

BVGer C-662/2020 vom 23. Dezember 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-12-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-662_2020_d20191223

FR: TAF C-662/2020 du 23 décembre 2019

IT: TAF C-662/2020 del 23 dicembre 2019

Regeste

Rentenrevision | IV, Rentenrevision; Verfügung der IVSTA vom 23. Dezember 2019

Erwägungen

E. 1.1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]).

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a - 26bis und 28 - 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln finden diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.3

Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

C-662/2020 Seite 9

E. 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; 122 V 157 E. 1a, je m.w.H.; 146 V 240 E. 8.3.2, 138 V 86 E. 5.2.3) und der Rügemaxime, wonach der angefochtene Akt nicht auf sämtliche denkbaren Mängel hin zu

untersuchen ist, sondern das Gericht sich nur mit jenen Einwänden auseinandersetzen muss, die in der Beschwerde thematisiert wurden (vgl. Urteil des BVerfG C-4633/2016 vom 29. Mai 2019 E. 4.1 und C-5196/2013 vom 5. Januar 2016 E. 6.2 m.H.). Zu den Mitwirkungspflichten der Parteien gehört namentlich die Substantiierungspflicht, welche beinhaltet, dass die wesentlichen Tatsachenbehauptungen und -bestreitungen in den Rechtsschriften enthalten sein müssen. Dabei sind an den Untersuchungsgrundsatz geringere Anforderungen zu stellen, wenn die Parteien, wie hier, durch einen Anwalt vertreten sind (vgl. BGE 146 V 240 E. 8.3.2; 138 V 86 E. 5.2.3). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

E. 2.1

des Gutachtens). Der Beginn der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei unbestimmt, 1999 oder bereits früher, wobei eine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit in Zusammenhang mit der Trennung von der Ehefrau eingetreten sei. Es bestehe weiterhin eine verminderte Leistungsfähigkeit, deren Ausmass derzeit nicht bestimmt sei. Wegen depressiver Verstimmung, Konzentrationschwäche und Rückenschmerzen könne eine auf etwa 50% verminderte Leistungsfähigkeit angenommen werden. Grundsätzlich könnte der Beschwerdeführer während ca. vier Stunden pro Tag eine leichte manuelle Tätigkeit in Mechanik, ohne erhebliche körperliche Beanspruchung, ausüben. Unter günstigen Voraussetzungen könnte er weiterhin seine angestammte Tätigkeit als Dreher ausführen. Derzeit sei der Beschwerdeführer einem allfälligen Arbeitsumfeld wegen seiner depressiven Verstimmung kaum zumutbar. Deshalb sei lediglich eine Arbeit in einer geschützten Werkstätte ohne Leistungsdruck und ohne grosse körperliche Beanspruchung etwa halbtags möglich. Erst nach eingetretener psychischer Stabilisierung sei der Beschwerdeführer zu 50% arbeitsfähig. Grundsätzlich wären dann auch Rehabilitationsmassnahmen möglich.

C-662/2020 Seite 18

E. 3.1

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden vorliegend die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 23. Dezember 2019 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind. Im vorliegenden Fall sind damit insbesondere die per 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen im Rahmen der sogenannten «Weiterentwicklung der IV» im IVG, in der IVV sowie im ATSG nicht anwendbar.

E. 3.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit Sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen

C-662/2020 Seite 10 Verwaltungsverfügung (hier: 23. Dezember 2019) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3.3

Der Beschwerdeführer ist türkischer Staatsangehöriger und wohnt in der Türkei, weshalb das Abkommen vom 1. Mai 1969 zwischen der Schweiz und der Republik Türkei über soziale Sicherheit (SR 0.831.109.763.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) Anwendung findet. Nach Art. 2 Abs. 1 Sozialversicherungsabkommen sind die Staatsangehörigen der einen Vertragspartei in ihren Rechten und Pflichten aus der Gesetzgebung der anderen Vertragspartei – wozu auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört (vgl. Art. 1 Bst. B Abs. 1 Bst. b Sozialversicherungsabkommen) – einander gleichgestellt, soweit nichts anderes bestimmt ist. Insbesondere steht türkischen Staatsangehörigen bei anwendbarem Schweizer Recht ein Anspruch auf ordentliche Invalidenrenten unter den gleichen Voraussetzungen wie Schweizer Staatsangehörigen zu (Art. 10 Abs. 1 Sozialversicherungsabkommen). Vorbehalten bleibt die Regelung, dass ordentliche Renten für Versicherte, die weniger als zur Hälfte invalid sind, türkischen Staatsangehörigen, welche die Schweiz endgültig verlassen, nicht ausgerichtet werden können (Art. 10 Abs. 2 Satz 1 Sozialversicherungsabkommen). Weitere, im vorliegenden Verfahren relevante Abweichungen vom Gleichbehandlungsgrundsatz finden sich weder im Abkommen selbst noch in der dazugehörigen Verwaltungsvereinbarung vom 14. Januar 1970 (SR 0.831.109.763.11). Demnach bestimmt sich vorliegend die Frage, ob weiterhin Anspruch auf IV-Leistungen besteht, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 1, 2 und 4 Sozialversicherungsabkommen). Ferner besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an die Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E. 4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung durch das Gericht (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 4

Der Beschwerdeführer hat während mehr als drei Jahren Beiträge im Sinn von Art. 36 Abs. 1 IVG geleistet (s. oben Bst. A), so dass die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer erfüllt ist. Zu prüfen bleibt, ob mit

C-662/2020 Seite 11 Revisionsverfügung vom 23. Dezember 2019 zu Recht die Invalidität ab 1. Februar 2020 verneint worden ist.

E. 5.1

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). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich

zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 5.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

E. 5.3

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Betrag der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Ordentliche Renten für Versicherte, die weniger als zur Hälfte invalid sind, können türkischen Staatsangehörigen, welche die Schweiz endgültig verlassen, nicht ausgerichtet werden (vgl. Art. 10 Abs. 2 Satz 1 Sozialversicherungsabkommen).

C-662/2020 Seite 12

E. 5.4

Die Bemessung der Invalidität erfolgt bei erwerbstätigen Versicherten in der Regel nach der Einkommensvergleichsmethode (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG).

E. 5.5.1

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (Urteil des BGer 9C_462/2014 vom 16. September 2014 E. 3.2.1; BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 5.5.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (Urteil des BGer 9C_788/2019 vom 30. Januar 2020 E. 3.1.1; BGE 140 V 193; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 5.5.3

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte

Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4, BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt

C-662/2020 Seite 13 (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

E. 5.5.4

Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision beziehungsweise Neu- anmeldung erstellten Gutachtens – wie im vorliegenden Fall – hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema, nämlich die erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts, bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen verbesserten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des BGer 8C_703/2020 vom 4. März 2021 E. 5.2.1.1 m.H.).

E. 5.6

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb ist eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung massgeblich (BGE 142 V 106 E. 4.4). Medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen, wie sie, gerichtsnotorisch, ärztlicherseits sehr oft unterstützt werden – wobei erst noch häufig gar keine

C-662/2020 Seite 14 konsequente Behandlung stattfindet –, sind nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen (BGE 141 V 281 E. 3.7.1).

E. 5.7

Bevor die versicherte Person Leistungen der Invalidenversicherung verlangt, hat sie aufgrund der Schadenminderungspflicht alles ihr Zumutbare selber vorzukehren, um die Folgen der Invalidität bestmöglich zu mindern. Ein Rentenanspruch ist zu verneinen, wenn sie selbst ohne Eingliederungsmassnahmen, nötigenfalls mit einem Berufswechsel, zumutbarerweise in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Für die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der zumutbaren Tätigkeit sind die gesamten subjektiven und objektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen. Im Vordergrund stehen bei den subjektiven Umständen die verbliebene Leistungsfähigkeit sowie die weiteren persönlichen Verhältnisse wie Alter, berufliche Stellung, Verwurzelung am Wohnort etc. Bei den objektiven Umständen sind insbesondere der ausgeglichene Arbeitsmarkt und die noch zu erwartende Aktivitätsdauer massgeblich (vgl. dazu Urteile des BGer 9C_621/2017 vom 11. Januar 2018 E. 2.2.1; 9C_644/2015 vom 3. Mai 2016 E. 4.3.1 mit Hinweisen; SVR 2010 IV Nr. 11 [9C_236/2009] E. 4.1 und 4.3).

E. 5.8

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes revidierbar. Liegt ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 m.w.H.). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. SVR 2010 IV Nr. 30 [9C_961/2008] E. 6.3; Urteil BGer 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.1). Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2,

C-662/2020 Seite 15 125 V 368 E. 2; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4). Eine Mitteilung nach Art. 74ter Bst. f und Art. 74quater Abs. 1 IVV, mit der eine Revision von Amtes wegen abgeschlossen wurde mit der Feststellung, es sei keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse eingetreten, ist einer rechtskräftigen

Verfügung gleichgestellt (Urteile des BGer 9C_474/2013 vom 20. Februar 2014 E. 4.1 und 9C_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 3.2.1 m.H.). Die Heranziehung eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf denjenigen Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen. Unter einer Sachverhaltsabklärung im Sinne von BGE 133 V 108 muss eine Abklärung verstanden werden, die – wenn sie inhaltlich zu einem anderen Ergebnis führt – geeignet ist, eine Rentenerhöhung, -herabsetzung oder -aufhebung zu begründen (Urteil 8C_441/2012 E. 6.2 m.H., in: SVR 2013 IV Nr. 44 S. 134).

E. 6.1

Mit Verfügung vom 14. Februar 2003 ermittelte die kantonale IV-Stelle – ausgehend von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit und einem Leidensabzug vom 15% – einen IV-Grad von 62% und sprach dem Beschwerdeführer ab 1. Januar 2001 eine halbe IV-Rente zu. Wie sich zeigen wird (E. 6.3), erfüllt keine der seither ergangenen vier Revisionsmitteilungen oder Revisionsverfügungen die oben in E. 5.8 angeführten Voraussetzungen. Deshalb ist das Datum der rentenzusprechenden Verfügung (14. Februar 2003) als vorliegend für die Revision massgeblichen Vergleichszeitpunkt zu berücksichtigen.

E. 6.2

Die Rentenverfügung vom 14. Februar 2003 (IVSTA-act. 22) basierte im Wesentlichen auf nachfolgender Beurteilung. Im von der kantonalen IV-Stelle in Auftrag gegebenen Gutachten vom 13. Dezember 2001 (IVSTA-act. 16) führte Dr. med. J. _____ (Psychiatrie/Psychotherapie FMH, [...]) aus, der Beschwerdeführer sei von 1990 bis August 2000 wegen akuten Lumbagobeschwerden in Behandlung bei Dr.

C-662/2020 Seite 16 K. _____ in (...) gewesen. Diese Beschwerden hätten sich nach einer Frontalkollision ([...]1998) verstärkt, bei der der Beschwerdeführer, bedingt durch Übermüdung, am Steuer eingeschlafen sei. Seither habe er Angst, nachts Auto zu fahren. In diesem Zusammenhang sei zu erwähnen, dass dem Beschwerdeführer im letzten Jahr während sechs Monaten der Führerschein wegen Fahrens in angetrunkenem Zustand entzogen worden sei. Der Beschwerdeführer gebe einen zeitweiligen Alkoholmissbrauch in Zusammenhang mit der Trennungproblematik an (Bier, Schnaps, Whisky), sei aber bisher nie "total betrunken" gewesen. Seine Ehefrau sei wegen Depressionen und medikamentösen Suizidversuchs 1992 und 1999 psychiatrisch hospitalisiert worden. Sie habe die Scheidung eingereicht, die im September 2000 ausgesprochen worden sei, nachdem der Beschwerdeführer seit Juli 1999 von ihr getrennt gelebt habe. Sie arbeite und lebe mit den drei gemeinsamen Kindern zusammen und erhalte Alimente vom Beschwerdeführer. Seit November 1999 stehe der Beschwerdeführer in regelmässiger ambulanter Behandlung in (...) in etwa 14-tägigen Konsultationen (medikamentöse antidepressive Therapie sowie stützende Gespräche). Wegen der persistierenden Rückenschmerzen sei er in Behandlung bei Dr. L. _____ in (...), der diese als somatoform, bei Bestehen einer leichten Arthrose, bezeichne. Deswegen sei eine Abklärung im Spital M. _____ sowie im Spital N. _____ vorgenommen worden, anscheinend ohne gravierenden Befund. Daneben bestehe ein Duodenalulcus (gutartiges Zwölffingerdarmgeschwür) sowie eine gonorrhoeische Urethritis, die er sich während einem Türkeiaufenthalt zugezogen habe. Der Beschwerdeführer erwähne eine seit der Trennung von seiner Frau aufgetretene Impotenz. Die Beurteilung der offenbar schlecht

objektivierbaren Rückenbeschwerden (weder der Rheumatologe O. _____ noch die Ärzte der Poliklinik für Wirbelsäulenchirurgie am Spital N. _____ in [...] hätten relevante Befunde erheben können) habe eine vertiefte Exploration erfordert, was teils wegen der mangelnden Introspektionsfähigkeit und sprachlicher Barrieren kaum möglich erscheine. Deren Verschlechterung seit Ende 1999 stehe jedoch offensichtlich in Zusammenhang mit der eskalierenden Ehekrise, dem Suizidversuch der Ehefrau sowie dem Autounfall. Letztlich könne auch ein verdrängter und unterdrückter Trauerprozess um die Trennung damit in Zusammenhang stehen, indem der seelische Schmerz nur auf der somatischen Ebene ausgedrückt werden könne und dürfe (u.a. das als Schande empfundene Verlassenwerden durch die Ehefrau). Demzufolge

C-662/2020 Seite 17 erscheine die Prognose eher ungünstig, da eine Fixierung auf die somatischen Symptome bestehe und der Beschwerdeführer mit dem Alleinsein offenbar nur schlecht umgehen könne (u.a. Risiko von Alkoholabusus). Dr. J. _____ diagnostizierte ein psychoreaktives ängstlich-depressives Zustandsbild mit Somatisierungstendenz und psychosozialer Problematik und sekundärem Alkoholabusus (Punkt A 4 des Gutachtens) bzw. ein seit Ende 1999 oder bereits früher bestehendes somatisiertes depressives Zustandsbild und Lumbagobeschwerden ohne wesentliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit seit 1990, ein Fussekzem und einen zeitweiligen Alkoholabusus vor allem seit der Trennung von der Ehefrau im Juli 1999 (Punkte A 4.1 und A 4.2 des Gutachtens) bzw. ein mittelgradiges depressives Zustandsbild mit Somatisierungstendenz, ein Lumbovertebralsyndrom ohne nennenswerte objektive Befunde, und eine psychosoziale Problematik durch unverarbeitete Trennung von Ehefrau bzw. Kindern (Punkt B 1 des Gutachtens). Rückenschmerzen, Konzentrationsschwäche sowie depressive Verstimmung wirkten sich auf die Arbeit als Dreher aus (Punkt B

E. 6.3.1

Im Rahmen des ersten Revisionsverfahrens nahm die kantonale IV-Stelle zwar einen vom Beschwerdeführer ausgefüllten Fragebogen (IV-StA-act. 30) und mehrere medizinische Unterlagen (IVStA-act. 24 f., 27, 32 f.) zu den Akten. Darunter findet sich namentlich ein Bericht des Hausarztes des Beschwerdeführers, Dr. med. L. _____ (Facharzt FMH für Innere Medizin), vom 4. Mai 2004 (IVStA-act. 32 S. 1-3). Demnach sei dem Beschwerdeführer rein von somatischer Seite her wahrscheinlich eine 50%ige leichte Arbeit bzw. eine Arbeit mit Wechselbelastung im zuletzt durchgeführten Beruf als Dreher oder Maschinenmechaniker zumutbar (4 Std. pro Tag), wobei keine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Der von Dr. med. P. _____ (Psychiater) als behandelndem Facharzt zusammen mit Dr. med. Q. _____ (Psychiater-Psychotherapeut) erstellte Bericht vom 6. September 2004 (IVStA-act. 33) enthält keine Aussagen zu einer im Rahmen der seit dem Bericht von Dr. P. _____ vom 1. Mai 2001 (IVStA-act. 10) erfolgten Behandlung und weshalb der Beschwerdeführer weiterhin zu 100% arbeitsunfähig sein soll. Ohne weitere medizinische Abklärungen hat die kantonale IV-Stelle in ihrer Revisionsverfügung vom 2. November 2004 daraus auf einen unveränderten IV-Grad von 62% geschlossen (IVStA-act. 38).

E. 6.3.2

Im Rahmen des zweiten Rentenrevisionsverfahrens nahm die kantonale IV-Stelle einen vom Beschwerdeführer ausgefüllten Fragebogen (IV-StA-act. 49) und einen neuen Arztbericht der Dres. Q. _____ und P. _____ vom 5. November 2008 zu den Akten

(IVSTA-act. 50). Obwohl diese ausführten, dass der Beschwerdeführer neu seit dem 1. Mai 2005 eine leichte berufliche Tätigkeit zwischen 40-50% ausüben könne, und ohne eine medizinisch-somatische Beurteilung einzuholen, verzichtete die kantonale IV-Stelle auf weitere Abklärungen und schloss ohne Weiterungen in ihrer Mitteilung vom 25. November 2008 auf einen unveränderten Invaliditätsgrad von 62% (IVSTA-act. 51).

E. 6.3.3

Im Rahmen des dritten Revisionsverfahrens (s. oben Bst. E) nahm die IVSTA zwei einander widersprechende Stellungnahmen ihres ärztlichen Dienstes (IVSTA-act. 76 und 86), einen vom Beschwerdeführer ausgefüllten Fragebogen mit zwei medizinischen Dokumenten (IVSTA-act. 81-85), einen Bericht der türkischen medizinischen Kommission, universitäres Spital R. _____ von (...) (Bericht vom 22. Mai 2013; IVSTA-act. 94 = 96 S. 2 = IVSTA-act. 96 S. 1 [Übersetzung]) und zwei weitere, einander widersprechende Stellungnahmen ihres ärztlichen Dienstes (IVSTA-act.

C-662/2020 Seite 19 101, 109) zu den Akten. Trotz des darin – einmal explizit und einmal implizit – festgestellten medizinischen Abklärungsbedarfes und ohne über eine aktuelle Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu verfügen, hielt die IVSTA am 23. April 2014 fest, dass sich keine anspruchsbeflussende Änderung ergeben habe (IVSTA-act. 110).

E. 6.3.4

Im Rahmen des vierten Revisionsverfahrens nahm die IVSTA den vom Beschwerdeführer ausgefüllten Fragebogen (IVSTA-act. 117) und einen Bericht der türkischen Medizinischen Kommission vom 9. August 2017 (IVSTA-act. 122 S. 2 = 126 S. 2 [türk.]; IVSTA-act. 126 S. 1 [dt.]) mit diversen Beilagen (namentlich IVSTA-act. 121, 122 S. 2-4, 127) zu den Akten. In seiner Stellungnahme vom 24. Oktober 2017 (IVSTA-act. 129) nahm Dr. S. _____ (FMH Allgemeine Innere Medizin) vom Ärztlichen Dienst der IVSTA zunächst auf diesen Bericht aus der Türkei Bezug, wonach eine wiederkehrende depressive Störung (F33) mit von Zeit zu Zeit wiederkehrenden psychotischen Merkmalen vorliege und keine Besserung der Funktionalität bestehe. Dann erwähnte er die von Dr. P. _____ im Bericht vom 15. Oktober 2003 (IVSTA-act. 127 S. 1) gestellte Diagnose einer schizoaffektiven Störung depressiven Typs (F25.1). Ohne sich mit diesen oder früheren medizinischen Berichten und Beurteilungen auseinanderzusetzen, kam Dr. S. _____ zum Schluss, dass der Zustand stationär geblieben und die Arbeitsfähigkeit unverändert sei. Die IVSTA stellte ohne Weiterungen am 26. Oktober 2017 fest, dass sich keine anspruchsbeflussende Änderung ergeben habe.

E. 6.3.5

Somit wurden die vier Revisionsverfahren von der jeweiligen IV-Stelle ohne ausreichende Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts und ohne Beweiswürdigung abgeschlossen. Die Frage der wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen beurteilt sich deshalb durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzuspracheverfügung vom 14. Februar 2003 bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der angefochtenen Revisionsverfügung vom 23. Dezember 2019. Davon gehen auch der Beschwerdeführer (in seiner Beschwerde, implizit) und die Vorinstanz (in der Vernehmlassung, explizit) aus.

E. 6.4.1

Am 4. Dezember 2018 eröffnete die Vorinstanz das zur vorliegend strittigen Verfügung führende Revisionsverfahren (IVSTA-act. 147). Bei Erlass der angefochtenen Revisionsverfügung am 23. Dezember 2019 lag der IVSTA zunächst namentlich die Stellungnahme von Dr. T. _____

C-662/2020 Seite 20 (FMH Psychiatrie und Psychotherapie) vom ärztlichen Dienst der IVSTA vom 8. Februar 2019 vor (IVSTA-act. 155). Darin führte Dr. T. _____ unter anderem aus, die initialen körperlichen Beschwerden zeigten "gemäss damaligen Hausarzt/Bericht Spital N. _____" kein organisches Korrelat. Die depressiv-ängstlichen Beschwerden seien zeitnah zu den Unfällen und psychosozialen Belastungen aufgetreten. Es sei also initial von einer erheblichen reaktiven Komponente auszugehen, was auch im Gutachten von 2001 deutlich werde. Die Objektivierbarkeit der geschilderten Beschwerden sei gering. 2012 werde in der Türkei eine nicht näher bezeichnete Depression attestiert. Über den weiteren Verlauf der Behandlung sei im Detail nichts bekannt. Die Diagnose einer schizoaffektiven Störung sei nicht wirklich nachvollziehbar. Über die Jahre sei insbesondere keine neuroleptische Behandlung erfolgt, welche üblicherweise bei einem solchen Krankheitsbild, wenigstens in akuten Phasen, zur Anwendung käme. Eine stationäre Behandlung sei trotz der geschilderten Schwere des Krankheitsbildes bis anhin nicht erforderlich gewesen. Das Attest von 2013 sei hinsichtlich Diagnose widersprüchlich. Der aktuelle psychopathologische Befund von 2017 zeige wenig Auffälligkeiten, eigenanamnestisch würden von Zeit zu Zeit psychotische Symptome angegeben. Die funktionellen Einschränkungen blieben zu vage, um daraus medizinisch-theoretisch auf lange Sicht eine höherprozentige Arbeitsunfähigkeit sicher abzuleiten. Angaben zur Arbeitsunfähigkeit würden weder 2013 noch 2017 gemacht. Insgesamt lasse sich – so Dr. T. _____ – anhand der diagnostischen Einschätzungen über die mittlerweile vielen Jahre keine Besserung des Gesundheitszustandes ableiten. Vielmehr werde rein diagnostisch ein ungünstiger Verlauf mit letztlich Entwicklung einer schizoaffektiven Erkrankung attestiert. Allerdings seien die dazugehörigen medizinisch-psychiatrischen Informationen über die Jahre wenig ausführlich und somit wenig aussagekräftig. Sie dokumentierten teils widersprüchlich den (rein diagnostisch) attestierten schweren Krankheitsverlauf. Zudem würden initial erhebliche psychosoziale Belastungen erwähnt. Auch habe eine intensivere psychiatrische Behandlung, einschliesslich Medikation, trotz des attestierten Krankheitsverlaufes nicht stattgefunden. Aus psychiatrischer Sicht empfahl Dr. T. _____ angesichts der jahrelangen schwachen medizinischen Grundlage zur Klärung der funktionellen Beeinträchtigungen eine Begutachtung in der Schweiz.

C-662/2020 Seite 21

E. 6.4.2

Die IVSTA liess eine solche Begutachtung in der Schweiz durchführen (vgl. IVSTA-act. 166-186) und stützte sich für die angefochtene Verfügung namentlich auf die folgende, daraus resultierende medizinische Beurteilung.

E. 6.4.2.1

Dr. F. _____ (Facharzt Allgemeine Innere Medizin/Rheumatologie) und Dr. G. _____ (Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPP, Zertifizierter Medizinischer Gutachter SIM) begutachteten den Beschwerdeführer am 12. Juni 2019 persönlich, unter Beizug einer Dolmetscherin für die

türkische Sprache, inkl. Röntgen und Labor (IVSTA-act. 186). In ihrem interdisziplinären Gutachten vom 1. Juli 2019 in den Fachbereichen Rheumatologie und Psychiatrie kamen sie in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung bzw. Konsensbeurteilung vom 12. Juni 2019 (IVSTA-act. 186 S. 5 ff.) zum Schluss, dass keine relevanten Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen. Als relevante Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit listeten sie die Folgenden auf: Unspezifisches myofasciales Schmerzsyndrom lumbosakral links bei leichten altersentsprechenden degenerativen Veränderungen der unteren und mittleren Lendenwirbelsäule leichte Periarthropathia humeroscapularis der Supraspinatussehne rechts Nikotinabusus Anamnestisch sporadische Spannungskopfschmerzen Zustand nach mittelgradiger depressiver Episode (ICD 10 F 32.11 – remittiert) Verdacht auf Agoraphobie ICD 10 F 40.01. Psychiatrisch und somatisch zeigten sich keine Zeichen, die für eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angestammt oder adaptiert sprächen. Funktionelle Auswirkungen der Befunde/Diagnosen bestünden lediglich dahingehend, dass die leichte Periarthropathie der rechten Schulter zu einer gewissen qualitativen Einschränkung für häufige Tätigkeiten über der Schulterhöhe rechts führe. Somatisch sei bereits im Jahr 2000 von unspezifischen chronischen lumbalen Beschwerden gesprochen worden, die zu keiner wesentlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen würden. Aus rheumatologischer Sicht hätten sich im Vergleich zum Jahr 2000 somit keine Veränderungen der Arbeitsfähigkeit gezeigt. Die aktuellen rheumatologischen Probleme blieben ohne wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Spezielle Massnahmen und Therapien könnten rheumatologisch nicht empfohlen werden. Offensichtlich habe der Versicherte

C-662/2020 Seite 22 in den letzten Jahren kaum Analgetika genommen und keine Physiotherapien absolviert. Psychiatrisch sei die bisher zugrundeliegende Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung mit Somatisierung nicht mehr gegeben bzw. remittiert. Es finde sich bei der jetzigen Untersuchung keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende relevante psychische Störung. Psychiatrisch habe sich die Arbeitsfähigkeit seit dem Jahr 2000 somit dahingehend geändert, dass sie sowohl in angestammter als auch in angepasster Tätigkeit 100% betrage. Aufgrund der Aktenlage sei der Zeitpunkt dieser Veränderung des Gesundheitszustandes nicht wirklich nachzuvollziehen. Daher sei als Datum der Veränderung das Datum der aktuellen Begutachtung vom 12. Juni 2019 anzunehmen. In psychiatrischer Hinsicht schienen die bisher und aktuell laufenden Massnahmen (medikamentöse Behandlung, Konsultationen alle zirka sechs Monate) ausreichend und hätten offensichtlich zu einer Stabilisierung des Gesundheitszustandes geführt. Zum Erhalt der erworbenen Stabilität sollten diese Massnahmen allerdings fortgesetzt werden. In diesem Kontext seien auch eine Verlaufsbeobachtung und gegebenenfalls eine diagnostische Abklärung der beschriebenen agoraphobischen Thematik zu empfehlen.

E. 6.4.2.2

In seinem rheumatologischen (Teil-) Gutachten (IVSTA-act. 186 S. 11 ff.) hält Dr. F. _____ fest, der Beschwerdeführer sei nach der Heirat 1986 als Arbeitsmigrant in die Schweiz gekommen und habe hier stets als Hilfsmechaniker gearbeitet, dies bis 2001. Eine bleibende Arbeitsunfähigkeit sei durch psychosoziale Probleme im Rahmen von Trennung und Scheidung in Begleitung von unspezifischen Rückenschmerzen verursacht worden. Die rheumatologischen Diagnosen ergäben sich aus den Vorberichten, den aktuellen Befunden sowie dem aktuellen Röntgen und Labor. Es zeigten sich eine normale Rückenstatik mit

Becken- und Schultergerad- stand, Bücken bis FBA (Finger-Boden-Abstand) 20 cm unter Angabe eines Ziehens lumbal, dies auch bei der kaum eingeschränkten Seitenneigung und Reklination. Periphere Gelenke seien bis auf das rechte Schulterge- lenk normal beweglich; Schmerzen seien dort feststellbar bei Abduktion der Schulter ab 100° mit üblichen Druckdolenzen myofaszial: Korakoid, Del- toid, Supraspinatus; links weniger ausgeprägte myofasziale Druckdolen- zen: Diffuse Druckdolenz der Dornfortsätze ab Rückenmitte bis lum- bosakral zunehmend, Muskelansätze am Beckenkamm und an der Be- ckenkammuskulatur. Die linksbetonten lumbosakralen Beschwerden seien im Wesentlichen gleichgeblieben, hätten vielleicht durch die Nichter- werbstätigkeit etwas nachgelassen, träten aber sofort bei allen Alltagsbe- lastungen auf. Klinisch diagnostizierbar sei zudem eine leichte PHS (Peri- arthropathia humeroscapularis) der Supraspinatussehne rechts. Die

C-662/2020 Seite 23 Rückenbeschwerden seien schon Anfang 2000 als unspezifisch bezeich- net worden, was weiterhin gelte. Die Rückenbeweglichkeit sei nicht einge- schränkt. Es fänden sich multiple myofasziale Druckpunkte der Dornfortsätze ab der mittleren Wirbelsäule nach lumbosakral zunehmend, ferner myofasziale Druckschmerzen der Muskelansätze am Beckenkamm und der Beckenkammuskulatur. Ein aktuelles Röntgenbild zeige alters- entsprechende, eher leichte degenerative Veränderungen der mittleren und unteren LWS. Im Laufe der Jahre dürfte es zu einer Dekonditionierung gekommen sein. Als soziale IV-fremde Belastungsfaktoren zu nennen seien die Migrationsproblematik, bescheidene und aktuell fehlende Deutschkenntnisse, fehlende Berufsausbildung, vieljährige Erwerbsabsti- nenz, Selbstlimitierung, Alter, familiäre Belastungsfaktoren und subjektive Krankheitsüberzeugungen. Die während Jahren ausgeübte Tätigkeit als Hilfsmechaniker sei bei den heutigen Hilfsmitteln wohl nur als mittelschwer zu bezeichnen. Dabei bestehe aus rheumatologischer Sicht keine objekti- vierbare Arbeitsunfähigkeit. Ideal angepasste Tätigkeiten seien körperlich leicht bis mittelschwer ohne regelmässige Belastungen des rechten Arms über Schulterhöhe. Dabei bestehe aus rheumatologischer Sicht keine Ein- schränkung der Arbeitsfähigkeit. Befunde und Diagnosen hätten sich nicht verändert. In den letzten Jahren, auch in der Türkei, hätten sich keine Ver- änderungen des Gesundheitszustandes ergeben, die dokumentierbar wä- ren. Aus rheumatologischer Sicht hätten sich keine Veränderungen der Ar- beitsfähigkeit gezeigt. Spezielle Massnahmen und Therapien könnten nicht empfohlen werden. Offensichtlich habe der Versicherte in den letzten Jah- ren kaum Analgetika genommen und keine Physiotherapien absolviert.

E. 6.4.2.3

Dem psychiatrischen (Teil-) Gutachten von Dr. G. _____ (IVSTA- act. 186 S. 17 ff.) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer altersent- sprechend gekleidet und etwas schüchtern, im Kontaktverhalten vorsichtig, zurückhaltend und freundlich zugewandt sei. Aufmerksamkeit, Mnestic und Orientierung seien soweit gegeben. Die Konzentration sei gegeben. Affek- tiv wirke der Beschwerdeführer ausgeglichen. Die affektive Schwingungs- fähigkeit sei gegeben. Er wirke leicht ängstlich, was allerdings in Anbe- tracht der Situation auch nachvollziehbar sei. Abgesehen von den anam- nestisch beschriebenen Ängsten/Phobien fänden sich im Rahmen der Un- tersuchung keine Hinweise für Ängste, weder generalisiert noch spezifisch im Sinne von Phobien. Es bestünden kein Anhalt für Zwänge, keine Zwangsgedanken, keine Zwangshandlungen und keine Hinweise für in- haltliche Denkstörungen oder für Ich-Störungen. Fremd- oder Selbstge- fährdung werde

verneint. Dabei werde jedoch angegeben, dass man dies

C-662/2020 Seite 24 (Suizidalität) nie sicher sagen könne, so etwas könne auch plötzlich passieren. Er wisse nicht, was morgen passiere. 2001/2002 habe er im Rahmen der Krise einen Autounfall verursacht; dies sei in suizidaler Absicht geschehen. Er habe jedoch innerlich in letzter Sekunde kurzfristig umgelenkt, das Auto habe dabei aber Totalschaden erlitten. Zur Herleitung des Zustandes nach mittelgradiger depressiver Episode sowie Verdachts auf eine Agoraphobie nimmt Dr. G. _____ namentlich auf verschiedene Berichte aus den Jahren 2001, 2003, 2004, 2013, 2017 und 2019 Bezug (vgl. S. 21 f. des bidisziplinären Gutachtens) und führt aus, dass die früheren diagnostischen Einschätzungen, insbesondere in der Phase von 2001 bis 2004, grundsätzlich nachvollziehbar seien. Wie im Schreiben von Dr. T. _____ (IVSTA-act. 155; s. oben E. 6.4.1) erwähnt, könne hier mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit von einer damals reaktiven, erheblich psychosozial belasteten Symptomatik ausgegangen werden. Die Diagnose einer schizoaffektiven Störung sei nicht wirklich nachvollziehbar. Auch ansonsten gebe es Widersprüchlichkeiten und keine validen Befunde, die einen schweren Krankheitsverlauf belegen würden. Die von Dr. T. _____ im Februar 2019 zusammengestellte Zusammenfassung sei grundsätzlich inhaltlich fachlich in vollem Umfang verständlich nachvollziehbar. Weiter erklärt Dr. G. _____, dass sich bei der jetzt durchgeführten Untersuchung Symptome zeigten, die die Verdachtsdiagnose einer Agoraphobie gestatten würden. Ansonsten fänden sich, auch anamnestische Angaben und die Standardindikatoren berücksichtigend, keine ausreichenden psychischen Auffälligkeiten, die eine präsen- te depressive Störung oder gar schizoaffektive/psychotische Thematik bestätigen würden. Deshalb werde aktuell, unter laufender Medikation, bei ausgeprägt niederfrequenter Behandlung von einer Kompensation bzw. einem Zustand nach depressiven Episoden ausgegangen. Den vom Beschwerdeführer beschriebenen maximal ein- bis zweimal jährlich auftretenden "Krisensituationen", die sich innerhalb kurzer Zeit (maximal 24 Std.) wieder selbst ausglich- en, werde kein nachhaltiger Krankheitswert zugeordnet. Die vom Beschwerdeführer aktuell dargestellten Schwierigkeiten und Belastungen im psychosozialen Bereich (finanzielle Probleme, Probleme die Töchter und Enkelkinder nicht sehen zu können, Ablehnung von Kontakt usw.) seien verständlicherweise belastend und erschwerend. All diese Thematiken oder die damit zusammenhängenden Beschwerden stünden jedoch nicht für ein eigenständiges psychiatrisches Krankheitsbild.

C-662/2020 Seite 25 Weiter führt Dr. G. _____ aus, wegen früheren Krisensituationen (2001/2002) hätten psychiatrische Beurteilungen stattgefunden. Die jetzt auch vom Beschwerdeführer angegebene ambulante Betreuung über eine universitäre Klinik in seinem Heimatort finde nur im Sinne einer in der Regel halbjährlichen Konsultation zur Medikamentenabgabe statt. Damit scheine sein psychischer Zustand aber auch soweit ganz gut kompensiert zu sein. Spezifische Rehabilitationen und Eingliederungsmassnahmen fänden nicht statt. Insgesamt scheine sich nach der damaligen, sicherlich auch in psychischer Hinsicht grundlegenden Konfliktsituation (Scheidung, körperliche Probleme usw.) eine Entspannung eingestellt zu haben und nutze der Beschwerdeführer in der Türkei zur Verfügung stehende Ressourcen, soziale Kontakte usw. Belastungen bestünden nun in erster Linie bedingt durch psychosoziale Probleme (Finanzknappheit infolge eingestellter Rentezahlungen usw.). Dies sei bedauerlich, jedoch als IV-fremder Faktor nicht Inhalt dieser Untersuchung.

E. 6.4.3

In psychischer Hinsicht hat Dr. med. G._____ in seinem psychiatrischen Teilgutachten (bestätigt in der Konsensbeurteilung beider Gutachter) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbarer Weise verneint. Damit bleibt die Prüfung der Standardindikatoren nach BGE 141 V 281 entbehrlich (vgl. Urteil des BGer 8C_395/2018 vom 3. September 2018 E. 8.1 m.H. auf BGE 143 V 418 E. 7.1). Der Vollständigkeit halber ist zu erwähnen, dass die Gutachter im Rahmen der Konsensbeurteilung (insbesondere S. 5-7 des Gutachtens) und Dr. G._____ im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens (insbesondere S. 24) Aussagen zu Standardindikatoren gemacht haben.

E. 6.4.4

Insgesamt betrage die Arbeitsfähigkeit sowohl in angestammter als auch in angepasster Tätigkeit 100%.

E. 6.5

Festzuhalten ist, dass das rheumatologische (Teil-) Gutachten von Dr. F._____, das psychiatrische (Teil-) Gutachten von Dr. G._____ und die gemeinsame interdisziplinäre Gesamtbeurteilung bzw. Konsensbeurteilung für die streitigen Belange umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen (inkl. Röntgen- und Laborbefunde) beruhen, die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben wurden, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchten, und ihre Schlussfolgerungen begründet sind.

C-662/2020 Seite 26

E. 6.6

Zusammenfassend ist – unter Vorbehalt der Einwände des Beschwerdeführers (s. nachfolgend E. 7) – davon auszugehen, dass sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers in einer Weise verändert hat, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen und daher Anlass zur Revision der bisherigen Rente gibt. Insgesamt ist – unter demselben Vorbehalt – davon auszugehen, dass er in seiner früheren Tätigkeit und in einer angepassten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig ist.

E. 7.1

Der Beschwerdeführer erhebt im Zusammenhang mit der anlässlich der Begutachtung vorgenommenen Übersetzung Türkisch-Deutsch-Türkisch durch eine Dolmetscherin verschiedene Rügen.

E. 7.1.1

So rügt er, dass er nicht gemäss Art. 27 ATSG darüber informiert worden sei, dass die Dolmetscherin unabhängig und unparteiisch sei und der beruflichen Schweigepflicht unterliege. Gemäss Art. 27 ATSG ("Aufklärung und Beratung") sind die Versicherungsträger und Durchführungsorgane der einzelnen Sozialversicherungen verpflichtet, im Rahmen ihres Zuständigkeitsbereiches die interessierten Personen über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären (Abs. 1). Ferner hat jede Person Anspruch auf grundsätzlich unentgeltliche Beratung über ihre Rechte und Pflichten. Dafür zuständig sind die Versicherungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind (vgl. Abs. 2). Inwiefern Kenntnis von Unabhängigkeit, Unparteilichkeit und Schweigepflicht der Dolmetscherin zu den Rechten und Pflichten des Beschwerdeführers

gehören soll, ist nicht ersichtlich. Dementsprechend ergibt sich aus Art. 27 ATSG kein Recht des Beschwerdeführers darauf, diesbezüglich vor- gängig informiert zu werden. Der Beschwerdeführer legt denn auch nicht dar, welche Folgen die nicht erfolgte Information nach sich gezogen hätte (vgl. auch Art. 43 Abs. 2 ATSG betr. die Pflicht der versicherten Person, sich notwendigen und zumutbaren ärztlichen Untersuchungen zu unterzie- hen). Die Rüge des Beschwerdeführer über diesbezüglich fehlende Infor- mation greift somit ins Leere.

E. 7.1.2

Weiter führt der Beschwerdeführer aus, dass im Gutachten moniert werde, er habe sich beharrlich geweigert, Deutsch zu sprechen. Stattdes- sen habe er das gesamte Gespräch übersetzen lassen. Diese Bemerkung

C-662/2020 Seite 27 des Gutachters sei völlig unangebracht und das Gutachten schon aus die- sem Grund tendenziös. Dieser Beurteilung kann nicht gefolgt werden. Die vom Beschwerdeführer bezeichneten Textstellen sind im Wortlaut (lediglich) beschreibender Natur, also als reine Tatsachenfeststellungen zu würdigen. Eine unangebrachte negative Aussage zulasten des Beschwerdeführers geht daraus nicht her- vor. Auch im Gesamtzusammenhang mit dem restlichen Gutachten ergibt sich keine abwertende Würdigung des Verhaltens des Beschwerdeführers (s. diesbezüglich auch die neutrale Formulierung desselben Gutachters auf S. 11 zu den spontanen Angaben der versicherten Person: "Er könne zwar noch etwas Deutsch, liess aber das gesamte Gespräch Türkisch-Deutsch übersetzen.").

E. 7.1.3.1

Weiter wirft der Beschwerdeführer die Frage auf, ob die für die Be- gutachtung beigezogene Dolmetscherin über die dazu notwendige Kom- petenz verfügt habe (vgl. Beschwerde Rz. 8, 11). Da aus dem Gutachten nicht hervorgehe, um wen es sich bei ihr handle, könne ihre Qualifikation nicht geprüft werden. Ausserdem habe er teilweise Mühe gehabt, sie zu verstehen (Rz. 10).

E. 7.1.3.2

Der Beizug zur Übersetzung setzt vertiefte Sprachkenntnisse, nicht aber ein (Dolmetscher-)Diplom voraus (vgl. BGE 140 V 260 E 3.2.1 mit Hinweisen). Bedeutsam sind nicht nur die Sprachkompetenzen sowie die Unabhängigkeit und Unparteilichkeit der übersetzenden Person; auch Kenntnisse über kulturspezifische Besonderheiten, etwa des Krankheits- verständnisses, spielen eine Rolle. Deren Bewertung bleibt freilich in der ausschliesslichen Verantwortung des Gutachters (vgl. BGE 140 V 260 E. 3.2.1 mit Hinweisen). Eine solche Bewertung nimmt Dr. G._____ in seinem psychiatrischen Gutachten vor, wenn er festhält, dass die Verständigung und die Kommu- nikation vor dem anderen sprachlich-kulturellen Hintergrund schwierig seien (vgl. IVSTA-act. 186 S. 21). Damit bringt er zugleich zum Ausdruck, dass die für die aussagekräftige Begutachtung notwendige Verständigung und Kommunikation letztlich möglich gewesen sind.

E. 7.1.3.3

Tatsächlich kritisiert der Beschwerdeführer im Beschwerdeverfah- ren die Übersetzung der Dolmetscherin nur in einem Punkt konkret

C-662/2020 Seite 28 (Rz. 10): Er habe mit keinem Wort erwähnt, dass sich auftretende Krisen- situationen innerhalb von 24 Stunden wieder selbst ausgleichen würden. Er führt in

der Beschwerde allerdings nicht aus, ob er gar keine Aussage betreffend auftretende Krisensituationen gemacht habe oder welche konkreten Angaben er – namentlich betreffend die Dauer bis zum Ausgleich der Krisen – gemacht habe. Da der Beschwerdeführer die Übersetzung in keinen weiteren Punkten konkret kritisiert hat und mangels anderer Hinweise, geht das Bundesverwaltungsgericht davon aus, dass die Übersetzungen der Dolmetscherin Deutsch-Türkisch und Türkisch-Deutsch eine richtige und vollständige Abklärung des Sachverhalts im Rahmen der Begutachtung zugelassen haben und der Beschwerdeführer sich sprachlich umfassend ausdrücken konnte (zur Frage der Aussagen zur Libido s. unten E. 7.2.2).

E. 7.1.3.4

Unter diesen Umständen kann der Beschwerdeführer auch daraus, dass die Person der Dolmetscherin nicht aktenkundig ist, nichts zu seinen Gunsten ableiten. Dies gilt umso mehr, als er weder vor der Vorinstanz noch im Beschwerdeverfahren die Bekanntgabe der Personalien der Dolmetscherin beantragt hat.

E. 7.1.4

Weiter rügt der Beschwerdeführer, dass das Gutachten unvollständig scheine und als medizinische Entscheidungsgrundlage nicht verlässlich sei (vgl. Beschwerde Rz. 12), zumal letztlich unkritisch auf den Bericht von Dr. T._____ (IVSTA-act. 155; s. oben E. 6.4.1) abgestellt werde – mit der dortigen Anmerkung, es gäbe (bezogen auf die übrigen Berichte) Widersprüchlichkeiten – und ausgeführt werde, die Zusammenfassung von Dr. T._____ sei nachvollziehbar. Dabei bezieht sich der Beschwerdeführer allerdings punktuell auf S. 22 des bidisziplinären Gutachtens und verkennt, dass aus dem psychiatrischen Gutachten von Dr. G._____ (IVSTA-act. 186 S. 17 ff.) hervorgeht, dass dieser eine Befragung und Untersuchung des Beschwerdeführers vorgenommen und sich mit medizinischen Akten vom 1. Mai 2001 bis 8. Februar 2019 (Datum der Stellungnahme von Dr. T._____) auseinandergesetzt hat. Seine Beurteilung hat Dr. G._____ aufgrund all dieser Elemente vorgenommen. Alleine daraus, dass er für bestimmte Aussagen dieselbe Formulierung verwendet wie Dr. T._____, kann unter diesen Umständen keineswegs darauf geschlossen werden, dass er unkritisch auf deren Beurteilung abgestellt hat. Vielmehr kommt er in diesen Punkten zur gleichen Beurteilung wie Dr. T._____ (s. auch oben E. 6.4.2). Der entsprechende Vorwurf des Beschwerdeführers geht somit fehl.

C-662/2020 Seite 29

E. 7.2

In Bezug auf die medizinische Beurteilung des Beschwerdeführers ist namentlich Folgendes festzuhalten.

E. 7.2.1

Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer stellt weitgehend nicht dar und konkretisiert nicht, an welchen gesundheitlichen Beschwerden er leiden und inwiefern seine Arbeitsfähigkeit dadurch beeinträchtigt sein soll. Er macht lediglich pauschal geltend, dass seine ursprünglichen psychischen Beschwerden nicht nur auf die damalige Trennungs- und Arbeitssituation zurückzuführen seien und er auch an sexuellen Funktionsstörungen (Libidoverlust) leide. Dabei könnten die psychischen Beschwerden und die sexuellen Funktionsstörungen in einem wechselwirkenden Zusammenhang stehen.

E. 7.2.2

In Bezug auf den Libidoverlust ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer zwar zutreffend ausführt, dass im Schreiben von Dr. med. L. _____ (Innere Medizin FMH, Hausarzt des Beschwerdeführers) vom 18. März 2003 (IVSTA-act. 24) neben dem Thema Depression auch erstmals ein Libidoverlust erwähnt wurde. Allerdings stellte Dr. L. _____ eine Miktionshäufung in den Vordergrund und diagnostizierte in erster Linie Libidoverlust und Häufung von Miktionen. Weiter hielt er (nur) fest, der vorgebrachte Libidoverlust möge im Zusammenhang mit – seines Wissens aktuell nicht mit Antidepressiva behandelten – depressiven Episoden stehen. Eine eigene Beurteilung nahm Dr. L. _____ nicht vor, sondern überwies den Beschwerdeführer mit diesem Schreiben zur urologischen Beurteilung an Prof. Dr. med. U. _____ (Chefarzt Urologie FMH, [...]). Ob der Beschwerdeführer in der Folge von Prof. Dr. U. _____ untersucht, eine entsprechende Diagnose gestellt und eine Behandlung durchgeführt worden ist, geht aus den vorliegenden Akten nicht hervor. Aus dem besagten Schreiben kann gerade nicht darauf geschlossen werden, dass der attestierte Libidoverlust und die depressiven Episoden miteinander verknüpft waren oder einander beeinflussten. Weiter wird im vom Beschwerdeführer angerufenen Untersuchungsbericht der türkischen Medizinischen Kommission vom 9. August 2017 (IVSTA-act. 126) – entgegen seiner Behauptung – kein Libidoverlust festgehalten. Auch kann die attestierte Anhedonie nicht mit einem Libidoverlust gleichgestellt werden, da sie im Zusammenhang mit der Stimmungslage angeführt wird. Im Übrigen macht der Beschwerdeführer zwar geltend, dass er während der Begutachtung angesichts der Anwesenheit einer weiblichen Überset-

C-662/2020 Seite 30 zungsperson Hemmungen gehabt habe, sich bezüglich seines Libidoproblems frei mitzuteilen. Allerdings macht er im Beschwerdeverfahren keine Angaben dazu, inwiefern seine Aussagen anlässlich der Begutachtung ohne Anwesenheit einer Frau ausgefallen seien bzw. welche weiteren Ausführungen das Gericht – über das vorstehend Erwähnte hinaus – diesbezüglich zu berücksichtigen habe.

E. 7.2.3

Vor Erstellung des bidisziplinären Gutachtens attestierten lediglich zwei medizinischen Berichte, die auf einer – mindestens kurzen – Untersuchung des Beschwerdeführers beruhten, eine schizoaffektive Störung: Am 15. Oktober 2003 deklarierte Dr. P. _____ den Beschwerdeführer zuhanden der türkischen Behörden aufgrund einer schizoaffektiven Störung depressiven Typs (F25.1) als militärdienstuntauglich (IVSTA-act. 127 [türk. S. 2; dt. S. 1]; nachfolgend Militärdienstuntauglichkeitsattest). In ihrem Bericht vom 22. Mai 2013 diagnostizierte die türkische Medizinische Kommission einerseits eine schizoaffektive Störung vom manischen Typ (F25.0) und andererseits eine schizoaffektive Störung depressiver Art (IVSTA-act. 94, 96). Allerdings enthält keiner dieser Berichte eine substantiierte Herleitung und Begründung der attestierten schizoaffektiven Störung. Ebenfalls auf eigenen Untersuchungen beruhend erwähnte Dr. P. _____, der das Militärdienstuntauglichkeitsattest ausgestellt hatte und den Beschwerdeführer langjährig als Psychiater behandelte, in keinem der zusammen mit Dr. med. Q. _____ (Psychiater-Psychotherapeut) zuhanden der IV-Stelle erstellten Berichte vom 6. September 2004 und 5. November 2008 (IVSTA-act. 33, 50) eine schizoaffektive Störung. Und am 9. August 2017 (IVSTA-act. 126) stellte die türkische medizinische Kommission ihren Bericht aus dem Jahr 2013 in Frage und diagnostizierte nach psychiatrischer Untersuchung eine wiederkehrende depressive Störung (F33), aber keine schizoaffektive Störung. Die beiden eine schizoaffektive Störung attestierenden ärztlichen Berichte werden somit

bereits durch spätere Berichte der- selben Autoren in Frage gestellt bzw. widerlegt. Weiter führte Dr. T. _____ in ihrer Stellungnahme zutreffend aus, dass insbesondere keine neurolep- tische oder stationäre Behandlung einer allfälligen schizoaffektiven Stö- rung erfolgt ist. Damit spricht nichts gegen die Beurteilung im bidisziplinä- ren Gutachten, wonach sich keine ausreichenden psychischen Auffälligkei- ten fänden, die eine präsen- te schizoaffektive/psychotische Thematik be- stätigen würden.

E. 7.2.4

Der im bidisziplinäre Gutachten erwähnte Verdacht auf Agoraphobie, welchem die Gutachter keine (allfälligen) Auswirkungen auf die Arbeitsfä- higkeit des Beschwerdeführers attestieren, wird in der Beschwerde nicht

C-662/2020 Seite 31 gerügt. Aus den Akten geht nicht hervor, dass daraus eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführer resultieren würde.

E. 7.2.5

Der Beschwerdeführer bringt des Weiteren keine inhaltlichen Ein- wendungen gegen das rheumatologische Gutachten vor. Er bestreitet na- mentlich nicht, dass keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden rheuma- tologischen Beschwerden bestehen. Solche Beschwerden gehen auch aus den Akten nicht hervor.

E. 7.3

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass sich der gesundheitli- che – namentlich der psychische - Zustand des Beschwerdeführers in einer Weise verändert hat, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen und daher Anlass zur Revision der bisherigen Rente gibt. Insgesamt ist davon auszugehen, dass er in seiner früheren Tätigkeit und in einer ange- passen Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig ist.

E. 8.1.1

Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufge- hoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leis- tungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich ("vermutungs- weise") anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen ver- fügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulas- sen, 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 entgegen der Regel die ver- sicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) aus- gewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung er- werblich zu verwerten (vgl. BGE 145 V 209 E. 5.1 mit zahlreichen Hinwei- sen; BGE 148 V 321 E. 7.1.2). Der massgebende Zeitpunkt, in welchem

C-662/2020 Seite 32 die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei vorge- rücktem Alter zu beantworten ist, ist jener des Erlasses der rentenaufhe- benden

Verfügung respektive der darin verfügte Zeitpunkt der Rentenaufhebung (vgl. BGE 141 V 5 E. 4.2.1; BGE 148 V 321 E. 7.3.2).

E. 8.1.2

Der Beschwerdeführer war im festgelegten Zeitpunkt der Rentenaufhebung (1. Februar 2020) 54 Jahre alt und bezog seit über 19 Jahren eine Teilrente der Invalidenversicherung. Damit ist ein langjähriger Rentenbezug im Sinne der hiervor wiedergegebenen Rechtsprechung gegeben. Zu prüfen ist, ob beim Beschwerdeführer eine Ausnahme von der deswegen grundsätzlich anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung vorliegt.

E. 8.2.1

Ist einer versicherten Person die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit seit Jahren zumutbar und die berufliche Selbstintegration seither allein aus IV-fremden Gründen unterblieben, ist die arbeitsmarktliche Desintegration nicht invaliditätsbedingt. In einem solchen Fall besteht vor der Rentenaufhebung kein Anspruch auf Abklärung bzw. Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen (vgl. Urteil des BGer 8C_393/2016 vom 25. August 2016 E. 3.6 m.H. auf Urteil des BGer 9C_661/2014 vom 17. September 2015 E. 3.3 m.w.H.). Wenn bisher schon eine erhebliche Restarbeitsfähigkeit bestand, zieht der anspruchserhebliche Zugewinn an Leistungsfähigkeit keinen zusätzlichen Eingliederungsbedarf nach sich (vgl. Urteil des BGer 9C_3/2015 vom 20. Mai 2015 E. 4.2 mit zahlreichen Hinweisen). In seiner Praxis beurteilte das Bundesgericht regelmässig eine (zumindest zeitliche) Restarbeitsfähigkeit von 50% als erheblich (vgl. Urteile des BGer 9C_3/2015 vom 20. Mai 2015 E. 4.3; 8C_393/2016 E. 3.7; 8C_1/2018 vom 16. August 2018 E. 5.2). Es bejahte aber auch schon die Erheblichkeit einer Restarbeitsfähigkeit von 30% (vgl. Urteil 9C_726/2011 vom 1. Februar 2012 E. 5.2, auf welches das Bundesgericht im Urteil 8C_1/2018 E. 5.2 Bezug nimmt). Für nicht invaliditätsbedingte Schwierigkeiten bei der Wiedereingliederung hat die Invalidenversicherung nicht einzustehen (vgl. Urteil des BGer 9C_581/2017 vom 30. November 2017 E. 4.2).

E. 8.2.2

Im Vorbescheid vom 22. August 2002 stellte die kantonale IV-Stelle ausgehend von der damaligen medizinischen Beurteilung fest, dass der Beschwerdeführer zu 50% arbeitsfähig sei. Dabei stellte die kantonale IV-Stelle hauptsächlich auf das Gutachten von Dr. J. _____ ab, wonach der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 50% arbeitsfähig sei;

C-662/2020 Seite 33 der Beschwerdeführer könnte namentlich während ca. vier Stunden pro Tag eine leichte manuelle Tätigkeit in Mechanik, ohne erhebliche körperliche Beanspruchung, ausüben. Für die Berechnung des Invalideneinkommens ermittelte die kantonale IV-Stelle zunächst – gestützt auf die Daten der Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE), Anforderungsniveau 4 – den Lohn für eine 50%-Anstellung. Dann nahm sie einen zusätzlichen Abzug "gemäss gültiger Rechtsprechung" von 15% vor. Dies ergebe gerundet einen IV-Grad von 62%, wovon auch die Rentenverfügung vom 14. Februar 2003 ausging.

E. 8.2.3

Dieser IV-Grad von 62% – und damit auch die Annahme einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit – wurde in den Revisionsverfügungen bzw.

Revisionsmitteilungen vom 2. November 2004, 25. November 2008, 23. April 2014 und 26. Oktober 2017 als unverändert beurteilt und bestätigt.

E. 8.3.1

In ihrem Vorbescheid vom 4. Oktober 2019 (IVSTA-act. 194) und in der angefochtenen Verfügung hat die Vorinstanz sich mit der Frage der Zumutbarkeit einer Selbsteingliederung befasst und diese bejaht. Die Verwertung der nunmehr wieder erlangten vollen Arbeitsfähigkeit sei dem Beschwerdeführer möglich und zumutbar, ohne dass es hierzu einer beruflichen Abklärung bedürfte. Denn obwohl seit Rentenzusprache eine Restarbeitsfähigkeit von 50% für Verweistätigkeiten bestanden habe, habe er diese nie verwertet. Dies, gemäss Angaben im vom Beschwerdeführer ausgefüllten Fragebogen für die IV-Rentenrevision vom 27. Dezember 2018, weil ihm die Höhe der Invalidenrente als Lebensgrundlage in der Türkei ausreichte und eine zusätzliche Arbeitsaufnahme nicht notwendig gewesen sein. Hierbei handle es sich – so die Vorinstanz – um einen invaliditätsfremden Faktor und die Abwesenheit vom Arbeitsmarkt sei daher nicht invaliditätsbedingt gewesen. Es wäre dem Beschwerdeführer möglich und zumutbar gewesen, seine seit jeher bestehende Restarbeitsfähigkeit von 50% zu verwerten und auf diese Weise einer erwerblichen Desintegration entgegenzuwirken. Er lebe seit Jahren in einem sehr stabilen sozialen Umfeld in der Türkei, sei dort bestens integriert. Er treffe sich regelmässig mit Freunden zum Kartenspielen oder Diskutieren, mache Unternehmungen in die nahe und entferntere Umgebung und benutze hierbei auch den Pkw, was eine grosse funktionelle Leistung darstelle. Zudem habe er gemäss Informationen der Vorinstanz zumindest innerhalb des privaten Umfelds immer mal wieder Tätigkeiten im Elektrobereich ausgeführt; dieses

C-662/2020 Seite 34 zwar gemäss seinen eigenen Angaben nicht mit Erwerbscharakter, aber doch mit einer gewissen Regelmässigkeit. Nach alledem bleibe gemäss Vorinstanz festzuhalten, dass seit dem 12. Juni 2019 eine Arbeits- und Erwerbsfähigkeit von 100% bestehe und somit keine rentenrelevante Invalidität mehr vorliege und dem Beschwerdeführer die eigene Selbsteingliederung in den Arbeitsmarkt zumutbar sei.

E. 8.3.2

Für den Beschwerdeführer war bereits bei der erstmaligen Rentenzusprache erkennbar, dass von einer zumutbaren zeitlichen Arbeitspräsenz von 50% ausgegangen wurde, was ausreichte, um einer erwerblichen Desintegration entgegenzuwirken. Trotzdem hat er nach der erstmaligen Rentenzusprache im März 2003 seine Restarbeitsfähigkeit von 50% nicht verwertet und keinerlei berufliche Selbsteingliederungsbemühungen unternommen. Im Revisionsfragebogen vom 27. Dezember 2018 (IVSTA-act. 153) hat er sogar betont, dass er nach seiner Rückkehr in die Türkei nicht gegen Entgelt gearbeitet habe, da die ihm ausgerichtete Invalidenrenten bei weitem genügen, um in der Türkei zu leben. Er benötige gewiss kein zusätzliches Einkommen. Zum Zeitvertreib repariere er kleine elektrische Haushaltsgeräte.

E. 8.3.3

Unter diesen Umständen ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seit vielen Jahren bewusst trotz 50%iger Arbeitsfähigkeit auf jegliche Erwerbstätigkeit und berufliche Selbsteingliederungsversuche verzichtet hat und hobbymässig eine Tätigkeit ausübt, die in der Regel gegen Entgelt erbracht wird bzw. eine berufliche Tätigkeit darstellen kann. Deshalb besteht vorliegend vor der Rentenaufhebung kein Anspruch auf

Abklärung bzw. Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen und ist der Beschwerdeführer auf den Weg der Selbsteingliederung zu verweisen. Einen solchen Anspruch hat der Vertreter des Beschwerdeführers zu Recht nicht geltend gemacht.

E. 8.4

Der Vollständigkeit halber ist Folgendes festzuhalten: Auch wenn der Beschwerdeführer – wie dies von der Vorinstanz angenommen, vom Beschwerdeführer aber bestritten wird – seit Jahren im Bereich der Elektronik und/oder im Gastgewerbe erwerbstätig wäre (vgl. immerhin IVSTA-act. 131 S. 2-6), wäre er auf den Weg der Selbsteingliederung zu verweisen und hätte er vor der Rentenaufhebung keinen Anspruch auf Abklärung bzw. Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen gehabt.

C-662/2020 Seite 35

E. 8.5

Damit hat die Vorinstanz mit der angefochtenen Verfügung zu Recht die Rente des Beschwerdeführers – unter Berücksichtigung der Dreimonatsfrist gemäss Art. 88bis Abs. 2 Bst. a IVV – vom 1. Februar 2020 an aufgehoben. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

E. 9

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 9.1

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 800.– festzusetzen (vgl. Art. 2 Abs. 1 VGKE [SR 173.320.2]). Der von ihm in der gleichen Höhe geleistete Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

E. 9.2

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist entsprechend dem Verfahrensausgang ebenfalls keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

C-662/2020 Seite 36

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