremder Kultur (Z60.3)" sowie "lange Phasen von Arbeitsuntätigkeit (Z56)". Die Arbeitsfähigkeit des Versicherten legte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ auf 50% in der bisherigen wie in einer angepassten Tätigkeit ab 9. Oktober 2008 - dem Datum der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. B. \_\_\_\_\_ - fest (IVSTA-act. 38).

#### **E. 6.3**

Mit ergänzender Stellungnahme vom 11. Mai 2009 stellte RAD-Arzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ als Hauptdiagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine "rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (F33.0/33.1)" sowie "Alkoholismus, seit 1990 abstinent (F10.20)". Zur Prognose hielt er fest, es sei eine Stabilisierung, aber keine weitere Verbesserung zu erwarten; eine Antidepressivatherapie sei auch weiterhin notwendig. Er beurteilte den Versicherten - in zeitlicher Abweichung zur früheren Stellungnahme des RAD vom 9. Dezember 2008 - sowohl in seiner bisherigen als auch in einer angepassten Verweistätigkeit als 50% arbeitsfähig ab 1. Januar 2008 (IVSTA-act. 61).

#### **E. 6.4**

In Folge der Rückweisung der Sache an die Vorinstanz durch das Bundesverwaltungsgericht zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung (IVSTA-act. 93) erstellte Dr. med. B. \_\_\_\_\_ im Auftrag der Vorinstanz ein ergänzendes Gutachten vom 3.

April 2012 (IVSTA-act. 104). In diesem nahm er Bezug auf die Ausdrücke einer Website des Versicherten, worin sich dieser als selbständiger Tauchlehrer und Inselführer auf den Philippinen anpries, sich unter anderem als hart arbeitend, dynamisch, enthusiastisch sowie sehr glücklich beschrieb und angab, über 780 Tauchgänge ausgeführt zu haben und seit seinem Unfall jahrelang im Dienstleistungsbereich erfolgreich selbständig erwerbstätig gewesen zu sein (IVSTA-act. 92). Dr. med. B. \_\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass diese Informationen zu keinen abweichenden Feststellungen in arbeitsmedizinischer und erwerblicher Hinsicht führten, und hielt an seinem Gutachten vom 10. November 2008 fest. Es bestünde zwar eine Diskrepanz zwischen den Angaben des Versicherten anlässlich der Untersuchung im Jahr 2008 und den in der Zwischenzeit via Internet bekannt gewordenen Fähigkeiten als Tauchlehrer. Es sei möglich, dass mehrere Angaben des Versicherten - etwa aggressive Reaktion bei Drucksituationen, schlechter Schlaf, starke Belastung durch kleine Anforderungen - unzutreffend seien. Indessen könne die Website des Versicherten nicht ohne weiteres als in ihrem Inhalt voll zutreffend beurteilt werden und stelle sich der Versicherte möglicherweise aus Reklamegründen gesünder und leistungsfähiger dar, als er in Wirklichkeit sei. Seine im Gutachten vom 10. November 2008 gestellte Diagnose einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode behalte weiterhin ihre Gültigkeit und werde durch die Website des Versicherten gar zusätzlich gestützt. Entsprechend sei auch die aus der Diagnose abgeleitete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50% weiterhin gültig, wobei eine höhere Arbeitsunfähigkeit sehr unwahrscheinlich erscheine (IVSTA-act. 104).

#### **E. 6.5**

RAD-Arzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ erachtete in seiner Stellungnahme vom 8. Juni 2012 das Zusatzgutachten von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ aus medizinisch-klinischer Sicht als überzeugend. Als Hauptdiagnose hielt er "Rezidivierende majore depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F 33.0/ F 33.1)", als Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit "Status nach Alkoholabhängigkeit, seit Langem abstinent (F 10.20)" fest und schloss auf eine Arbeitsfähigkeit von 50% in der bisherigen wie in einer angepassten Tätigkeit ab 1. Januar 2008 (IVSTA-act. 107).

#### **E. 7.1**

Der Versicherte reichte im Verfahren vor der Vorinstanz sowie im vorliegenden Beschwerdeverfahren drei Berichte des von ihm konsultierten M.D. C. \_\_\_\_\_, D. \_\_\_\_\_ (Philippinen), ins Recht (IVSTA-act. 57; act. 68; BVGer-act. 1).

#### **E. 7.2**

Im "Psychiatric Evaluation Report" vom 18. März 2009 führte M.D. C. \_\_\_\_\_ aus, dass der Versicherte in Folge eines explodierten Feuerwerks einen therapieresistenten Tinnitus entwickelt habe, der zu einer Depression geführt habe. Die Depression bestehe weiterhin. Anlässlich der Konsultation vom 17. März 2009 habe der Versicherte über Panikattacken, Schlaflosigkeit, Gedächtnis- und Konzentrationsschwierigkeiten, Übergewicht sowie Suizidgedanken geklagt. Er diagnostizierte eine schwere depressive Episode, möglicherweise kombiniert mit einer posttraumatischen Belastungsstörung. Er empfahl die Fortführung einer medikamentösen Behandlung sowie eine Psychotherapie und hielt fest, dass der Versicherte aufgrund seiner beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit auf staatliche Unterstützung angewiesen sei (IVSTA-act. 57).

#### **E. 7.3**

Im "Psychiatric Evaluation Report" vom 8. Juli 2009 hielt M.D. C.\_\_\_\_\_ fest, dass der Versicherte noch immer an einer schweren depressiven Episode leide, sich in einer unstabilen Verfassung befinde, seine Suizidgedanken und Panikattacken zugenommen hätten, er gelegentlich in exzessiven Mengen Alkohol trinke, sich sein Tinnitus ebenfalls verschlechtert habe und er noch immer an Gedächtnis- und Konzentrationsschwierigkeiten leide. Wie bereits im vormaligen Bericht stellte er die Diagnose einer schweren depressiven Episode möglicherweise kombiniert mit einer posttraumatischen Belastungsstörung und wies auf die Wichtigkeit einer psychiatrischen Behandlung und der staatlichen Unterstützung hin, da der Versicherte derzeit und bis auf Weiteres arbeitsunfähig sei (IVSTA-act. 68).

#### **E. 7.4**

In der als Beilage zur Beschwerde eingereichten "Medical Certification" vom 11. Oktober 2012 hielt M.D. C.\_\_\_\_\_ fest, dass sich der Versicherte im Jahr 2009 über Folgendes beklagt habe: Depressionen, Panik-attacken, Schlaflosigkeit, Gedächtnis- und Konzentrationsschwierigkeiten, Unfähigkeit als Tauchlehrer zu arbeiten sowie Übergewicht. Derzeit (im Jahr 2012) klagt der Versicherte noch immer über dieselben Beschwerden, habe jedoch infolge verminderten Appetits an Gewicht verloren. In den vergangenen drei Jahren hätte sich keine wesentliche Besserung ergeben. Im Ergebnis hielt M.D. C.\_\_\_\_\_ fest, der Versicherte leide an einer schweren depressiven Episode und sei auf finanzielle Unterstützung angewiesen, da er arbeitsunfähig sei (BVGer-act. 1).

#### **E. 8.1**

Der Vergleich der psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2001 und vom 30. Juli 2003 sowie derjenigen von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ vom 10. November 2008 und vom 3. April 2012 - welche von den RAD-Ärzten mit Stellungnahmen vom 9. Dezember 2008, 11. Mai 2009 und 8. Juni 2012 bestätigt wurden - führt zu folgenden Ergebnissen:

#### **E. 8.2**

In Bezug auf die psychische Verfassung des Versicherten ist seit dessen Auswanderung in die Philippinen im Jahr 2006/2007 eine Verbesserung gegenüber dem Zeitpunkt bei der Berentung feststellbar. Die mittelgradige bis schwere depressive Episode mit massiven, permanent vorhandenen Ängsten und einer chronischen latenten, anfänglich gar akuten Suizidalität entwickelte sich zu einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode. Von den anfänglich stark ausgeprägten Ängsten, welche sich in sozialer Hinsicht einschneidend auf den Versicherten auswirkten, ist in den revisionsweise eingeholten Gutachten nichts mehr zu bemerken. So führte der Versicherte gegenüber dem Erstbegutachter in den Jahren 2001/2003 noch aus, dass er permanent quälende Ängste verspüre: vor Menschenmassen, vor Fahrgästen in seinem Taxi oder davor, seine Wohnung zu verlassen und sich in die Stadt zu begeben (IV-act. 43; act. 70). Anlässlich der Untersuchung durch den Zweitbegutachter im Jahr 2008 war von derartigen Ängsten nicht mehr die Rede. Auch die Sui-zidalität fiel gemäss Gutachten vom 10. November 2008/ 3. April 2012 gänzlich weg.

#### **E. 8.3**

Der vom Versicherten in seiner Beschwerde vom 12. Oktober 2012 (BVGer-act. 1) vorgebrachte Einwand, im Gegensatz zu den Feststellungen des Gutachters Dr. med. B.\_\_\_\_\_ seien seine Depressionen immer noch ausgeprägt, die Ängste noch immer vorhanden und keine "deutliche" Besserung eingetreten, vermag das Gutachten nicht in

Frage zu stellen. Das Fortbestehen der depressiven Episode wurde durch das Gutachten nicht in Abrede gestellt. Angesichts der Tatsache, dass der Versicherte eine Beziehung zur Beschwerdeführerin aufbauen, sich in ihre Familie integrieren und selbst eine Familie gründen konnte, er sich zudem im Internet Fremden als Tauchlehrer und Inselführer anpries, ist das Fortbestehen massiver, sozial hinderlicher Ängste indessen unwahrscheinlich. Dass mit der Ausreise in die Philippinen und der Gründung einer Familie eine grundsätzliche Besserung eintrat, hat der Versicherte nicht bestritten.

#### **E. 8.4**

In seiner Beschwerde brachte der Versicherte des Weiteren vor, entgegen den Feststellungen im Gutachten habe er nicht ausgeführt, dass eine psychiatrische Behandlung nicht notwendig sei, sondern vielmehr, dass sie nicht möglich sei, da er sich hierfür in das acht Stunden Fahrzeit entfernte D.\_\_\_\_\_ begeben und dort allenfalls übernachten müsste, was seine finanziellen Möglichkeiten übersteige. Dies steht jedoch nicht im Widerspruch zu den Feststellungen von Dr. med. B.\_\_\_\_\_, wonach eine psychiatrische Therapie auf den Philippinen sozialpraktisch kaum durchführbar, jedoch - im Gegensatz zur weiteren Einnahme von Antidepressiva - nicht zwingend indiziert sei (IVSTA-act. 30).

#### **E. 8.5**

Zum weiteren Einwand des Versicherten, wonach sich der psychische Zustand eines Patienten nicht während eines einstündigen Gesprächs feststellen lasse, ist folgendes zu bemerken: Die Dauer des Explorationsgesprächs, welche gemäss Gutachten vom 10. November 2008 70 Minuten betrug (IVSTA-act. 30), ist für die Aussagekraft des Gutachtens nicht das entscheidende Kriterium. Massgeblich ist vielmehr, ob ein Arztbericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Urteil des BGer 8C\_942/2009 vom 29. März 2010 E. 5.2). Dies ist vorliegend der Fall, sodass die Untersuchungsdauer nicht zu beanstanden ist.

#### **E. 8.6**

Sodann erweist sich das Vorbringen des Versicherten, Dr. med. B.\_\_\_\_\_ habe das Gutachten einseitig zugunsten der Vorinstanz verfasst, als unbegründet. Vielmehr hielt der Gutachter zugunsten des Versicherten an seiner früheren Diagnose und der daraus resultierenden Arbeitsfähigkeit von 50% fest, obwohl die vom Versicherten unerwähnt gebliebenen Aktivitäten unbekanntes Ausmasses als freiberuflicher Tauchlehrer und Inselführer durchaus geeignet gewesen wären, die festgestellte Arbeitsunfähigkeit von 50% in Frage zu stellen. Von einer Befangenheit des Gutachters kann unter diesen Umständen keine Rede sein.

#### **E. 8.7**

Aus den vom Versicherten eingereichten Berichten des von ihm auf den Philippinen konsultierten M.D. C.\_\_\_\_\_, welche allesamt eine schwere depressive Episode ("major depressive disorder") diagnostizieren, ergibt sich nichts, was den Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ widersprechen würde. Die sehr knapp gehaltenen Berichte geben vorwiegend die subjektiven Vorbringen des Versicherten wieder, ohne dass die gestellte - im Übrigen unpräzise - Diagnose auch nur kurz begründet oder das Ausmass der daraus abgeleiteten Arbeitsunfähigkeit festgelegt würde. Mangels Angaben zum Beginn und Ausmass der Arbeitsfähigkeit erfüllen die Berichte somit nicht die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Grundlage. Aufgrund der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten ist ein Bericht des behandelnden Arztes ohnehin mit Vorbehalt zu würdigen

(Urteil des Bundesgerichts 8C\_189/2008 vom 4. Juni 2008 E. 5; BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Sodann trifft es entgegen dem Vorbringen des Versicherten nicht zu, dass die Berichte von den begutachtenden Ärzten nicht berücksichtigt worden seien. Die Berichte vom 18. März 2009 und vom 8. Juli 2009 befanden sich bei den Akten der IVSTA, lagen Dr. med. B.\_\_\_\_\_ beim Erstellen des Gutachtens vom 10. November 2008 vor (IVSTA-act. 30) und wurden zudem dem RAD unterbreitet (IVSTA-act. 65). Das der Beschwerde beigelegte Schreiben vom 11. Oktober 2012 entstand erst nach dem Gutachten und konnte daher von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ nicht gewürdigt werden. Neue medizinische Aspekte wurden darin aber nicht genannt, vielmehr beschränkte sich das Schreiben auf die Wiederholung der vormals gemachten Ausführungen (BVGer-act. 1). Die Aussagekraft der Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ wird dadurch nicht in Frage gestellt.

### **E. 8.8**

Schliesslich warf der Versicherte dem Zweitgutachter vor, nicht auf die vorgebrachten Beschwerden wegen des Tinnitus eingegangen zu sein. Ihm würden nicht nur seine Depressionen zu schaffen machen, sondern auch sein Tinnitus, der zu Konzentrationsschwierigkeiten und Gedächtnisproblemen führe.

### **E. 8.9**

In der medizinischen Lehre wird der Tinnitus als ein regelmässiges, mehr oder weniger dauernd vorhandenes, in einem oder beiden Ohren lokalisiertes diffus im Kopf empfundenes Geräusch oder als akustische Wahrnehmung bezeichnet, welche keinen externen akustischen Quellen zugeordnet werden kann. Er wird überwiegend nicht als eigenständige Krankheit, sondern als Symptom aufgefasst. Im Gegensatz zum "objektiven" Tinnitus, welcher ein körpereigenes Geräusch darstellt, lässt sich der - weitaus häufigere (95% der Fälle) - "subjektive" oder "nicht objektivierbare" Tinnitus nicht objektiv messen (BGE 138 V 248 E. 5.7 f. m.w.H.; Jörg Jeger, Tinnitus: ein psychisches Leiden? Gedanken zu BGE 8C\_498/2011 vom 3. Mai 2012 aus medizinischer Sicht, in: Jusletter 27. August 2012, S. 3 f. m.w.H.; de Gruyter [Hrsg.]: Psychrembel Klinisches Wörterbuch, 264. Aufl. 2013, S. 2096). Entsprechend wird der Schweregrad eines subjektiven Tinnitus nicht mittels objektiver Messungen, sondern aufgrund der Angaben der betroffenen Person und deren subjektiv empfundenen Beeinträchtigung festgelegt (BGE 138 V 248 E. 5.9.2). In der medizinischen Lehre besteht Einigkeit darüber, dass bei vielen Betroffenen ein Zusammenhang zwischen dem Tinnitus und psychischen Störungen, wie Depressionen oder Ängsten, besteht. Psychische Störungen treten mithin gehäuft als Folge des Tinnitus auf, während der Tinnitus nicht selbst als Teil einer psychischen Erkrankung aufzufassen ist (Jeger, a.a.O., S. 4, mit Verweis auf B. Langguth et. al., A review of tinnitus symptoms beyond "ringing in the ears", a call to action, in: Current Medical Research and Opinion 2011, S. 1635 - 1643).

### **E. 8.10**

Zunächst ist es unzutreffend, dass Dr. med. B.\_\_\_\_\_ den Tinnitus nicht berücksichtigt haben soll. Im Gegenteil ging Dr. med. B.\_\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 10. November 2008 ausführlich auf die geschilderten Tinnitusbeschwerden ein, hielt aber gleichzeitig fest, dass er sich als Psychiater nicht zum Tinnitus äussern könne. Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung stellte Dr. med. B.\_\_\_\_\_ somit in Kenntnis und unter Berücksichtigung des Tinnitus (IVSTA-act. 30).

### **E. 8.11**

Aus den Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 30. Juli 2003 (IV-act. 70) sowie vom 25. Oktober 2001 (IV-act. 43) und der darauf beruhenden rentenzusprechenden Verfügung der IV-Stelle des Kantons A. \_\_\_\_\_ vom 28. Mai 2004 (IV-act. 43) wird ersichtlich, dass bei der Rentengewährung die psychische Erkrankung, nicht aber der Tinnitus an sich im Vordergrund stand, wie es das Bundesverwaltungsgericht im Übrigen bereits im Urteil vom 5. September 2011 festgestellt hat (IVSTA-act. 93). Bezeichnenderweise umfasste die ursprüngliche Diagnose denn auch keinen Tinnitus, welcher in der ICD-10 unter dem Code H93 im Kapitel VII "Erkrankungen des Ohres und des Warzenfortsatzes" eingeordnet ist, sondern eine aufgrund des Knalltraumas entwickelte "Anpassungsstörung", welche sich systematisch im Kapitel V "Psychische und Verhaltensstörungen" unter dem Code F43.2 befindet (IV-act. 70). Dr. med. E. \_\_\_\_\_ wies in seinem Erstgutachten ausdrücklich darauf hin, dass sich die in Frage stehende Störung des Versicherten auch als mittelgradige bis schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.1 resp. F32.2) hätte klassifizieren lassen, er aber der Diagnose "Anpassungsstörung" den Vorzug gegeben habe, da sich die Störung auf ein klar umschriebenes Trauma als Auslöser zurückführen lasse und deren Entwicklung von den Folgen des Traumas bzw. dem Auftreten des Tinnitus abzuhängen scheine (IV-act. 43). Entsprechend ist vorliegend zur Beurteilung der Rentenrevision das allfällige Fortbestehen des Tinnitus losgelöst von den daraus folgenden psychischen Beschwerden nicht nur juristisch unerheblich, da der Tinnitus an sich bei der Berentung keine oder eine bloss untergeordnete Rolle spielte. Dass der Tinnitus - unabhängig von der psychischen Beeinträchtigung - seit dem Unfall vom 31. Dezember 1999 gleich geblieben oder an Intensität zugenommen und zu neuartigen Beschwerden geführt hätte, brachte der Versicherte nicht vor. Im Gegenteil führte er aus, dass er auf den Philippinen die Möglichkeit des ausgiebigen Tauchens habe und er den Tinnitus während des Tauchens nicht wahrnehme, was ihm Linderung verschaffe (BVGer-act. 1). Zudem macht eine isolierte Betrachtung des Tinnitus auch aus medizinischer Sicht aufgrund des vorstehend erwähnten engen Zusammenhangs zwischen dem Tinnitus und den als dessen Folge auftretenden psychischen Störungen keinen Sinn. Insbesondere wird in der medizinischen Lehre vermutet, dass das Auftreten einer psychiatrischen Komorbidität von der Intensität des subjektiv empfundenen Tinnitus abhängt. So konnte ein enger Zusammenhang zwischen subjektiver Belastung durch Ohrgeräusche und psychischen Störungen nachgewiesen werden (Jeger, a.a.O., S. 4, mit Verweis auf S. Holmes/ N.D. Padghma, Revier paper, More than ringing in the ears, A review of tinnitus and its psychosocial impact, in: Journal of Clinical Nursing 2009, S. 2927-2937). All dies legt den Schluss nahe, dass sich mit der Auswanderung des Versicherten in die Philippinen nicht nur die psychische Störung, sondern auch die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch den Tinnitus verbessert hat.

#### **E. 8.12**

Zusammenfassend legt die Gegenüberstellung der Gutachten den Schluss nahe, dass sich die Auswanderung in die Philippinen in zweifacher Hinsicht positiv auf den Gesundheitszustand des Versicherten ausgewirkt zu haben scheint. In der Möglichkeit des ausgiebigen Tauchens fand er eine Linderung seiner Tinnitusbeschwerden, während die Gründung einer Familie sich als begünstigend im Hinblick auf die massiven Ängste, die Suizidalität sowie die depressive Störung auswirkte. Entsprechend erscheint die von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ festgestellte und auf die günstigen, veränderten Lebensumstände zurückgeführte Verbesserung des Gesundheitszustandes des Versicherten nachvollziehbar.

### **E. 8.13**

Im Ergebnis erweisen sich die Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ als schlüssig, widerspruchsfrei und plausibel. Sie entsprechen den beweisrechtlichen Anforderungen (vgl. E. 4.4 hievor) und gestatten eine zuverlässige Beurteilung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten. Somit ist nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz gestützt auf diese Gutachten eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Versicherten annahm und mithin das Vorliegen eines Revisionsgrundes bejahte.

### **E. 9**

Auch der von der Vorinstanz durch einen Prozentvergleich ermittelte Invaliditätsgrad von 50% ist nicht zu beanstanden. In der rentenherabsetzenden Verfügung vom 3. Juni 2009 hielt die Vorinstanz fest, dass der Versicherte seit dem 9. Oktober 2008 wieder eine dem Gesundheitszustand angepasste Tätigkeit ausüben und dabei über 40% des Erwerbseinkommens erzielen könnte, welches er ohne Gesundheitsschaden erreichen würde (IVSTA-act. 65). In seinem Gutachten vom 10. November 2008 erachtete Dr. med. B. \_\_\_\_\_ den Versicherten nicht nur in einer angepassten, sondern auch in jeder früher ausgeübten Tätigkeit als 50% arbeitsfähig (IVSTA-act. 30). Demnach resultiert eine Einkommenseinbusse von 50%, was zu einem Invaliditätsgrad von 50% führt (Art. 16 ATSG). Unter diesen Umständen erübrigt sich die Durchführung eines bezifferten Einkommensvergleichs (zur Zulässigkeit des Prozentvergleichs vgl. auch Urteil des BGer 9C\_785/2009 vom 2. Dezember 2009 E. 2.2 mit Hinweisen auf BGE 114 V 310 E. 3a und BGE 104 V 135 E. 2b). Die Vorinstanz hat somit zu Recht festgestellt, dass der Versicherte Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hatte.

### **E. 10.1**

Nach Art. 88a Abs. 1 IVV ist die anspruchsbeeinflussende Änderung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentlichen Unterbruch drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Gemäss Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV erfolgt die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente in jedem Fall frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an. Aufgrund der Akten ist davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten spätestens im November 2008 (Datum des Gutachtens von Dr. med. B. \_\_\_\_\_) verbessert und seine Arbeitsfähigkeit mindestens 50% betragen hat. Die anspruchsbeeinflussende Änderung dauerte im Zeitpunkt der rentenherabsetzenden Verfügung (3. Juni 2009) bereits seit sechs Monaten an. Die Verfügung wurde dem Versicherten seinen Angaben zufolge am 26. Juni 2007 zugestellt (IVSTA-act. 65; act. 67). Die bisher gewährte Rente ist in Anwendung von Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an, vorliegend somit per 1. August 2009 aufzuheben.

### **E. 11**

Im Ergebnis ist festzustellen, dass die Vorinstanz die vormals gewährte ganze Invalidenrente zu Recht ab 1. August 2009 durch eine halbe Invalidenrente ersetzt hat. Die Beschwerde gegen die Verfügung vom 28. August 2012, mit welcher die herabsetzende Verfügung bestätigt wurde, ist somit abzuweisen.

### **E. 12.1**

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

#### **E. 12.2**

Gemäss Art. 63 VwVG sind die Verfahrenskosten der unterliegenden Partei aufzuerlegen. Da der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, werden ihr keine Verfahrenskosten auferlegt.

#### **E. 13**

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für die ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). (es folgt das Urteilsdispositiv)

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