

BVGer C-6482/2016 vom 28. Mai 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-05-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6482_2016

FR: TAF C-6482/2016 du 28 mai 2019

IT: TAF C-6482/2016 del 28 maggio 2019

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

E. 1.2

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist.

E. 1.3

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die ihn betreffende Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG).

E. 1.4

Nachdem das Bundesverwaltungsgericht mit Zwischenverfügungen vom 18. Januar 2017 und 22. Februar 2019 die Gesuche um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gutgeheissen hat und damit kein Kostenvorschuss zu leisten war, ist auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 20. Oktober 2016 einzutreten (Art. 60 ATSG, Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger des Kosovo und lebt seit Juli 2006 mit seiner Familie in (...), Kosovo. Der Kosovo gilt für die Schweizer Sozialversicherung seit dem 1. April 2010 als Nichtvertragsstaat. Das am 8. Juni 2018 abgeschlossene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Kosovo über soziale Sicherheit (vgl. BBl 2019 103) ist noch nicht ratifiziert und deshalb noch nicht anwendbar. Die bereits vor dem 1. April 2010 erworbenen Rechte gewährt die Schweiz aber, in praktischer Anwendung des Abkommens zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der (ehemaligen) Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung vom 8. Juni 1962 (SR 0.831.109.818.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) weiter (Art. 25 Abs. 2 Sozialversicherungsabkommen). Der Besitzstand ist nach den tatsächlichen

Verhältnissen per diesen Datums zu wahren, unabhängig davon, wann eine Verfügung ergangen ist (BGE 139 V 335 E. 6.1 f.).

E. 2.2

Unter Geltung des Sozialversicherungsabkommens sind Angehörige der jeweiligen Staaten den Angehörigen des Partnerstaates in Rechten und Pflichten betreffend die Invalidenversicherung gleichgestellt, insoweit nicht das Abkommen selbst eine Differenzierung vorsieht (Art. 2 Sozialversicherungsabkommen). Als eine solche Differenzierung sieht das Abkommen vor, dass ordentliche IV-Renten bei einem Invaliditätsgrad von unter 50 % nur solange ausgerichtet werden, wie ein Schweizer Wohnsitz aufrechterhalten wird (Art. 8 Bst. e Sozialversicherungsabkommen). Nach Art. 4 Sozialversicherungsabkommen ist grundsätzlich die Gesetzgebung desjenigen Landes anwendbar, in welchem die für die Versicherung massgebende Beschäftigung ausgeübt wird. Bezog ein Staatsangehöriger aus dem Kosovo vor dem Verlassen der Schweiz eine IV-Rente, ist er Versicherten gemäss Schweizer Gesetzgebung gleichgestellt (Art. 8 Bst. b Sozialversicherungsabkommen). Demnach bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 2.3

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 16. September 2016) 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. 2.4

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 16. September 2016 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]).

E. 3.1

Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

E. 3.2

Die Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes hat nach dem Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen zu erfolgen (Art. 12 VwVG). Auch das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen).

E. 3.3

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, S. 212, Rz. 450; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b).

E. 3.4

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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). Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob eine seelische Abwegigkeit mit Krankheitswert besteht, welche die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern ihr trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar ist (BGE 141 V 281 E. 2.1, 3.1 und 3.7.1; Urteil des BGer 8C_77/2016 vom 18. April 2016 E. 3.3).

E. 3.5

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) beziehungsweise Art. 28 Abs. 2 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Laut Art. 28 Abs. 1ter IVG (in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) beziehungsweise Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme liegt - wie oben dargelegt (E. 2.2) - vorliegend nicht vor. Nach der Rechtsprechung stellt diese

Regelung nicht eine blosse Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

E. 3.6

Vorliegend hat die Vorinstanz ihre Rentenrevision mit dem Vorliegen eines Revisionsgrundes nach Art. 17 Abs. 1 ATSG begründet.

E. 3.6.1

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; vgl. auch Art. 88a IVV). Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten (...) erfolgt frühestens vom ersten Tag der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88bis Abs. 2 Bst. a IVV).

E. 3.6.2

Anlass zur Rentenrevision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 mit Verweisen auf BGE 130 V 343 E. 3.5 u. w. H.). 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 (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 (BGE 135 V 201 E. 6.1.1 m. H. auf BGE 112 V 371 E. 2b und z. B. BGer 9C_414/2016 vom 7. Dezember 2016 E. 3).

E. 3.6.3

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte Beurteilung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und - bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens - Durchführung eines Einkommensvergleichs (Art. 16 ATSG) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4).

E. 3.7.1

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; 125 V 256 E. 4).

E. 3.7.2

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a m.H. auf BGE 122 V 160 f. Erw. 1c m.H.).

E. 3.7.3

Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So weicht der Richter bei Gerichtsgutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Was Parteigutachten anbelangt, rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, nicht Zweifel an ihrem Beweiswert. Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt schliesslich 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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b aa-ee m.w.H.). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2, bestätigt im Hinblick auf den RAD z. B. in BGer 8C_694/2018 vom 22. Februar 2019 E. 3.4; siehe zum Beweiswert von Gerichtsgutachten auch BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2 mit Hinweisen, sowie zum Beweiswert von medizinischen Berichten im Allgemeinen: Ueli

Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 55).

E. 4

Angefochten ist die Verfügung der IVSTA vom 16. September 2016, in welcher eine ganze Invalidenrente gestützt auf Art. 17 Abs. 1 ATSG (oben E. 3.6.1 f.) revisionsweise aufgehoben wurde. Umstritten und durch das Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist deshalb, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers rentenrelevant verbessert hat (nachfolgend E. 5). Weiter ist - falls dies zutreffen sollte - zu prüfen, ob die Vorinstanz die Rente unter den vorliegenden Umständen aufheben durfte (E. 6).

E. 4.1

Die Vorinstanz begründet in ihrer Verfügung vom 16. September 2016 die Einstellung der Invalidenrente per 31. Oktober 2016 im Wesentlichen damit, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem 10. September 2013 erheblich verbessert habe und noch ein Invaliditätsgrad von 37 % vorliege, weshalb kein Rentenanspruch mehr bestehe.

E. 4.2

Der Beschwerdeführer begründet seine Beschwerde einerseits damit, dass die Vorinstanz sein rechtliches Gehör im Hinblick auf die Bestellung der verschiedenen Gutachter verletzt habe, weshalb auf die psychiatrischen Gutachten von Dr. G._____ und Dr. H._____ schon aus diesem Grund nicht abgestellt werden könne. Die Vorinstanz habe andererseits den Untersuchungsgrundsatz verletzt, da aus den beiden psychiatrischen Gutachten unsichere und unklare Untersuchungsergebnisse hervorgingen, die nicht auflösbar seien. Beide Gutachten verfügten insgesamt nicht über einen genügenden Beweiswert. Die Behauptung der Aggravation anlässlich der Begutachtung (v. a. von Dr. H._____), sei ungenügend begründet und werde nicht nachvollziehbar von einer blossen Verdeutlichung abgegrenzt. Dr. H._____ habe im Übrigen die Standardindikatoren nicht geprüft, weshalb das Gutachten unvollständig und deshalb weder zuverlässig noch schlüssig sei. Hinsichtlich der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung bejahe Dr. H._____ zwar alle diagnostischen Kriterien bis auf eines, das unklar sei, halte die Kriterien aber für ungenügend erfüllt, ohne dies überzeugend zu begründen. Der Beschwerdeführer bestritt zudem, dass die depressive Störung - weswegen ihm die Rente im Jahre 2002 zugesprochen worden sei - remittiert sei.

E. 4.3

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in anspruchsrelevanter Weise verändert hat, bildet hier die Rentenverfügung vom 3. Juli 2002, die auf einer interdisziplinären MEDAS-Begutachtung basiert (siehe nachfolgend E. 4.4). Die rentenbestätigenden Mitteilungen vom 21. Juli 2005 und 29. September 2009 stützen sich entweder auf einen Bericht des Hausarztes, ohne nachfolgende Prüfung durch den damals behandelnden Hausarzt (doc. 22), oder auf kurzen Berichten der behandelnden Ärzte und dem Arztbericht E 213 vom 24. November 2009 (doc. 40 f.) und kurzen Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der Vorinstanz (doc. 37, 45) ab. Da auch im Rahmen der zweiten Revision keine eingehende Prüfung der Aktenlage im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (E. 3.6.3) erfolgte, sind die entsprechenden Akten nicht als Referenzpunkt zu berücksichtigen.

E. 4.4

Die Rentenzusprache vom 3. Juli 2002 beruhte auf der Beurteilung durch die MEDAS des C._____ vom 28. November 2001 (doc. 11), unterzeichnet durch Prof. Dr. L._____, Chefarzt MEDAS, Dr. M._____, Gutachtensarzt, Dr. N._____, Oberarzt, in allgemeinmedizinischer/internistischer Hinsicht sowie den Gutachtern in den Teildisziplinen Psychiatrie: Prof. Dr. O._____, Direktor Psychiatrische Poliklinik, und Dr. P._____, Oberarzt Psychiatrische Poliklinik, sowie in Rheumatologie: Dr. Q._____, Rheumatologe, Konsularius MEDAS. Als Diagnosen mit relevantem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter ein lumbales spondylogenes Syndrom mit Status nach Verhebetauma am 4. September 2000, ein Facettensyndrom der Lendenwirbelkörper L4/L5, eine Diskusprotrusion L4/L5 ohne Kompression und ohne neurologische Ausfälle, mit Symptomausweitung; eine depressive Episode mit somatischem Syndrom (schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome ICD-10 F32.21) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) an. Als weitere Diagnosen mit relevantem Krankheitswert finden sich eine chronische Bronchitis bei chronischem Nikotinabusus von 36 p/y und eine Adipositas Grad I (Body Mass Index [BMI] 30). Zur verbleibenden Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter im Wesentlichen aus, der Explorand habe nach dem Verhebetauma vom 4. September 2000 ein chronisches lumbales spondylogenes Schmerzsyndrom entwickelt. Die sensiblen Ausfälle seien nicht durch eine neurologische Kompression erklärt, sondern durch eine pathologische Schmerzverarbeitung im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung. Die schwere depressive Episode habe ebenfalls Einfluss auf die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die beiden Diagnosen addierten sich in der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit jedoch nicht. In seiner bisherigen Tätigkeit als Hilfsgipser sei der Explorand seit 4. September 2000 zu 100 % arbeitsunfähig. Diese Einschränkung sei dauerhaft durch das somatische Leiden und aktuell durch das psychische Leiden bedingt. Die bisherige schwere Tätigkeit sei ihm auch in Zukunft nicht mehr zumutbar. Die Verschlechterung der Schmerzen durch eine solche Tätigkeit sei plausibel und nachvollziehbar. Dennoch bestehe eine nicht unwesentliche Restarbeitsfähigkeit in einer als leicht zu beurteilenden Tätigkeit, welche vereinzelt auch bis mittelschwere Belastungen beinhalten könne (rückenschonend, wechselbelastend [stehend/sitzend, ideal bei ergonomischer Einrichtung des Arbeitsplatzes] und freiem Positionswechsel, Lasten bis maximal 5 kg, längeres Gehen in langsamem Tempo, erhöhter Zeitbedarf durch langsames Gehen, keine Akkordarbeit, keine Fliessbandarbeit). Die Prognose sei abhängig vom Greifen der beruflichen und medizinischen Massnahmen. Das Leiden sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit betrage zu Beginn 30 % (während drei Monaten), danach könne eine Steigerung auf 50 % innert 12 Monaten erfolgen. Aufgrund der psychiatrischen Einschätzung, wonach eine als schwer eingeschätzte Depression vorliege, sei ein Arbeitsbeginn nur in einem geschützten Umfeld auf dem zweiten Arbeitsmarkt zumutbar. Nach der Durchführung von medizinischen Massnahmen (aktive/passive Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie zur Beweglichkeits- und Kraftsteigerung, medikamentös mittels kombinierter Schmerz- und antiphlogistischer Therapie sowie einer schmerzmodulierenden antidepressiven Therapie/Kombinationstherapie) und nach einer Angewöhnungsphase könne auch eine Arbeitstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt ins Auge gefasst werden, falls sich das psychische Krankheitsbild verbessert habe. Dr. R._____ vom RAD führte dazu am 7. Februar 2002 im Wesentlichen aus, limitierend für die Arbeitsfähigkeit sei die psychische Störung. Die somatische Problematik sei aus medizinischer Sicht wenig relevant. Zugesprochen wurde die IV-Rente aufgrund einer langdauernden Krankheit aus psychischer

Sicht bei einem IV-Grad von 95 % (vgl. doc.12, 14).

E. 4.5

Für das seit 30. November 2012 laufende und vorliegend in Frage stehende Revisionsverfahren (3. Revision; doc. 48) liegen folgende massgebenden medizinischen Beurteilungen vor, insbesondere zwei von der Vorinstanz eingeholte Administrativgutachten sowie das vom Bundesverwaltungsgericht eingeholte Gerichtsgutachten der I._____.

E. 4.5.1

Im bidisziplinären Gutachten der Dres. F._____, FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, und G._____, FMH Psychiatrie & Psychotherapie, vom 10. September 2013 (doc. 97 = 100), führte Dr. G. _____ aus, es sei rückblickend nicht festzustellen, "wann die Psychopathologie des Exploranden welche Schwankungen genommen" habe, weshalb er die psychiatrische Situation nicht abschliessend beurteilen könne. Die Angaben des Exploranden seien so inkonsistent und auch im Vergleich mit den Akten nicht in allen Bereichen nachvollziehbar, dass sie einerseits jegliche definitive psychiatrische Diagnose verunmöglichen und andererseits aber auch über eine tatsächlich vorhandene psychiatrische Diagnose hinwegtäuschen könnten. Der Gutachter stellte deshalb nur Verdachtsdiagnosen: Verdacht auf rezidivierende depressive Störungen F33 (ohne Quantifizierung der Schwere) und einen Verdacht auf eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung F45.4 mit somatischen und psychischen Faktoren. In rein rheumatologischer Hinsicht ergab sich ein chronifiziertes lumbovertebrales und spondylogenes Schmerzsyndrom bei beginnender Segmentdegeneration L4/5, weniger L5/S1, bei einem Status idem wie bei der Begutachtung im Jahre 2001. Klinisch und radiologisch seien keine Verschlechterungen eingetreten. Das Ausmass der präsentierten Schmerzsymptomatik sowie der körperlichen Einschränkungen seien im Rahmen einer chronischen Schmerzkrankheit sowie bei Vermeidungs- und Schonverhalten zu interpretieren. Während der Untersuchung hätten sich Diskrepanzen der körperlich möglichen Bewegungsausmasse und muskulären Stabilisierungsfähigkeit gezeigt. Am ehesten bestehe ein dysfunktionelles Schmerzbild, wobei die somatischen Korrelate der Lendenwirbelsäule und der Halswirbelsäule nicht ausreichend seien, um die Symptomatik erklären zu können. Die bisherige Tätigkeit als Gipser sei nicht mehr zumutbar. Zumutbar zu 100 % sei in rein somatischer Hinsicht eine leichte Tätigkeit in sitzender Position, allenfalls unter Wechselbelastung. Aus rheumatischer Sicht ergebe sich keine Änderung der Beurteilung zu den Vorbeurteilungen aus 2000 und 2001. Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, in psychiatrischer Hinsicht könne keine gesicherte psychiatrische Diagnose gestellt werden. In den früheren Akten werde eine schwere depressive Episode diagnostiziert. Wann diese abgeheilt sei, welchen Verlauf die affektive Störung genommen habe und welche Schwankungen in den letzten Jahren vorgelegen hätten, könne nicht festgelegt werden. Es bestehe eine gravierende Diskrepanz zwischen eigenen Untersuchungsbefunden und denjenigen aus den Akten aus dem Kosovo. Es sei durchaus möglich, dass das aggravatorische Verhalten des Exploranden anlässlich der Untersuchung eine tatsächlich vorliegende depressive Symptomatik übertünche. Eine abschliessende Beurteilung könne weder bezüglich der Diagnosen noch der Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden. Die Angaben des Exploranden und die Untersuchungssituation seien viel zu wenig ergiebig dafür, ausser im Hinblick auf die Feststellung einer erheblichen Aggravation.

E. 4.5.2

Der Psychiater Dr. H. _____ hielt in seinem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 6. August 2015 (doc. 157) nach eingehender Anamnese und Befunderhebung (Psychostatus und MADRS [Montgomery and Asberg Depression Rating Scale]) folgende Diagnosen fest: Anhaltende Schmerzstörung (F45.4; Hauptdiagnose), mit rezidivierenden ängstlich-niedergeschlagenen Verstimmungen, mit regelmässigem Gebrauch von ärztlich verordneten Benzodiazepinen und mit gemäss den Akten bekannter depressiver Störung, die gegenwärtig remittiert einzuordnen sei (F32.4/F33.4). Zu den diagnostischen Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.40) führte er aus, diese würden beim Versicherten ungenügend erfüllt, das Eingangskriterium und die Forderung nach ursächlichen psychischen Faktoren ("emotionaler Konflikt") sei unklar oder nur teilweise erfüllt. Die Ausprägung der Störung sei objektiv beim Exploranden im Vergleich zu ähnlichen Störungsbildern als maximal sehr leicht einzustufen. Weiter seien die ICD-10-Kriterien einer depressiven Episode nicht erfüllt. Der tatsächliche Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass zumindest einer leichten Depression. Im Vergleich zum psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS des C. _____ vom Oktober 2001 sei von einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen. Bereits im bidisziplinären Gutachten von G. _____/F. _____ vom September 2013 würden keine objektiven psychopathologischen Befunde mehr beschrieben, die eine depressive Episode gemäss F32/F33 begründen könnten. Ob bereits vor September 2013 auf diese Einschätzung abgestellt werden könne, könne aufgrund der Angaben in den Vorakten nicht geschätzt werden. Bei der Störung des Exploranden seien auch vielfältige (psycho)-soziale Faktoren zu benennen, welche die Motivation zur Leistungssteigerung deutlich beeinträchtigten. Sie erklärten die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit. Aus psychiatrisch/psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht seien keine weiteren Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten. Eine bewusstseinsnahe Aggravation (erhebliche, nicht krankheitsbedingte Diskrepanz zwischen subjektiver Beschwerdeschilderung und beobachtbarem Verhalten sowie objektivierbaren psychopathologischen Befunden [bspw. pseudodementies Antwortverhalten, freie motorische Beweglichkeit]; vage, widersprüchliche, demonstrative und unglaubwürdige Beschreibung der Defizite, bei weitgehend intaktem psychosozialen Umfeld) stehe hier im Vordergrund, wie schon die Gutachter G. _____/F. _____ im September 2013 erkannt hätten. Damit entfalle eine Prüfung der weiteren Standardindikatoren. Zur Arbeitsfähigkeit hielt der Gutachter fest, die Beeinträchtigungen seien aus psychiatrisch/psychotherapeutischer Sicht objektiv gering ausgeprägt. Aufgrund der anhaltenden Schmerzstörung werde eine relevante (bis 20 %) längerfristige Arbeitsunfähigkeit zu keinem Zeitpunkt begründet. Im Vergleich zum Gutachten der MEDAS des C. _____ sei von einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes (Remission einer depressiven Episode) auszugehen, sicher ab Datum der aktuellen Untersuchung (7. Juli 2015); bereits im Gutachten G. _____/ F. _____ würden keine objektiven psychopathologischen Befunde mehr beschrieben.

E. 4.5.3.1

Die polydisziplinäre Gerichtsbegutachtung durch die I. _____ wurde vom 15. - 17. Oktober 2018 durch Dr. med. S. _____ (Innere Medizin FMH, Ärztlicher Leiter

I. _____, Fallführung), PD Dr. med. T. _____ (Leitender Arzt Forensic/Versicherungsmedizin, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Psychiatrie und Psychotherapie FMH), Dr. U. _____ (Innere Medizin FMH, Rheumatologie FMH), PD Dr. med. et phil. V. _____ (Kaderarzt, Neurologie FMH) und Prof. Dr. rer. nat. med. habil. Dipl.-Psych. W. _____, Neuropsychologe) durchgeführt (inkl. radiologische Untersuchungen, Labor und Untersuchung der Lungenfunktion; Gutachten vom 31. Dezember 2018; B-act. 35). Die Gutachter stellten folgende Diagnosen: Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, anhaltend seit 09/2000 -keine Anhaltspunkte für ein radikuläres sensibles oder motorisches Reiz- oder Ausfallsyndrom - allseitige leichte Einschränkung der LWS-Beweglichkeit -bildgebend tieflumbale Facettengelenksarthrosen beidseits (Röntgen 17.10.2018), breitbasige Bandscheibenprotrusionen L4/5 und L5/S1 ohne Stenosierungen und ohne Wurzelaffektion (Magnetresonanztomographie [MRI] 17.10.2018) Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10; F45.4) 2. Vor dem Hintergrund der Diagnose 1: V.a. Rezidivierende depressive Störung, aktuell remittiert (ICD-10; F33.4) -Anamnestiche Angaben von mittelgradigen und schwergradigen depressiven Episoden, medizinisch nach den Dokumentationen schwer zu validieren 3. Ärztlich verordneter Gebrauch von Benzodiazepinen 4. Diffuse unspezifische Kopfschmerzen - DD: im Rahmen psychiatrischer Komorbidität, bei Diagnose 5 5. Chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom -Klinisch inkonstante Einschränkung der HWS-Beweglichkeit nach wechselnden Seiten, muskuläre Dolenzen - bildgebend Facettengelenksarthrosen tiefzervikal (Röntgen 17.10.2018), geringe Bandscheibenprotrusionen C3/4 und C/6 ohne Stenosen (MRI 17.10.2018) 6. Sensibilitätsstörungen der distalen oberen Extremitäten (inkonstant, nicht zuzuordnen, ohne neurologisch fassbares Korrelat) 7. Atypisches Thoracic-outlet-Syndrom möglich - radiologisch prominente Querfortsätze von HWK7 (Röntgen 17.10.2018) 8. St. n. Abszessinzision am rechten Unterarm 1986, mit Weichteildefizit verheilt 9. Erhöhtes kardiovaskuläres Erkrankungsrisiko - arterielle Hypertonie, unbehandelt, ED 2013, aktuell Blutdruck 150/95 mm Hg - persistierender bedeutender Nikotinkonsum - leichte Adipositas (BMI 29.4 kg/m²) 10. Dringender V.a. COPD - aktueller Nikotinkonsum ca. 3 P/d (kumuliert ca. 80-90 py) - Lungenfunktionsprüfung vom 17.10.2018: Gute Kooperation. Mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung mit partieller Reversibilität nach Bronchospasmyse. Keine restriktive Ventilationsstörung. Leichtgradige absolute Überblähung. 11. St. n. operativer Sanierung einer chronischen Bursitis olecrani am rechten Ellenbogen am 2.3.2005 gemäss Unterlagen, verheilt.

E. 4.5.3.2

Die Gutachter führten in ihrer gemeinsamen Betrachtung aus, der Explorand leide, vergleichbar zu den Voreinschätzungen der diversen Gutachten (MEDAS C. _____ 09/2001, Dr. F. _____ 09/2013) an einem chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndrom seit 09/2000, bei radiologisch aktuell bestätigten tieflumbalen Facettengelenksarthrosen beidseits (Röntgen 17.10.2018), breitbasigen Bandscheibenprotrusionen L4/5 und L5/S1 ohne Stenosierungen und ohne Wurzelaffektion (MRI 17.10.2018) und klinisch ohne Anhaltspunkte für ein radikuläres sensibles oder motorisches Reiz- oder Ausfallssyndrom. Die LWS-Beweglichkeit sei allseits leicht eingeschränkt. Damit sei zwar, analog dem Gutachten MEDAS C. _____ vom September 2001, von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der rückenbelastenden Tätigkeit als Gipser auszugehen, in einer angepassten Tätigkeit sei jedoch eine Arbeitsfähigkeit durchaus

gegeben. Im Verlauf seit September 2001 seien somatisch keine relevanten weiteren Diagnosen dazugekommen. Es fänden sich die Jahre in allen Berichten (sowohl rehabilitativ wie gutachterlich) Diskrepanzen zwischen dem Ausmass an angegebener Beschwerde- und Leidensintensität und der Eindrücklichkeit der klinischen und radiomorphologischen Befundkonstellation. Weitere Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit liessen sich nicht stellen. Die vom Exploranden berichtete handschuhförmige bilaterale Hypästhesie im Bereich beider Hände und Unterarme sei neurologisch nicht zuzuordnen und stark fluktuierend, primär als funktionelle Störung (im Rahmen der somatoformen Störung) zu interpretieren. Die diffus beschriebenen Kopfschmerzen könnten sowohl im Rahmen des chronisch zervikovertebralen Schmerzsyndroms als auch im Rahmen der psychiatrischen Diagnosen interpretiert werden und hätten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge. Die aus internistischer Sicht diagnostizierte (unbehandelte) COPD mit kumuliertem Nikotinabusus von zirka 90 py (3 P/d) und lungenfunktionell nachweisbarer mittelschwerer obstruktiver Ventilationsstörung mit partieller Reversibilität nach Bronchospasmolyse, ohne Restriktion, aber mit leichtgradiger absoluter Überblähung, führe bei einer den übrigen somatischen Diagnosen angepassten Tätigkeit nicht zu einer weiteren Einschränkung, da körperliche Schwerarbeiten schon rheumatologisch nicht möglich seien. Kardiovaskulär habe der Explorand sicher ein erhöhtes Risiko (arterielle Hypertonie, unbehandelt, ED 2013), aber noch keine manifesten Organschäden.

E. 4.5.3.3

Die Gutachter führten weiter aus, es bestehe beim Exploranden keine fassbare psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert. Sie interpretierten die erhebliche Symptomverdeutlichung als anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), vor deren Hintergrund als Verdachtsdiagnose eine rezidivierende depressive Störung postuliert werden könne, welche aktuell als remittiert einzuschätzen sei (F33.4). Die anamnestische Angabe von mittelgradigen und schwergradigen depressiven Episoden sei gemäss aktueller psychiatrischer Einschätzung anhand der medizinischen Dokumentationen schwer zu validieren. Die im Gutachten vom September 2001 gutachterlich angeregten therapeutischen Massnahmen hätten trotz des gesehenen Potenzials nie stattgefunden, Gründe hierfür seien aus der vorliegenden Dokumentation nicht erkennbar. Vielmehr gebe es bis heute keine schlüssige Dokumentation über den Krankheitsverlauf. Es könne allerdings festgestellt werden, dass der Explorand gegenüber September 2001 heute psychiatrisch-klinisch ähnlich wie in den Begutachtungen in 2013 und 2015 massiv gebessert imponiere. Der begutachtende Psychiater verwies in seinem Teilgutachten auf die im zeitlichen Verlauf bleibend grossen Diskrepanzen der Beurteilungen des behandelnden Psychiaters von November 2007 (oder September 2009 [Eingangsstempel IVSTA]) bis April 2016 - wonach sich die Diagnosen eines Schmerzsyndroms und einer rezidivierenden schwergradigen depressiven Störung stetig noch verschlechtert hätten - und den Beurteilungen der Gutachter in der Schweiz in den Jahren 2013 und 2015, die eine depressive Symptomatik in einer ausreichenden Schwere nicht hätten validieren respektive gar keine Diagnose hätten stellen können. Plausibel sei jedoch, dass der Explorand von Beginn an ein sehr somatisch geprägtes Krankheitskonzept aufgewiesen habe. Letztlich sei von Beginn an (den Kriterien einer anhaltenden Schmerzstörung nach ICD-10) entsprechend die vorherrschende Beschwerde ein andauernder, als schwer angegebener Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig habe erklärt werden können. Es sei auch nachvollziehbar, dass der bis dahin

durch seine körperliche Tätigkeit (einschliesslich der damaligen Zukunftsplanung, die eine weitere körperliche Tätigkeit annahm) wesentlich seinen Selbstwert regulierende Explorand innerhalb kürzester Zeit mit erheblichen psychosozialen Problemen konfrontiert gewesen sei, die in der Begutachtung der MEDAS C. _____ auch sehr detailliert angegeben seien. Entsprechend lasse sich auch ein emotionaler Konflikt sehr gut nachweisen, der bei Infragestellung der Existenzgrundlage auch schwerwiegend genug sei, um als ursächlicher Faktor geltend gemacht zu werden. Der Zeitraum nach der ersten Phase des Traumas (Verhebetrauma am 4.9.2000) sei leider nur sehr gering dokumentiert. Heute müsse der Schweregrad der somatoformen Schmerzstörung auch im Sinne einer Auswirkung auf Funktionalitäten als gering eingeschätzt werden. Weiter äusserte sich der Gutachter zu den im Verlauf und auch aktuell vom Exploranden angegebenen psychotischen Symptomen (visuelle und akustische Halluzinationen) und führte aus, sie wirkten auf ihn sehr untypisch und in der Darstellung ausgesprochen wechselhaft ohne die Möglichkeit, sie einer schweren depressiven Störung oder gar einer schizophrenen Störung zuordnen zu können. Er verwies weiter darauf, dass unabhängig von krankheitswerten Störungen allein das Faktum zu berücksichtigen sei, dass der Explorand nach der Begutachtung 2001 nicht mehr in eine Berufstätigkeit gefunden habe und in seinem Heimatland letztlich als Rentner lebe, mit einer entsprechend anzunehmenden Dekonditionierung. Zudem müsse auch ein laufender, ärztlich verordneter Benzodiazepinkonsum konstatiert werden, der sich aus der aktuellen Begutachtung heraus nicht nachvollziehen lasse, der aber auch eine Nivellierung des Funktionsniveaus (Müdigkeit etc.) verursachen könne. Der Schweregrad der Störung aus psychiatrischer Sicht sei insgesamt als geringgradig einzustufen.

E. 4.5.3.4

Als funktionelle Auswirkungen der Befunde/Diagnosen gaben die Gutachter an, der Schweregrad des muskuloskelettären Leidens sei aufgrund der Befunde leicht bis mittelschwer einzustufen, die muskuloskelettäre Belastbarkeit sei, wie schon früher festgehalten, vermindert, und entsprechend seien schwere Tätigkeiten nicht mehr möglich. Die anamnestisch als reduziert geschilderte Aktivität im Alltag (im Rahmen der Familie im Kosovo) könne mit den muskuloskelettär zu erhebenden Befunden nicht plausibel erklärt werden. Für eine angepasste Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit weiterhin (wie im Vorgutachten 2013 attestiert) grundsätzlich gegeben. Relevante Persönlichkeitsaspekte seien nicht vorhanden. Bezüglich Belastbarkeitsfaktoren und Ressourcen sei der Explorand in der Lage, sich den Bedingungen anzupassen und Regeln und Routinen einzuhalten. Exemplarisch werde dies in der neuropsychologischen Untersuchung deutlich, in der doch auch komplexe Handlungsabläufe zielgerichtet verlangt würden. Der Explorand agiere auch sozial adaptiert, höflich und auch freundlich. Bezüglich der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben seien Aussagen in einem dekonditionierten Umfeld nur eingeschränkt möglich, letztendlich sei der Explorand langjährig in der Lage, den Tag eines Rentners zu strukturieren, sich dabei Inhalte zu geben und Interessen nachzugehen (jetzt wohl erschwert durch geringere finanzielle Ressourcen). Auch die neuropsychologische Untersuchung zeige neben der Dekonditionierung keine Einschränkungen. Relevante kognitive Einschränkungen, die die Kompetenz- und Wissensanwendung einschränken würden, könnten nicht dargestellt werden. Hinweise auf eine Einschränkung der sozialen Fähigkeiten bestehe nicht, der Explorand unterhalte zahlreiche, hochfrequent gelebte Kontakte zu Freunden und Bekannten, nehme an Festivitäten teil und halte auch enge Kontakte zu der erweiterten Familie aufrecht, die Gruppenfähigkeit sei nicht eingeschränkt. Aus den Berichten des Exploranden gehe auch hervor, dass er mit Interesse den Werdegang

seiner Kinder verfolge und hier durchaus in Entscheidungen eingebunden sei. Über die Beziehungsgestaltung zur Ehepartnerin sei wenig bekannt, es sei dem Exploranden jedoch gelungen, diese Beziehung aufrechtzuerhalten, eine Fähigkeit zum Unterhalt einer dyadischen Beziehung müsse angenommen werden. In der aktuellen Untersuchung wirke der Explorand ausgesprochen gepflegt - entgegen einiger ärztlicher Berichte aus der Heimat. Aus psychiatrischer Sicht ergäben sich keine Hinweise auf eine psychiatrisch bedingte Einschränkung der Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung - wie teilweise aus den Berichten des behandelnden Psychiaters hervorgehe. Die Mobilität und Verkehrsfähigkeit sei allenfalls eingeschränkt durch die schwer zu beurteilende Benzodiazepineinnahme (Fahrtauglichkeit). Die Angaben des Exploranden bezüglich des Führens von Fahrzeugen seien widersprüchlich, der Referent gehe davon aus, dass der Explorand zumindest punktuell fahre.

E. 4.5.3.5

In neuropsychologischer Hinsicht wurden beim insgesamt als alters- und bildungsentsprechend durchschnittlich intelligent eingestuften Exploranden im Zeitpunkt der Untersuchung diskrete Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungsfähigkeit festgestellt, die sich auf den Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und Flexibilitätsbereich beziehen und in ihrer Ausprägung als leichtgradig interpretiert werden. Darüber hinaus wurde eine deutliche Ermüdbarkeit festgestellt. Im neuropsychologischen Testverfahren wurden ausserdem keine Hinweise auf testwert- verfälschende Antworttendenzen nachgewiesen. Der neuropsychologische Gutachter interpretierte beim ansonsten alters- und bildungsentsprechend durchschnittlichen, qualitativ unauffälligen Leistungsprofil des Exploranden die objektivierten, diskreten neuropsychologischen Defizite am ehesten als synergistische Wirkung sowohl der analgetischen und psychopharmakologischen (Dauer-)Selbstbehandlung als auch der durch das nunmehr längerjährige Sistieren der Erwerbstätigkeit bedingten, allgemeinen Dekonditionierung. Hinweise auf ein genuines neuropsychologisches Syndrom im Sinne einer des zentralen Nervensystems schädigungsbedingten Folgewirkung würden sich aus dem Leistungsprofil nicht ergeben. Die objektivierte, erhöhte Ermüdbarkeit sei neben den Folgen des lumbovertebralen Schmerzsyndroms zumindest in Anteilen in diesem Sinne zu interpretieren.

E. 4.5.3.6

In der Konsistenzprüfung stellten die Gutachter verschiedene deutliche Diskrepanzen zwischen dem subjektiven Beschwerdeausmass und geltend gemachter Schmerz- und Leidensintensität und den objektivierbaren Befunden fest, mit teilweise auch stark fluktuierenden Beschwerdeangaben. Im Weiteren seien viele Angaben trotz Beizug eines Dolmetschers vage und nur erschwert präzisierbar (und im Rahmen der somatoformen Schmerzstörung zu interpretieren). Andere Beschwerden wie die zervikalen und lumbalen Schmerzen seien jedoch recht gut einer locoregionären entsprechenden Symptomatik zuzuordnen. Im Motilitätsbild hätten sich keine gröberen Inkonsistenzen ergeben, es finde sich einzig eine Diskrepanz im Ausmass der Beweglichkeit der HWS zwischen dem Befund aufgrund der fokussierenden Untersuchung und Beweglichkeitstestung und einer (recht freien) Rotation des Kopfes. In den letzten beiden psychiatrischen Begutachtungen (2013/2015) sei sehr stark auf die damals gesehene Aggravation "abgehoben" worden. Im aktuellen psychiatrischen Fachgutachten ergebe sich kein sehr einheitliches Bild. Der Explorand berichte durchaus bereitwillig und kooperativ auch über seinen positiven Leistungsausweis und skizziere nicht ein «minimal life» in seiner Heimat (wie er dies

eigentlich auch in den Vorbegutachtungen nicht getan habe). Auch habe der Explorand in der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung keine Hinweise auf eine Aggravation gezeigt. Auf der anderen Seite würden in der Exploration ausgesprochen bizarre psychotische Symptome angegeben und kognitive Einschränkungen (nahe einem Orientierungsverlust), die nicht mit dem klinischen Eindruck und auch den eigenen Angaben (fortgesetztes, freudvolles Schachspiel in der Heimat) korrelierten und medizinisch (insbesondere in der neuropsychologischen Testung) nicht zu validieren seien. Gesamthaft interpretierten die Gutachter dieses Verhalten primär als Ausdruck einer etwas unbeholfenen Verdeutlichung bei einem einfach strukturierten Exploranden, ohne die grundsätzliche Kooperationsbereitschaft in Frage zu stellen. Der von dem Exploranden geäußerte Leidensdruck sei plausibel und nachvollziehbar, beziehe sich aber sehr wesentlich auf eine nachvollziehbar schwierige psychosoziale Situation, wesentlich entstanden auch durch den Rentenentzug.

E. 4.5.3.7

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, für die bisherige körperlich schwer bis sehr schwere Tätigkeit als Hilfsgipser auf dem Bau bestehe bleibend eine volle Arbeitsunfähigkeit, wie schon im Gutachten MEDAS des C._____ vom September 2001 festgehalten und von Dr. F._____ im September 2013 bestätigt worden sei. In einer angepassten Tätigkeit würden körperlich leichte, nur gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten mit Hantieren von Lasten von 5 - 7 kg, nur selten bis 12 kg, ohne wiederholtes Sich-Bücken-Müssen, ohne über Kopf zu verrichtende Tätigkeiten, ohne Tätigkeiten mit Notwendigkeit zum repetitiven Rotieren des Oberkörpers, ohne wiederholtes Benutzen-Müssen von Leitern, Stufen oder Gerüsten, ohne Vibrationsexposition, uneingeschränkt möglich erscheinen. Für derartige Tätigkeiten bestehe aus gesamtmedizinischer Sicht keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Diese Einschätzung sei letztlich schon im Gutachten vom September 2001 formuliert, damals aber aufgrund einer als schwer eingestuften Depressivität als (noch) nicht umsetzbar erachtet worden. Spätestens mit dem Gutachten vom September 2013 könne die Depression aber als soweit gebessert angenommen werden, dass dieses Belastungsprofil vollumfänglich zumutbar gewesen wäre. Diese Einschätzung sei im Gutachten vom 6. August 2015 erneut bestätigt worden, wie auch im aktuellen psychiatrischen Fachgutachten. Die diesbezüglich sehr stark abweichenden diagnostischen Einschätzungen des behandelnden Arztes könnten in dieser Art nicht nachvollzogen werden, so dass darauf aus Sicht der Gutachter nicht abgestützt werden könne.

E. 4.5.3.8

Zur Frage nach möglichen medizinischen Massnahmen führten die Gutachter aus, es könnten keine Massnahmen empfohlen werden, die Aussicht darauf hätten, das Spektrum an noch möglichen Tätigkeiten muskuloskelettär signifikant erweitern zu können. Grundsätzlich reintegrationsfördernd sei eine Kräftigung der Rumpfmuskulatur, allenfalls verbunden mit spinalen facettären Infiltrationen. Es lägen aber wohl bedeutende individuelle Reintegrationshindernisse vor, wie sie schon in früheren Akten diskutiert worden seien. Die Gutachter empfahlen ausserdem aus neurologischer Sicht bei nicht klassifizierbaren unspezifischen Kopfschmerzen eine einmalige Durchführung einer Schädel-MRI-Bildgebung im Verlauf, dies sei aber ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Exploranden.

E. 4.5.3.9

Im Rahmen der Frage des Gerichtes und des Beschwerdeführers zur Schmerzproblematik gingen die Gutachter davon aus, dass eine basale Schmerzproblematik im subjektiven Erleben des Exploranden bestehe, die zwar durchaus einen somatischen Kern habe, im Ausmass aber massiv überwertig interpretiert werde. Es sei ausserdem offensichtlich, dass beim Exploranden eine erhebliche psychosoziale Belastung bestehe, akzentuiert durch den erfolgten Rentenentzug. Da diese Belastungen sich aktuell jedoch nicht in einer krankheitswertigen psychischen Störung mit dem notwendigen Schweregrad manifestierten, sei rein medizinisch die Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit nicht eingeschränkt. Dennoch sei anzunehmen, dass schon rein normalpsychologisch die langjährige Dekonditionierung des Exploranden Einschränkungen der Flexibilität/Forderbarkeit/Förderbarkeit etc. mit sich gebracht habe, was auch Einfluss habe auf die Eingliederungsfähigkeit.

E. 4.5.4

Die Psychiaterin Dr. J. _____ vom medizinischen Dienst der Vorinstanz äusserte sich am 6. Februar 2019 zum Gutachten von Prof. Dr. T. _____, das sorgfältig und umfassend und mit der neuropsychologischen Einschätzung von Prof. W. _____ stimmig sei. Sie nahm auch Stellung zu den von den Gutachtern dargelegten Ausführungen zur Wiedereingliederung und verwies darauf, dass deren Abwägung durch den Gutachtensauftraggeber durchzuführen sei. Die Rheumatologin Dr. K. _____ vom medizinischen Dienst gab am 18. Februar 2019 an, das rheumatologische Gutachten entspreche den Direktiven der schweizerischen rheumatologischen Gesellschaft. Darüber hinaus schloss sie sich den Schlussfolgerungen des Gutachters an (B-act. 41).

E. 5

Im Hinblick auf die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers rentenrelevant verändert hat, ergibt sich Folgendes.

E. 5.1

Das eingeholte Gerichtsgutachten vom 31. Dezember 2018 ist sehr ausführlich, beruht auf einer persönlichen Untersuchung des Exploranden durch die Gutachter und setzt sich mit den umfangreichen Vorakten auseinander - sowohl den (hauptsächlich) in den verschiedenen Phasen des IV-Verfahrens eingeholten Gutachten (2002 / 2013 / 2015) als auch den Berichten des in der Heimat des Beschwerdeführers behandelnden Psychiaters. Die Schlussfolgerungen der Gutachter sind fundiert und ohne weiteres nachvollziehbar. Sie erweisen sich damit als voll beweiskräftig, zumal keine zwingenden Gründe ersichtlich sind, welche nahelegen würden, dass von der Einschätzung der medizinischen Experten abzuweichen wäre (siehe oben E. 3.7.3). Auch der Beschwerdeführer bringt zum Gerichtsgutachten keine Vorbehalte vor. Gestützt auf das Gerichtsgutachten ergibt sich demnach - im Vergleich zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im November 2001 (Gutachten MEDAS C. _____; siehe oben E. 4.4) - im Oktober 2018, dass insofern eine klare Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers vorliegt, als die damals diagnostizierte schwere depressive Episode (mit somatischem Syndrom, ohne psychotische Symptome [ICD-10 F32.21]), die hauptsächlich zur Rentenzusprache geführt hatte, im Laufe der Jahre, spätestens bis im September 2013, abgeheilt war und eine allfällige depressive Krankheit weiterhin als remittiert betrachtet wird (vgl. die im Ergebnis vergleichbaren Beurteilungen der psychiatrischen Gutachter ab September 2013 von Dr.

G._____ [9/2013], ähnlich Dr. H._____ [8/2015]). Gestützt auf die Beurteilungen zu den weiteren geltend gemachten gesundheitlichen Problemen, das heisst der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, die insgesamt als geringgradig einzustufen sei, und den auch anlässlich der aktuellen Begutachtung berichteten Halluzinationen, Gefühlsstörungen und einer leichten kognitiven Einschränkung, erweisen sich diese für die verbleibende Arbeitsfähigkeit nicht als massgebend. Ausserdem liegt beim Beschwerdeführer unbestritten - verschärft durch den Rentenentzug - ein psychosozialer Einfluss auf seine aktuelle Situation vor, welche nachvollziehbar schwierig, aber für die wiedererlangte Arbeitsfähigkeit invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant ist. Was das von den Vorgutachtern als Aggravation beurteilte Verhalten des Beschwerdeführers in den jeweiligen Begutachtungssituationen betrifft, ist festzuhalten, dass für die Gerichtsgutachter zwar auch nicht alle Angaben des Exploranden nachvollziehbar sind, dies aber als eine etwas unbeholfene Verdeutlichung seiner Beschwerden im Rahmen seiner Möglichkeiten zu betrachten ist. Diese Beurteilung der Gerichtsgutachter hat einen höheren Beweiswert als die - anders lautenden - Beurteilungen der Administrativgutachter (oben E. 3.7.3), und wurde von den Gerichtsgutachtern überzeugend begründet; darauf ist zu verweisen. Zudem wurde das Vorliegen einer Aggravation im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung ausgeschlossen. Die von den Vorgutachtern festgestellte Aggravation kann damit nicht nachvollzogen werden, zumal die Gerichtsgutachter ausführten, der Versicherte habe sich auch in den früheren Begutachtungen eigentlich nicht anders verhalten (oben E. 4.5.3.6).

E. 5.2

Gestützt auf das Gerichtsgutachten ergibt sich im Vergleich zu den von der Vorinstanz eingeholten Administrativgutachten nunmehr ein klares medizinisches Bild zum Gesundheitszustand und zur verbleibenden Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, wie auch zur Frage einer allfälligen Wiedereingliederung. Wie schon von der Vorinstanz festgestellt (doc. 121) und vom Beschwerdeführer beanstandet wird (B-act. 1 und 9), erweist sich das Gutachten von Dr. G._____ als unklar, da er sich keine abschliessende Meinung zu einer allfällig vorliegenden, für die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers massgebenden psychischen Erkrankung bilden konnte. Auch das Gutachten von Dr. H._____ bleibt, zumal er die Standardindikatoren nur teilweise geprüft hat (vgl. doc. 157 S. 24 unten), unvollständig und hinsichtlich der festgestellten Aggravation als widersprüchlich, wie der Beschwerdeführer zu Recht geltend macht. Es bleibt in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass es nicht die Aufgabe des medizinischen Gutachters (und/oder der Ärzte des RAD resp. des medizinischen Dienstes der IVSTA) ist, in rechtlicher Hinsicht über das Vorliegen von Ausschlussgründen abschliessend zu entscheiden, und dass bei Abbruch der Untersuchung daraus ein unvollständiges Gutachten resultiert (vgl. bspw. Urteil des BVGer C-2176/2016 vom 17. Mai 2018 E. 8.3.6.2.5 f. m.w.H.). Zudem hatte es die Vorinstanz, in Abweichung vom Untersuchungsgrundsatz, unterlassen, trotz vorhandenen Hinweisen auf allenfalls massgebende neurologische und/oder neuropsychologische Defizite (im Aktendossier wiederholt vom Beschwerdeführer vorgebrachte Sensibilitätsprobleme bei bekannten und unbestrittenen Rückenproblemen, fraglicher Orientierung sowie beschriebenen Halluzinationen) den Sachverhalt vollständig abzuklären. Gestützt auf die Rechtsprechung nach BGE 137 V 210 E. 4.4.1 ff., wonach zur Stärkung der Partizipationsrechte der betroffenen Versicherten das angerufene Versicherungsgericht bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit grundsätzlich selber eine medizinische Begutachtung anzuordnen hat, wurde im Gerichtsverfahren die

Einholung eines Gerichtsgutachtens angeordnet (vgl. Zwischenverfügung vom 21. März 2017, B-act. 19 S. 2). Der Umstand der unvollständigen Abklärung des medizinischen Sachverhalts durch die Vorinstanz (E. 3.2) erweist sich als massgebend für die Verlegung der Gutachtenskosten zu deren Lasten (E. 8.4 ff.).

E. 5.3

Nachdem der medizinische Sachverhalt im Hinblick auf die in Frage stehende verbleibende Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nunmehr nachvollziehbar abgeklärt und dargelegt wurde, ergibt sich im Zwischenergebnis zusammenfassend, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenzusprache vom 3. Juli 2002 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit massgeblich verbessert hat, da die für die Rentenzusprache verantwortliche Einschränkung durch die schwere depressive Episode (mit somatischem Syndrom, ohne psychotische Symptome [ICD-10 F32.21]) dauerhaft seit spätestens September 2013 remittiert ist und die weiteren diagnostizierten Einschränkungen nicht massgebend einschränkend für seine Arbeitsfähigkeit sind. Nicht zumutbar sind (weiterhin) schwere körperliche Tätigkeiten im Sinne der letzten Tätigkeit des Beschwerdeführers als Hilfsgipser. Als grundsätzlich uneingeschränkt möglich zu betrachten sind angepasste Tätigkeiten in einem Pensum von 100 % gemäss dem Tätigkeitsprofil von körperlich leichten, nur gelegentlich mittelschweren Tätigkeiten (siehe oben E. 4.5.3.7).

E. 5.4

Da antragsgemäss ein Gerichtsgutachten eingeholt wurde, ist auf die die Rüge des Beschwerdeführers, die Vorinstanz habe mit der Wahl der Gutachter im Verwaltungsverfahren sein rechtliches Gehör verletzt, nicht mehr einzugehen.

E. 6

Zu prüfen bleibt, ob die Vorinstanz in Berücksichtigung der wiedererlangten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (gemäss einem berechneten IV-Grad von 37 %) die laufende ganze IV-Rente aufheben durfte. Insbesondere stellt sich die Frage, ob die Vorinstanz vor Einstellung der Rente eine Wiedereingliederung des Beschwerdeführers hätte prüfen müssen, oder ob von einer zumutbaren Selbsteingliederung auszugehen ist.

E. 6.1

Der Beschwerdeführer macht in seiner Stellungnahme vom 15. März 2019 unter anderem geltend, er habe langjährig eine ganze Invalidenrente bezogen und sei während fast 20 Jahren nicht mehr berufstätig gewesen. Während heute eine offenkundige Dekonditionierung vorliege, sei davon auszugehen, dass im Jahre 2000 noch eine berufliche Reintegration hätte gelingen können, was durch die damalig zuständige IV-Stelle nicht anhand genommen worden sei. Die revisionsweise Aufhebung der Rente scheitere an der mangelnden Anrechenbarkeit der gutachterlich attestierten Leistungsfähigkeit. Rechtsprechungsgemäss sei bei besonderen Ausnahmefällen nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente zuzusprechen, bis mit Hilfe rehabilitativer und/oder beruflich-erwerblicher Massnahmen das theoretische Leistungspotenzial ausgeschöpft werden könne. Es sei ihm nicht möglich, auf eine berufliche Erfahrung zurückzugreifen, welche für eine Selbsteingliederung nutzbar gemacht werden könne. Er sei gewillt und motiviert, seinen Wohnsitz zwecks beruflicher Eingliederungsmassnahmen wieder in die Schweiz zu verlegen. Es sei ihm deshalb eine angemessene Zeit für eine Rückkehr in die

Schweiz einzuräumen. Im Anschluss habe die Vorinstanz die Verwertbarkeit der wiedergewonnenen Arbeitsfähigkeit zu prüfen und Eingliederungsmassnahmen an die Hand zu nehmen. Anschliessend sei über die revisionsweise Aufhebung des Rentenanspruchs neu zu verfügen (B-act. 42).

E. 6.2

Nach ständiger Rechtsprechung können Personen, deren Rente revisions- oder wiedererwägungsweise aufgehoben (oder herabgesetzt) werden soll, nicht ohne Weiteres auf den Weg der Selbsteingliederung verwiesen werden, sofern sie im Zeitpunkt der Rentenaufhebung seit mindestens 15 Jahren eine IV-Rente bezogen oder das 55. Altersjahr zurückgelegt haben (vgl. BGE 141 V 5 E. 4.1 ff. m. H.). Vielmehr sind in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis die Betroffenen in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten (vgl. SVR 2015 IV Nr. 41 [9C_183/2015] E. 5, m. H. auf die Zusammenstellung der Rechtsprechung in: Petra Fleischanderl, Behandlung der Eingliederungsfrage im Falle der Revision einer langjährig ausgerichteten Invalidenrente, in: SZS 2012 S. 360 ff.; sowie Urteile BGer 8C_855/2013 vom 30. April 2014 E. 2.2, 8C_393/2016 vom 25. August 2016 E. 3.3). Ausnahmen vom Grundsatz der Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen nach der Rechtsprechung namentlich vor, wenn die langjährige Abstinenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt (9C_183/2015 E. 5 m. H.). Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass ein Ausnahmefall vorliegt und die versicherte Person daher in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (Urteil C-5608/2016 vom 29. Mai 2018 E. 4.1 mit Hinweisen auf Urteile BGer 8C_582/2017 vom 22. März 2018 E. 6.3, 9C_543/2017 vom 7. November 2017 E. 3.1 und 8C_394/2017 vom 8. August 2017 E. 4.2).

E. 6.3

Dem Beschwerdeführer wurde am 3. Juli 2002 eine ganze unbefristete Invalidenrente ab 1. September 2001 zugesprochen (doc. 17 f.). Diese wurde mit Verfügung vom 16. September 2016 per 31. Oktober 2016 aufgehoben (doc. 171). Er bezog demnach im Verfügungszeitpunkt seit genau 15 Jahren eine ganze IV-Rente und bei deren Aufhebung seit 15 Jahren und 2 Monaten. Er war zu diesem Zeitpunkt 53 Jahre alt.

E. 6.3.1

Der Beschwerdeführer, welcher in der Schweiz zuletzt als Hilfsgipser gearbeitet hat, bringt zu Recht vor, er habe jedenfalls seit der Aufgabe seiner Tätigkeit im September 2000 nie mehr gearbeitet und er könne nicht auf eine berufliche Erfahrung zurückgreifen, welche für eine Selbsteingliederung nutzbar gemacht werden könnte. Trotz anderweitiger Empfehlung durch die damaligen MEDAS-Gutachter des C._____ im November 2001 sind weder Massnahmen zur Förderung der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit oder Arbeitsversuche aktenkundig, weder in der Schweiz noch - nach der Rückkehr in den

Kosovo im Jahre 2006 (oben Bst. A.c.) - in der Heimat des Beschwerdeführers. Hinweise dazu, dass der Beschwerdeführer wieder arbeitstätig gewesen wäre, finden sich auch nicht in den Akten.

E. 6.3.2

Die Vorinstanz hat sich im Rahmen des in Frage stehenden Revisionsverfahrens und der Aufhebung der Invalidenrente in der Verfügung vom 16. September 2016 nicht ersichtlich mit der Frage, ob es dem Beschwerdeführer zumutbar ist, sich selbst wieder ins Erwerbsleben einzugliedern, auseinandergesetzt. Sie macht auch nicht geltend, dass - entgegen der obgenannten Regel - Anhaltspunkte vorliegen würden, die darauf schliessen liessen, dass sich der Beschwerdeführer ohne Hilfestellungen wieder selbst ins Erwerbsleben integrieren könnte.

E. 6.3.3

Konkrete Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Ausnahmekonstellation vom Grundsatz der Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung eines (ehemaligen) Rentenbezügers sind vorliegend auch für das Bundesverwaltungsgericht nicht ersichtlich. Demnach liegt hier kein Ausnahmefall vor, in welchem dem Beschwerdeführer trotz Rentenbezug von 15 Jahren und zwei Monaten und einer Absenz vom Arbeitsmarkt seit Herbst 2000 eine Selbsteingliederung ins Erwerbsleben ohne Hilfeleistungen zumutbar wäre.

E. 6.3.4

Da die Prüfung und allfällige Durchführung von Eingliederungsmassnahmen Voraussetzung für die Rentenaufhebung ist (Urteil 8C_582/2017 E. 6.4 vom 22. März 2018 mit Hinweis auf in BGE 141 V 5 [Urteil 8C_446/2014 vom 12. Januar 2015] nicht publizierte E. 4.2.4), erweist sich die angefochtene Verfügung als bundesrechtswidrig (vgl. auch Urteil BGer 9C_183/2015 vom 19. August 2015 E. 5) und ist deshalb aufzuheben. Die Sache ist an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie die Frage der Wiedereingliederung - in Berücksichtigung der Ausführungen der Gerichtsgutachter hierzu (vgl. E. 4.5.3.8) - prüfe und allenfalls geeignete Massnahmen durchführe (vgl. dazu auch vorne E. 2.1 f. je in fine); anschliessend wird sie über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu zu verfügen haben. Bis zum Erlass einer neuen Verfügung hat der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf seine IV-Rente, denn die Rechtsprechung gemäss BGE 129 V 370, wonach der mit der revisionsweise verfügten Rentenaufhebung verbundene Entzug der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde bei Rückweisung der Sache an die IV-Stelle zu weiteren Abklärung des Sachverhalts bis zum Erlass der neuen Verfügung andauert, findet vorliegend keine Anwendung (vgl. Urteile 8C_582/2017 vom 22. März 2018 E. 6.4 m. H. und in BGE 141 V 5 nicht publizierte E. 4.2.4).

E. 7

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Vorinstanz zwar zu Recht auf eine klare Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers geschlossen hat (oben E. 5.3). Sie hat es indessen unterlassen, die Frage der Wiedereingliederung des Beschwerdeführers zu prüfen, obwohl dieser während 15 Jahren eine ganze Invalidenrente bezog und eine Ausnahmekonstellation vom Grundsatz der Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung nicht ersichtlich ist. Die Beschwerde ist deshalb gutzuheissen, die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zur Weiterführung des Verfahrens gemäss E. 6.3.4 hiervor zurückzuweisen. Die Vorinstanz hat ausserdem dem Beschwerdeführer seine Rente (inkl. die zwischenzeitlich geschuldeten Renten seit

November 2016 [zuzüglich allfälliger Verzinsung: vgl. z.B. Urteil C-191/2016 E. 7.5 m.H.) auszurichten.

E. 8

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 8.1.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung gilt praxismässig als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6), sodass vorliegend keine Verfahrenskosten zu erheben sind. Da dem Beschwerdeführer mit Verfügungen vom 18. Januar 2017 und vom 22. Februar 2019 die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde (B-act. 8 und 38), wurde kein Kostenvorschuss erhoben.

E. 8.1.2

Der unterliegenden Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

Die ganz oder teilweise obsiegende Partei hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i. V. m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die Parteientschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei (Art. 8 Abs. 1 VGKE).

E. 8.2.1

Mit Eingabe vom 8. Mai 2017 reichte Rechtsanwalt Samuel Teindel (nach Abschluss des Schriftenwechsels) sein Timesheet betreffend seine anwaltlichen Bemühungen im laufenden Verfahren ein. Er macht darin einen Aufwand von 16.4 Stunden zuzüglich Mehrwertsteuer und einer (nicht weiter definierten) Auslagenpauschale von Fr. 140.- für den Zeitraum vom 13. Oktober 2016 - 2. März 2017 (Arbeiten nach der Übernahme des Mandats, Organisation der Akten bei der Vorinstanz, Studium der Akten, Verfassen der Beschwerde, Ausfüllen UR-Formular und Einholen der Beilagen, Verfassen der Replik, Studium der Ausführungen der IVSTA, Korrespondenz mit Klienten, Fristerstreckungsgesuch) geltend und beantragte am 12. Februar 2018, es seien zusätzlich 1.5 Stunden (provisorisch) für das Studium des Urteils, die Prüfung eines Weiterzugs sowie die Nachbesprechung mit dem Klienten zu berücksichtigen (B-act. 13 und 15). Der geltend gemachte Aufwand von 16.4 Stunden (für zwei Schriftenwechsel im Instruktionsverfahren und zusätzlich zirka 1.5 Stunden für die Prüfung des Urteils und Nachbesprechung) liegt über jenem für durchschnittliche Fälle eines IV-Revisionsverfahrens, trotz des hier anerkanntermassen erhöhten Aufwands und der Tatsache, dass der Rechtsvertreter das Mandat auf das Beschwerdeverfahren hin übernahm und davor keine Aktenkenntnis hatte. Als dafür notwendig und angemessen erweisen sich der Aufwand des Rechtsvertreters für den Schriftenwechsel inklusive Aktenstudium sowie für das Einreichen der Unterlagen zur unentgeltlichen Rechtspflege von insgesamt 10 Stunden à Fr. 250.-. Über den geltend gemachten Aufwand hinaus sind vorliegend nach Einreichung des Time-sheets der angefallene Aufwand des Vertreters Samuel Teindel im Rahmen der Anordnung des Gerichtsgutachtens (u.a. Prüfung der vom Gericht vorgeschlagenen Gutachter, Fragestellungen im Gerichtsgutachten, Einreichen eines Arztberichtes, Korrespondenz mit

Klient und Gericht; vgl. B-act. 21, 23, 31) im Umfang von 3 Stunden zu berücksichtigen. Nicht zusätzlich zu berücksichtigen ist die geltend gemachte, aber nicht weiter definierte Auslagenpauschale (vgl. C-6325/2013 vom 24. Oktober 2018 E. 8.2.2). Als notwendiger Aufwand der Rechtsvertreterin Anna Härry zu berücksichtigen ist ihr Aufwand für den zweiten Antrag auf Verbeiständung (B-act. 37), das Studium des Gerichtsgutachtens von 130 Seiten, der notwendige Zeitaufwand für die Stellungnahme zu Handen des Gerichts (B-act. 42) sowie der voraussichtlich notwendige Aufwand für Abschlussarbeiten von 1,5 Stunden, zusammen 4 Stunden à Fr. 250.-. Demnach wird dem Beschwerdeführer zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 4'250.- (entsprechend 17 Stunden à Fr. Fr. 250.-, inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu Urteil des BVGer C-6173/2009 vom 29. August 2011 m.H.]; Art. 9 Abs. 1 i.V.m. Art. 10 Abs. 2 VGKE) zu Lasten der Vorinstanz zugesprochen.

E. 8.2.2

Die unterliegende Vorinstanz hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

E. 8.3

Aufgrund des Obsiegens des Beschwerdeführers kommt die gewährte unentgeltliche Verbeiständung nicht zum Zug.

E. 8.4

Zu prüfen bleibt die Verlegung der Kosten für das im Beschwerdeverfahren eingeholte polydisziplinäre Gerichtsgutachten von Fr. 24'418.15 (B-act. 35).

E. 8.4.1

Das Bundesgericht hat in BGE 143 V 269 E. 7.2 bestätigt, dass für die kantonalen Versicherungsgerichte und das Bundesverwaltungsgericht keine bundesrechtlichen Vorgaben bestehen, an welche Stellen sie polydisziplinäre Gerichtsgutachten zu vergeben haben und in Anpassung seiner Rechtsprechung festgehalten, dass die erstinstanzlichen Versicherungsgerichte nicht an den Tarif gemäss Anhang 2 der Vereinbarung des BSV und den MEDAS gebunden sind. Das bedeutet, dass die IV-Stellen im Rahmen der mit BGE 139 V 496 umschriebenen (und mit BGE 140 V 70 bestätigten) Grundsätze gestützt auf Art. 45 Abs. 1 Satz 2 ATSG für die gesamten Kosten des Gerichtsgutachtens aufzukommen haben, zumal sich im Rahmen von Gerichtsgutachten für die Gutachtenden erfahrungsgemäss komplexere Fragen stellen und insbesondere weit umfangreichere Akten zu bewältigen sind als auf Stufe Verwaltungsverfahren und meistens in dieser Verfahrensphase bereits gutachterliche Stellungnahmen vorliegen, die ihrerseits gerade Anlass zum Gerichtsgutachten geben und die in diesem besonders einlässlich zu verarbeiten sind. Deshalb erfüllt das Gerichtsgutachten regelmässig die Funktion eines eigentlichen Obergutachtens (vgl. BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2). Im vorliegenden Verfahren war das Einholen eines polydisziplinären Gerichtsgutachtens im Sinne eines Obergutachtens als Beweismassnahme erforderlich, weil die Vorinstanz auf die sich als unklar, unvollständig und widersprüchlich erweisenden Vorgutachten von Dr. F. _____/ Dr. G. _____ und Dr. H. _____ abgestellt hatte, und offene Fragen nicht geprüft, das heisst den medizinischen Sachverhalt mangelhaft abgeklärt hatte (oben E. 5.2 in fine). Infolgedessen sind die Kosten für das eingeholte polydisziplinäre Gerichtsgutachten gemäss der zitierten Rechtsprechung von der Vorinstanz an das Gericht zurückzuerstatten.

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