

BVGer C-7006/2011 vom 10. Juni 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-06-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7006_2011

FR: TAF C-7006/2011 du 10 juin 2013

IT: TAF C-7006/2011 del 10 giugno 2013

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) 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 Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist.

E. 1.3

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

E. 1.4

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (60 ATSG, Art. 52 VwVG und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 2.1

Auf den vorliegenden Fall ist das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Kroatien über Soziale Sicherheit vom 9. April 1996 (SR 0.831.109.291.1) anwendbar (zur Anwendbarkeit vgl. Art. 3 desselben). Nach Art. 4 Abs. 1 dieses Abkommens sind die Staatsangehörigen des einen Vertragsstaates in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates, zu denen gemäss Art. 1 Abs. 1 Bst. a in Verbindung mit Art. 2 A Bst. ii die Bundesgesetzgebung über die schweizerische Invalidenversicherung gehört, den Staatsangehörigen dieses Vertragsstaates gleichgestellt; abweichende Bestimmungen in diesem Abkommen bleiben vorbehalten. Demnach bestimmt sich vorliegend der Rentenanspruch des

Beschwerdeführers ausschliesslich nach dem internen schweizerischen Recht.

E. 2.2

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 5. Dezember 2011) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den in Kraft stehenden Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Daher sind hier die ab 1. Januar 2003 geltenden Bestimmungen des ATSG anwendbar. Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.201) ist daher auf die Fassung gemäss den am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Änderungen (4. IV-Revision; AS 2003 3837) abzustellen. Soweit ein Rentenanspruch ab dem 1. Januar 2008 zu prüfen ist, sind weiter die mit der 5. IV-Revision zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Gesetzes- und Verordnungsänderungen zu beachten (AS 2007 5129 und AS 2007 5155).

E. 2.3

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen 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. Hieran hat die 5. IV-Revision nichts geändert (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung). Laut Art. 28 Abs. 1ter IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung) werden jedoch Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

E. 2.4

Der Rentenanspruch entsteht frühestens in jenem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (vgl. Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b IVG in den bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassungen). Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, welche ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

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

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweismässigkeit 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 Beweismässigkeit; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz 450; vgl. auch BGE 122 V 162 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b). Diese Praxis wurde vom Bundesgericht immer wieder bestätigt (vgl. z.B. das Urteil des Bundesgerichts 9C_108/2010 vom 15. Juni 2010 E. 4.2.2).

E. 3.3

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 dabei, 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 Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidsbedingt eingeschränkt ist. Im Vordergrund stehen dabei vor allem jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung bzw. von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 20 E. 2b). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen).

E. 4

Der Beschwerdeführer macht mit Replik geltend, sein Anspruch auf rechtliches Gehör und die Begründungspflicht seien verletzt worden, da die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung nicht auf die Beschwerde im Einzelnen eingegangen sei, was auch für die angerufenen Ärzte zutrefte. Weder zur Kritik am MZX-Gutachten noch zur Kritik, die angebliche

Verbesserung des Gesundheitszustandes sei "herbeigeschrieben" worden, sei Stellung bezogen worden (B-act. 16 Ziff. 8).

E. 4.1

Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV, SR 101) und Art. 42 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör (vgl. auch Art. 29 VwVG). Der verfassungsmässige Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst das Recht der Parteien auf Teilnahme am Verfahren und auf Einflussnahme auf den Prozess der Entscheidungsfindung. Dazu gehört auch deren Recht, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und Einsicht in die Akten nehmen zu können (vgl. auch Art. 26 VwVG) sowie die Pflicht der Behörden, den Entscheid zu begründen (BGE 134 I 83 E. 4.1, E. 3.3, BGE 132 V 368 E. 3.1). Nach gefestigter bundesgerichtlicher Rechtsprechung muss ein Verwaltungsakt so abgefasst sein, dass die Betroffenen ihn gegebenenfalls sachgerecht anfechten können (BGE 125 II 369 E. 2c, BGE 124 V 180 E. 1a). Dies ist nur dann möglich, wenn sich sowohl der Betroffene als auch die Rechtsmittelinstanz ein Bild über die Tragweite des Entscheides machen können. Demnach müssen in jedem Fall die Überlegungen angeführt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sie ihren Entscheid stützt, wobei sie sich jedoch auf die wesentlichen Gesichtspunkte beschränken darf. Erforderlich ist, dass sich aus der Gesamtheit der Begründung ergibt, weshalb die Behörde den Vorbringen der Partei nicht folgen konnte (BGE 122 IV 8 E. 2c). Das Begründungsmass richtet sich im Weiteren nach der Eingriffsschwere, der Komplexität des Sachverhaltes und der rechtlichen Fragen, den Entscheidungsspielräumen und der Stellung der verfügenden Behörde (vgl. zum Ganzen Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010, Rz. 1396 ff.).

E. 4.2

Festzustellen ist, dass die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung zu verschiedenen Rügen, die mit Schreiben vom 19. November 2010 erhoben wurden, Stellung genommen hat: so zu Aussagen von Dr. C._____ betreffend Unfallschuld, zum Vorwurf des Zeitmangels in der Begutachtung, der fehlenden weiteren Abklärungen (MRI, Schwindelanfälle, neuropsychologische Untersuchung, ophthalmologische und optokinetische Untersuchung, Berücksichtigung von Fremdanamnesen), des Fehlens der Unfallakten in der Begutachtung, des Nichtinteresses der Gutachter für den Schlaf und die psychische Gesundheit des Beschwerdeführers, zur anderslautenden Bewertung einer unveränderten Situation durch Dr. C._____, zur unzureichenden Anamnese, zur unterlassenen Beurteilung der psychischen Ressourcen, zur nicht beschriebenen Verbesserung des Gesundheitszustandes, zur Berücksichtigung der SUVA-Entscheidung und zur Berücksichtigung der biomechanischen Kurzbeurteilung. Schliesslich enthält die Verfügung Ausführungen zur Vereinbarkeit der bisherigen Tätigkeit mit den festgestellten Einschränkungen der Funktionsfähigkeit und zur Wiedereingliederung, gesteht dem Gutachten des MZX volle Beweiskraft zu und nimmt eine Würdigung der mit Beschwerde eingereichten Arztberichte der Dres. I._____ und E._____ vor. In ihrer Vernehmlassung vom 15. Juni 2012 nimmt die Vorinstanz - unter Bezugnahme auf die Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (IVSTA/34, 46, 47), welche dem Beschwerdeführer mit Zwischenverfügung vom 29. Juni 2012 zur Kenntnis gebracht wurden - ergänzend Stellung zur Frage nach einer gesundheitlichen Verbesserung und zur Kritik am Gutachten des MZX. Bei dieser Sachlage kann nicht davon gesprochen werden,

die Vorinstanz sei im Einwandverfahren und in der Beschwerde auf die Kritik am MZX-Gutachten und die Indizien für eine gleichgebliebene gesundheitliche Situation "überhaupt nicht" eingegangen. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs bzw. der Begründungspflicht ist damit nicht zu erkennen.

E. 5.1

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die IVSTA zu Recht revisionsweise den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine ganze Rente verneint und die Rente per 1. Februar 2012 aufgehoben hat. Zudem ist zu prüfen, ob der vom Beschwerdeführer erhobene Vorwurf der Befangenheit der Gutachter des MZX berechtigt ist und die Vorinstanz bei ihrer Beurteilung infolgedessen nicht auf das Gutachten abstellen durfte. 5.2.1 Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, sofern sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. 5.2.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Eine Invalidenrente ist demnach nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5, BGE 117 V 198 E. 3b mit Hinweisen). Dagegen stellt nach ständiger Rechtsprechung 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 (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C_552/2007 vom 17. Januar 2008 E. 3.1.2; Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 2004 IV Nr. 5 E. 2 [I 574/02]; AHI 2002 S. 65 E. 2 [I 82/01]; vgl. auch BGE 112 V 371 E. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a). 5.2.3 Ob eine unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten erhebliche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheides; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dagegen ist die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts kein Revisionsgrund unterschiedliche Beurteilungen sind revisionsrechtlich nur dann beachtlich, wenn sie Ausdruck von Änderungen der tatsächlichen Verhältnisse sind (siehe nur BGE 115 V 313 E. 4a/bb mit Hinweisen SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a).

E. 5.3

Vor Erlass der angefochtenen Verfügung fand eine materielle Überprüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung letztmals im Rahmen des Verfahrens statt, das mit Verfügung der IV-M vom 4. August 2005 abgeschlossen wurde (vgl. act. IV-M/36). Vorliegend ist daher zu prüfen, ob, und gegebenenfalls ab wann sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass der ursprünglichen Rentenverfügung vom 4. August 2005 (Referenzzeitpunkt) bis zum Erlass

der hier streitigen Revisionsverfügung vom 5. Dezember 2011 (Revisionszeitpunkt) in massgebender Weise verändert hat.

E. 5.4.1

Aufgrund des am [...] 2002 erlittenen Autounfalls diagnostizierten die Ärzte beim Beschwerdeführer eine Commotio cerebri (Hirnerschütterung), ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule, eine Schulterkontusion links, eine Läsion des unteren Plexus brachialis links, eine Thorax-/Rippenkontusion links, eine Rissquetschwunde am Kopf sowie in funktioneller Hinsicht eine posttraumatische Belastungsstörung nach Unfall, eine schmerzhafte Funktionsstörung des linken Akromioklavikulargelenks, ein zervikozephalisches Schmerzsyndrom, ein linksthorakales Schmerzsyndrom, einen Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung sowie eine unklare Sehstörung mit Fixationschwierigkeiten (IV-M/5.13, 14.1, 16.5, 18.2, 22.70, 22.25, 22.3). Gestützt auf die Beurteilung des medizinischen Dienstes der IV-Stelle vom 6. Juni 2005, wonach die medizinischen Feststellungen der SUVA mit den Hauptdiagnosen Polytrauma am [...] 2002, Halswirbelsäulen-Distorsionstrauma und posttraumatische Belastungsstörung übernommen werden könnten, gemäss Rehaklinik D. _____ einzig aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung bestehe und der Versicherte für leichte und geistig sowie seelisch nicht allzu anspruchsvolle Arbeiten zu 50% arbeitsfähig sei (IV-M/28), ermittelte die IV-M einen Invaliditätsgrad von 70% ab 1. Mai 2003 (IV-M/29). Diese Feststellungen sind für die Beurteilung der gesundheitlichen Einschränkungen zum Referenzzeitpunkt ausschlaggebend.

5.5.1 Im Rahmen des Revisionsverfahrens wurden folgende ärztliche Berichte zu den Akten gereicht oder in Auftrag gegeben:

- Kurzbericht von Dr. E. _____, Neurochirurgie, vom 29. März 2008 (IVSTA/12; inkl. Übersetzung IVSTA/41)
- Kurzbericht von Dr. E. _____, Neurochirurgie, vom 5. Mai 2009 (IVSTA/16.1; Übersetzung in IVSTA/34 S. 2)
- Neurologisches Konsilium von Dr. C. _____, Neurologie, vom 23. Februar 2010 (IVSTA/30)
- Psychiatrisches Konsilium von Dr. F. _____, Psychiatrie & Psychotherapie, vom 30. März 2010 (IVSTA/29)
- Gutachten des Medizinischen Zentrums X. _____ (MZX), Dres. G. _____, Physikalische Medizin und Rehabilitation, und B. _____, Innere Medizin, vom 4. April 2010 (IVSTA/31)
- Schlussbericht des RAD Rhone, Dr. H. _____, Allgemeine Medizin, vom 12. Juli 2010 (IVSTA/34)
- Bericht von Dr. I. _____, Psychologie, vom 17. November 2010; inkl. Übersetzung (IVSTA/44)
- Stellungnahme des RAD Rhone, Dr. H. _____, Allgemeine Medizin, vom 12. Januar 2011 (IVSTA/47.1)
- (Interne) Stellungnahme des RAD Rhone, Dr. J. _____, Psychiatrie & Psychotherapie, vom 17. Januar 2011 (IVSTA/47.2)
- Schlussbericht des RAD Rhone, Dr. H. _____, Allgemeine Medizin, vom 20. Januar 2011 (IVSTA/47.3)
- Stellungnahme des RAD Rhone, Dr. H. _____, Allgemeine Medizin, vom 16. Mai 2012 (IVSTA/64.1)
- (Interne) Stellungnahme des RAD Rhone, Dr. J. _____, Psychiatrie & Psychotherapie, vom 22. Mai 2012 (IVSTA/64.2)
- Schlussbericht des RAD Rhone, Dr. H. _____, Allgemeine Medizin, vom 30. Mai 2012 (IVSTA/64.3)

5.5.2 Gestützt auf die genannten Berichte stellten die behandelnden Ärzte folgende Diagnosen: Status nach Commotio cerebri, nach Rissquetschwunde am Kopf, nach Polytrauma, nach Distorsionstrauma der Halswirbelsäule, nach Schulterkontusion links, nach Läsion des unteren Plexus brachialis links, nach Thorax-/Rippenkontusion links, eine Radikulopathie C6, 7, 8 und eine inzwischen chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung (IVSTA/12, 16.1, 41, 44). Die Gutachter im MZX hielten ihrerseits folgende Diagnosen fest (IVSTA/31 S. 45): mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: keine. ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 1) Chronisches cervikozephalisches und linksseitig cervikobrachiales

Schmerzsyndrom mit/bei Fehlhaltung, muskulärer Dysbalance, initialen, nicht über das altersentsprechende Mass hinausgehenden degenerativen Veränderungen, ohne weiteres strukturell-morphologisches Korrelat; 2) mögliche unfallbedingte commotio cerebri, mögliche Migräne (Spannungskopfschmerz, Analgetikakopfschmerz); 3) Adipositas Grad II nach WHO mit Body Mass Index von 35.6 kg/m², arterieller Hypertonie (unbehandelt) und erhöhten Blutzucker- und Cholesterinwerten. Die Arztberichte aus Kroatien enthalten nur kurze Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit: Dr. E. _____ führt in seinem Bericht vom 5. Mai 2009 aus, es liege eine reduzierte Arbeitsfähigkeit in allen Tätigkeiten vor, ohne dies prozentual zu veranschlagen. Dr. I. _____ führt in ihrer psychologischen Beurteilung einzig aus, die festgestellten Symptome minderten bezeichnenderweise die Qualität des Lebens und eine allgemeine Funktion im Alltag (IVSTA/16.1, 34, 44). Die Gutachter des MZX halten ihrerseits fest, der Beschwerdeführer sei aktuell aus somatischer und psychiatrischer Sicht für alle bisherigen Tätigkeitsbereiche zu 100% arbeitsfähig. Die bei der früheren Rentengewährung aufgrund der posttraumatischen Belastungsstörung attestierte 50%-ige Arbeitsunfähigkeit sei zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr gegeben. Das ermittelte Belastbarkeitsprofil, dass das Tragen und Heben schwerer Lasten, das Einnehmen von rückenbelastenden Zwangshaltungen oder repetitive, stereotype Bewegungsabläufe ausschliesse, gelte ab dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung (IVSTA/31).

5.5.3 Trotz unterschiedlicher Diagnosestellung stützen sich die behandelnden und begutachtenden Ärzte in etwa auf dieselben gesundheitlichen Probleme des Beschwerdeführers ab, beurteilen sie in ihrer Schwere und ihren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit jedoch unterschiedlich. Aktenkundig ist, dass der Beschwerdeführer als Folge eines schweren Verkehrsunfalls im Jahre 2002 Polytraumata mit Auswirkungen auf Gehirn (Hirnerschütterung) und Kopf (Rissquetschwunde), mit verschiedenen Torsionen der linken oberen Körperhälfte (Schulter, Halswirbelsäule, Thorax/Rippen), mit Läsion des unteren Plexus brachialis [Nervenstrang im Hals- und oberen Brustsegment] und in funktioneller Hinsicht ein posttraumatisches Belastungssyndrom, eine schmerzhafte Funktionsstörung des linken Akromioklavikulargelenks, ein zervikozephalales Schmerzsyndrom, ein linksthorakales Schmerzsyndrom sowie eine unklare Sehstörung mit Fixationsschwierigkeiten erlitten hat. Während die Ärzte aus Kroatien in ihren aktuellen Berichten auf den Status nach Polytraumata hinweisen und (insbesondere) gestützt auf die Klagen des Beschwerdeführers und aktuelle Untersuchungen festhalten, der Beschwerdeführer leide nach wie vor an den Folgen des Verkehrsunfalls von 2002, sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht, insbesondere an einer posttraumatischen Belastungsstörung, haben die Gutachter im MZX gestützt auf umfangreiche Vorakten, eingehende eigene polydisziplinäre (internistisch, rheumatologisch [inkl. Röntgen], neurologisch und psychiatrisch) Untersuchungen und eine interdisziplinäre Beurteilung festgehalten, dass in somatischer Hinsicht anhand der aktuellen Befunde (März/April 2010) - trotz früher erlittener Polytraumata - ein altersentsprechender Status im Bereich der linken oberen Körperhälfte ohne radikuläre Auswirkungen vorliege und aktuell die posttraumatische Belastungsstörung nicht mehr bestätigt werden könne, diese sei bereits von Dr. K. _____ am 4. Januar 2005 als mässig ausgeprägt beurteilt worden. Ebenso wenig liege eine depressive Symptomatik von Krankheitswert vor (kein Interessensverlust, Empfinden von Freude möglich, kein Appetit- und Libidoverlust, keine Konzentrations- oder Merkfähigkeitsstörungen vorhanden). Der Beschwerdeführer fahre auch selber wieder Auto und tue dies angstfrei. Die übrigen Diagnosen (Hypertonie, Diabetes mellitus, Adipositas) vermöchten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu

begründen (IVSTA/29-31). 5.5.4 In seiner Stellungnahme vom 17. Januar 2011 führte Dr. J. _____ vom RAD Rhone aus, das psychiatrische Teilgutachten des MZX sei sehr fundiert ausgefallen, die medizinisch-klinische Qualität des Gutachtens sei sehr gut. Der Gutachter gebe die verschiedenen früher gestellten Diagnosen korrekt wieder, diskutiere sie eingehend und verwerfe einleuchtend für den Gutachtenszeitpunkt deren weiteres Vorliegen. Eine allfällig bestehende depressive Verstimmung bleibe unterschwellig und erreiche nicht den für eine ICD-10-Kodierung notwendigen Schweregrad. Das Patientengutachten von Dr. I. _____ enthalte keine Diagnosestellung und keine neuen Informationen, die im Gutachten nicht diskutiert worden wären. Einziger Mangel sei, dass im Gutachten zu wenig genau dargelegt werde, weshalb - in der Tat - eine wesentliche gesundheitliche Verbesserung vorliege (IVSTA/47.2). In ihrem Schlussbericht vom 12. Juli 2010 hat sich Dr. H. _____ vom RAD Rhone der Beurteilung der MZX-Gutachter angeschlossen. Das Gutachten sei aus versicherungsärztlicher Sicht nachvollziehbar und in sich schlüssig. Es stelle eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes und somit auch der Arbeitsfähigkeit fest; der Eintritt der gesundheitlichen Verbesserung könne aber erst ab dem 4. April 2010 dokumentiert werden. Die möglicherweise vorbestandene somatoforme Schmerzstörung und eine posttraumatische Belastungsstörung seien nicht mehr nachweisbar. Die Probleme im Bereich des Bewegungsapparates blieben bei nurmehr geringgradiger Bewegungseinschränkung im Rückenbereich und ohne weitere Funktionseinbussen ohne relevante Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die übrigen geklagten Beschwerden - Kopfschmerzen, Übergewicht, hoher Blutdruck, hoher Cholesterinspiegel - seien versicherungsmedizinisch nicht relevant. Anamnestisch bestünden deutliche Hinweise für einen medikamentenbedingten Kopfschmerz, der durch die übermässige Medikamenteneinnahme induziert sei (IVSTA/47.3). 5.5.5 Das Gutachten erweist sich aus Sicht des Gerichts - auch unter Berücksichtigung der eingereichten kroatischen Berichte und Einwände des Beschwerdeführers - als beweisrechtlich verwertbar, beruht es doch auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis umfangreicher Vorakten (vgl. S. 2 ff.) abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten sind begründet (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen). Auf die darin gemachten Feststellungen ist deshalb - mit Ausnahme des in E. 7 Gesagten - abzustellen. 5.6.1 Der Beschwerdeführer rügt in seiner Beschwerde, das Gutachten des MZX stelle lediglich eine strengere Beurteilung seines Gesundheitszustandes dar und zeige keine Verschlechterung im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentengewährung. Explizit hätten die Gutachter darauf hingewiesen, dass sie der Beurteilung des SUVA-Kreisarztes vom 12. Februar 2004 nicht folgen könnten. Revisionsweise sei eine solche strengere Beurteilung desselben Sachverhalts nicht relevant. Deshalb könne auf das Gutachten nicht abgestellt werden. Im Einzelnen wurde auf Widersprüche und Unstimmigkeiten im Gutachten hingewiesen (vgl. nachfolgend E. 5.6.2 ff.). Schliesslich rügte er, dass das Leistungsprofil in seiner bisherigen Tätigkeit falsch ermittelt worden sei (B-act. 1). 5.6.2 Soweit der Beschwerdeführer rügt, im Gutachten des MZX sei eine unveränderte Situation unterschiedlich beurteilt worden (B-act. 1 Ziff. 6 f.), kann dieser Argumentation nicht gefolgt werden. Wie oben dargelegt, fusst die damalige Rentenzusprache sowohl auf Einschränkungen aufgrund der "verbleibenden organischen Unfallrestfolgen" und in neuropsychologischer und psychiatrischer Hinsicht auf einer geschätzten Arbeitsfähigkeit von 50% (IV-M/22 S. 7 f. i.V.m. IV-M/23 und IV-M/28 S. 3). Im psychiatrischen Gutachten von Dr. K. _____

zuhanden der SUVA wurden ein Verdacht auf eine somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung sowie eine posttraumatische Belastungsstörung, beide mässiger Ausprägung, festgehalten (Befunde: frei flottierende Ängste, Ein- und Durchschlafstörungen, Stressintoleranz/Reizbarkeit, Nervosität, Zittern und Schwitzen als Ausdruck einer Ängstlichkeit, trotz medikamentöser Behandlung und Gesprächstherapie) mit einer daraus resultierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50% (IV-M/22 S. 7 ff.). Im MZX dagegen konnten die Gutachter Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit aufgrund der somatischen Befunde ausschliessen. Zudem wurde festgestellt, dass eine commotio cerebri und Einschränkungen neuropsychologischer Natur nicht mehr bestätigt werden können; insbesondere liege aktuell keine posttraumatische Belastungsstörung mehr vor, was in Anbetracht dessen, dass der Beschwerdeführer im psychiatrischen Konsilium in mehrfacher Hinsicht Momente der Freude schilderte, Interesse am Sport bekundete und angab, (eingeschränkte) Kontakte zu pflegen, er seine psychiatrische Gesprächstherapie im Jahre 2005 beendet habe, keine Appetitlosigkeit und kein Libidoverlust vorliege und er inzwischen auch wieder (angstfrei) Auto fahren könne (IVSTA/29 S. 3 f.), überzeugt. Dem psychiatrischen Konsilium von Dr. F. _____ ist auch zu entnehmen, dass keine Depression von Krankheitswert mehr vorliegt, was sich mit der Befunderhebung deckt: bewusstseinsklar, orientiert, Kontaktaufnahme uneingeschränkt möglich, unauffälliger Denkablauf, keine inhaltlichen Denkstörungen, keine Fixierung auf Schmerzproblematik, keine kognitiven oder mnestischen Defizite, klare Wiedergabe von Daten und Zusammenhängen, keine Halluzinationen, Wahn- oder Ich-Störungen, affektive Schwingungsfähigkeit erhalten, im Affekt spürbar, keine pathologischen Ängste und Zwänge vorhanden, kein Interessens- und Libidoverlust, keine Freudlosigkeit, dies trotz herabgesetzter Vitalgefühle, Durchschlafstörungen, leicht gemindertem Antrieb und leichtem sozialem Rückzug. Bezüglich der gerügten (kurzen) Dauer der Untersuchung ist auf die Ausführungen in E. 5.6.6 zu verweisen. Das MZX durfte daher - 8 Jahre nach dem Verkehrsunfall und 5 Jahre nach seiner Rückkehr an seinen Herkunftsort in Kroatien - auf eine Besserung seines Gesundheitszustandes schliessen. Der Beschwerdeführer weist in der Beschwerde zwar auf eine Inkonsistenz in den gutachterlichen Ausführungen zur "Festlegung des Beginns und des weiteren Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit" hin (IVSTA/31 S. 52), jedoch bezieht sich einerseits die gutachterliche Äusserung nur auf die Fachbereiche Innere Medizin, Rheumatologie/Orthopädie und Neurologie, unter Ausklammerung der Psychiatrie, ist andererseits die Aussage, es habe zu keinem Zeitpunkt ein Gesundheitsschaden vorgelegen, in dieser apodiktischen Form wohl nicht vollumfänglich zutreffend (vgl. die von der IV-M mitberücksichtigte Beurteilung der SUVA: "Einschränkungen aufgrund der verbleibenden organischen Unfallrestfolgen"); zudem erfolgte die Aussage (insbesondere) mit Blick auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der Rehaklinik D. _____ und enthält selber eine Einschränkung ("dass die damals attestierte Arbeitsfähigkeit primär aufgrund der eingeschränkten psychischen Belastbarkeit formuliert wurde"). Die Rüge des Beschwerdeführers, die eine einseitige Zitierung einer einzelnen gutachterlichen Aussage enthält, vermag daher nicht die Beweiskraft des Gutachtens zu erschüttern. 5.6.3 Der in Ziffer 7 der Beschwerde gerügte Widerspruch zu den "echtzeitlichen" Unfallakten vermag ebenfalls nicht zu überzeugen: Die Gutachter legen dar, dass sich der Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtung zu Elementen des Unfallgeschehens geäußert hat. Darin liegt ein für den Zeitpunkt der Begutachtung geltendes Aussageverhalten, worin kein Widerspruch zur früheren Aussage, sich nicht an das Unfallgeschehen erinnern zu können, zu erkennen ist. Nicht diskutiert wird vom

Vertreter des Beschwerdeführers, ob dieser "Widerspruch" darin begründet ist, dass sich der Beschwerdeführer von seiner Amnesie teilweise erholt hat und deshalb gegenüber den Gutachtern - durchaus nachvollziehbare - Aussagen zu Teilen des Unfallgeschehens machen konnte oder ob sich darunter Aussagen befinden, die der Beschwerdeführer zwischenzeitlich aus den damals angelegten Unfallakten entnehmen konnte. 5.6.4 In Ziffer 7.2 und 10 der Beschwerde wird weiter moniert, dass Gutachten enthalte widersprüchliche Angaben dazu, ob der Beschwerdeführer noch an Albträumen leide. Dem psychiatrischen Konsilium ist jedoch zweifelsfrei und - deckungsgleich mit dem Hauptgutachten (IVSTA/31 S. 52) - zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer an keinen Nachhallerinnerungen bzw. sich wiederholenden Träumen, die im Zusammenhang mit dem Verkehrsunfall stehen oder in ähnlichen Situationen auftreten - leide. Albträume habe er im Sinne, dass seinen Kindern etwas passiere, nicht ihm selber (IVSTA/29 S. 4). Zur entsprechenden Erklärung in der angefochtenen Verfügung nimmt der Beschwerdeführer nicht Stellung. Damit geht auch die weitere Rüge fehl, das MZX habe nicht erklärt, ob es den Versicherten befragt habe, ob er immer noch Erinnerungen und sich wiederholende Träume im Zusammenhang mit dem Unfall habe (Ziff. 7.2), zumal diese Rüge ausklammert, dass dem Gutachten unter anderem ein psychiatrisches Konsilium zugrunde liegt, das ergänzende Aussagen zu eben dieser Frage enthält. Letztlich deckt sich die Aussage, wonach der Beschwerdeführer keine Flashbacks zum Unfallgeschehen habe, auch mit der Erklärung, er fahre unterdessen wieder Auto, angstfrei. 5.6.5 Die in Ziff. 7.4-7.6 geäußerte Kritik, wonach die IV-Stelle zu Unrecht aufgrund der erhaltenen sprachlichen Fähigkeiten, unzutreffender Aussagen zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit beim Arbeitgeber und Finanzierung von Ferienwohnungen auf eine gesundheitliche Verbesserung geschlossen habe, erweist sich in der Tat als fragwürdige Begründung für eine gesundheitliche Verbesserung. In Anbetracht des Verfahrensausgangs ist jedoch auf diese Kritik vorliegend nicht weiter einzugehen. 5.6.6 Gerichtsnotorisch ist die Kritik von Beschwerdeführenden, die Begutachtung habe nur sehr kurz gedauert und beruhe deshalb auf einer mangelhaften Würdigung (B-act. 1 Ziff. 8). Ungeachtet des vorinstanzlichen Hinweises auf die (zutreffende) bundesgerichtliche Rechtsprechung, wonach für deren Beweistauglichkeit nicht allein auf die Dauer einer Untersuchung abgestellt werden könne (Urteil 9C_55/2009 vom 1. April 2009 E. 3.3 m.w.H.) ist bereits aufgrund des Umfangs des Gutachtens (54 Seiten) sowie der zwei beiliegenden konsiliarischen Teilgutachten (je sieben bzw. acht Seiten) auszuschließen, dass für die Begutachtung (nur) etwa eine halbe Stunde auf Dr. C._____, 20 Minuten auf Dr. F._____, (psychiatrische Begutachtung), 20 Minuten auf Dr. B._____, (innere Medizin) und 20 Minuten auf Dr. G._____, (rheumatologische Untersuchung) entfallen seien: So enthalten die "subjektiven Angaben des Versicherten" in Ziff. 3 persönliche Angaben des Beschwerdeführers auf den Seiten 17 bis 21 des Gutachtens, erstrecken sich die von Dr. B._____ erhobenen "objektiven Befunde" mit den Kapiteln "Allgemein", "Psyche", "Haut", "Kopf/Hals", "Thorax", "Atmungsorgane", "Herz/Kreislauf", "Abdomen", Bewegungsapparat" und "Neurologische Untersuchung" auf zahlreiche Befunde auf den Seiten 21 bis 23, die persönlich erhoben werden müssen, sind auf S. 24 zusätzlich durchgeführte Untersuchungen (Labor) aufgeführt und kommentiert, hat Dr. G._____ für das rheumatologische Teilgutachten auf zwei Seiten eine eingehende (eigene) Befunderhebung betreffend die Bereiche "Allgemein", "Halswirbelsäule", "Brust-/Lendenwirbelsäule", "Extremitäten" und "Rheumatologisch-orientierte neurologische Untersuchung" aufgeführt (S. 27 f.), enthält die neurologische Untersuchung von Dr. C._____ auf den S. 33 und 34 eine ausführliche

Anamnese und Angaben zum Unfallereignis ("Gebeten seine Beschwerden zu schildern, beschreibt A. _____:"), wird auf den Seiten 34 bis 37 der klinische Untersuchungsbefund zu den Bereichen "Internistischer Befund", "Kopf/Halswirbelsäule", "Hirnnerven", "Motorik und Koordination", "Sensibilität", "Muskeldehnungsreflexe", "Pyramidenbahnzeichen", "Vegetativum", "Äussere Erscheinung und Verhalten", "Quantitative und qualitative Bewusstseinsveränderungen", "Orientierung", "Mnestik", "Konzentration, Aufmerksamkeit und Auffassung", "Denken", "Intelligenz", "Psychomotorik und Antriebslage", "Stimmung und Affekt" und "Neuropsychologische Funktionen" wiedergegeben, und sind dem psychiatrischen Untersuchungsbefund von Dr. F. _____ auf S. 39-42 des Gutachtens eine eingehende psychiatrische Anamnese sowie Angaben zur aktuellen Situation zu entnehmen ("Der Versicherte berichtet...") und folgt diesen Angaben ergänzend der psychiatrische Befund (S. 42 f.). Schliesslich ist davon auszugehen, dass die Gutachter den Beschwerdeführer nicht jeweils umgehend nach Abschluss der Befunderhebung zum Gehen aufgefordert, sondern ihn zur Plausibilisierung der Würdigung einzelner Elemente noch kurze Zeit im Untersuchungszimmer zurückbehalten haben. Die zeitlichen Darstellungen des Beschwerdeführers entbehren daher, trotz fehlender zeitlicher Angaben im Gutachten und in den Konsilien, jeder Grundlage. 5.6.7 Zuzustimmen ist dem Beschwerdeführer darin (B-act. 1 Ziff. 8.2; B-act. 16 Ziff. 8.3), dass es nicht dem Facharzt für Innere Medizin obliegt, in seiner Befunderhebung den Psycho-Status zu erheben. Ob dessen Erhebungen deshalb bei der Würdigung unberücksichtigt bleiben müssen, kann in Anbetracht des vernehmlassungsweisen Antrags der Vorinstanz auf Rückweisung zur ergänzenden (insbesondere psychiatrischen) Begutachtung, dem stattzugeben ist (vgl. unten E. 7), ebenfalls offen bleiben. Anzumerken bleibt, dass der sinngemässe Vorwurf, der Internist könne seine Aussage, es bestehe eine deutliche Tendenz zur Aggravation, nicht auf andere Anamnesen abstützen, nicht zutrifft: Dem Teilgutachten von Dr. C. _____ sind folgende Hinweise zu entnehmen: "Motorik und Koordination: Mangelhafte Mitarbeit bei allen Kraftproben mit abruptem Nachgeben und unzureichender Willküranstrengung". In der Beurteilung führte dieser weiter aus, die neurologische Begutachtung habe einen sicheren Anhalt für eine bewusstseinsnahe demonstrative Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden ergeben. [...] Ausprägung und Krankheitswertigkeit der beklagten Beschwerden blieben für ihn angesichts der sicheren Hinweise auf eine Aggravation zumindest zweifelhaft (IVSTA/31 S. 35, 37 f.). 5.6.8 Die Kritik an einer widersprüchlichen Befunderhebung betreffend die Beweglichkeit der Halswirbelsäule und zum Muskelhartspann überzeugt nicht (B-act. 1 Ziff. 8.3): Im Untersuchungsbefund erwähnt Dr. G. _____, während der Anamneseerhebung sitze der Beschwerdeführer entspannt auf einem Stuhl, dabei erfolgten physiologische Mitbewegungen von Halswirbelsäule bzw. Kopf und oberen Extremitäten. Den Röntgenbefund vom 23. Februar 2010 kommentiert die Ärztin wie folgt: "Beurteilung: Diskrete, multisegmentale degenerative Veränderungen bei gesamthaft altersentsprechender Darstellung der HWS" (IVSTA/31 S. 29). Dies steht der Aussage von Dr. B. _____, unbeobachtet sei die HWS-Beweglichkeit frei, nicht entgegen (IVSTA/31 S. 23). Im neurologischen Konsilium führt Dr. C. _____ im klinischen Untersuchungsbefunde zudem aus: "Der Kopf wird spontan frei in alle Richtungen gewandt [...] Ausserhalb der formalen Prüfung, so zum Beispiel beim Bejahen und Verneinen von Fragen und auf dem Gang zum Untersuchungszimmer zu beobachten, ist die Beweglichkeit des Kopfes frei und ungehindert." (IV-M/30 S. 2 f.). Ein Widerspruch ist - entgegen der Rüge des Beschwerdeführers - auch nicht ohne weiteres in den Aussagen von Dr.

B._____ "Diffuse vertebrale [die Wirbelsäule betreffende] und paravertebrale Drückdolenz ohne Hartspann" (S. 23) und Dr. G._____ "Mässiger Hartspann der Schulter-/Nackenmuskulatur unter Betonung des freien Trapeziusrandes, des M. levator scapulae und der Scaleni" (IV-M/31 S. 27) zu erkennen. Dasselbe gilt für die Kritik am Teilgutachten von Dr. C._____, wonach er widersprüchliche Angaben zur Aussagequalität des Beschwerdeführers mache: Auf S. 2 führt Dr. C._____ aus, die Angaben zu Störungen der Konzentrationsfähigkeit und zu Schwindel/Übelkeit seien insgesamt wenig konkret, wechselhaft und vage geblieben. Die Aussage auf S. 5, wonach der Beschwerdeführer dem Gespräch konzentriert, aufmerksam folge und Fragen klar und präzise beantworte, steht unter dem Stichwort "Konzentration, Aufmerksamkeit und Auffassung" und muss nicht logischerweise zum selben Resultat führen. Dr. C._____ hält im Weiteren fest, dass der Beschwerdeführer zu Zeit, Ort und Situation scharf orientiert sei und die Merkfähigkeit intakt sei. Konzentration und Aufmerksamkeit seien unauffällig, Hinweise für eine Störung der verbalen Auffassung beständen nicht, inhaltliche Denkstörungen lägen nicht vor (IVSTA/30 S. 5). Insoweit Dr. I._____ in ihrem Bericht vom 17. November 2010 auf kognitive Einschränkungen und mnestiche Blockaden schliesst (IVSTA/44), ergeben sich diesbezüglich zwar bestätigende Hinweise in den Vorakten, die zeitnah zum Unfallereignis erhoben wurden; das MZX schloss jedoch deren Vorliegen im April 2010 aus. Das vom Beschwerdeführer in Auftrag gegebene Kurzgutachten von Dr. I._____ (eineinhalb Seiten Umfang) erwähnt nicht, worauf sich dieser Befund abstützt bzw. wie sich dieser Befund in der Untersuchung konkretisiert hat. Weiter mussten psychologische Testungen aufgrund des "subjektiv schlechten Gefühls des Befragten" abgebrochen werden und erweist sich damit die Stellungnahme hinsichtlich der Begutachtungssituation als unvollständig. Zudem widerspricht das Gutachten in verschiedener Hinsicht der ausführlichen Befunderhebung im MZX, ohne dass zu diesen Abweichungen eine Diskussion erfolgen würde. Dem Gutachten ist daher nur eingeschränkter Beweiswert zuzumessen (vgl. dazu BGE 135 V 465 E. 4.5). Zur Rüge, es sei keine Elektroneurographie des linken Armes durchgeführt worden, ist auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts zu verweisen, wonach es - ausserhalb der Auftragserteilung durch die IV-Stelle - den Gutachtern zu überlassen ist, ob und welche Befunde sie bei der Begutachtung ergänzend abklären (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_1056/2010 vom 29. Juni 2011 E. 4.3 m.H.), und gilt es festzuhalten, dass dies nicht ohne weiteres gegen die Beweiskraft eines Gutachtens spricht. Bereits im neurologischen Konsilium der Rehaklinik D._____ vom 20. Dezember 2012 wies der Neurologe Dr. L._____ im Zusammenhang mit der leichten Hirnverletzung und der Läsion des Plexus brachialis links daraufhin, dass eine elektromyographische Nachkontrolle nicht notwendig sei und Verlaufskontrollen genügen. Wichtig sei, dass die Sensibilität bei detaillierter Prüfung intakt sei und auch keine Reflexe abgeschwächt seien (IV-M/9 S. 20 ff.). Dementsprechend kann dem Vorwurf, diese Beschwerden habe das MZX mangels Untersuchung bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unberücksichtigt gelassen, nicht gefolgt werden: Läsionen des Plexus brachialis haben normalerweise Lähmungen, Gefühlsstörungen und/oder Schmerzen im Bereich des betroffenen Schultergürtels und Armes zur Folge (vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/Plexus_brachialis, zuletzt besucht am 29. Mai 2013; <http://www.plexusbrachialis.de/Infos/Erwachsene/>, zuletzt besucht am 29. Mai 2013; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 8C_260/2011 vom 25. Juli 2011 E. 4.1 und U 177/05 vom 10. April 2006 E. 3.2). Die Begutachtung im MZX ergab jedoch in neurologischer Hinsicht, dass an Armen und Beinen seitengleich mittellebhaft auslösbare

Dehnungsreflexe vorhanden seien (IVSTA/31 S. 36). Im Status zum Bewegungsapparat hielt Dr. B._____ fest, es liege ein symmetrisches Schulterrelief vor, zudem eine indolente und freie Beweglichkeit beider Schultergelenke mit problemlos durchführbarem Schürzen- und Nackengriff beidseits, es bestünden keine Impingementzeichen, die Umfänge der Ober- und Unterarme seien beidseits [praktisch] deckungsgleich, die Greifbeweglichkeit der Hände sei uneingeschränkt, der Faustschluss beidseits komplett und kräftig. In der neurologischen Untersuchung hielt er symmetrisch auslösbare, mittellebhafte Muskeleigenreflexe an den oberen und unteren Extremitäten fest, es lägen weder eine Verminderung der allgemeinen Kraft noch Paresen einzelner Muskelgruppen vor (IVSTA/31 S. 23). Dr. G._____ führte ihrerseits im rheumatologischen Teilgutachten aus, bei der aktuellen neurologischen Untersuchung fänden sich peripher keine Störungen der Oberflächensensibilität, Störungen der Reflexe oder der Kraft der peripheren Kennmuskeln (IVSTA/31 S. 31). Bei diesem Ergebnis der Befunderhebung konnte auf eine (zusätzliche) Elektromyographie des linken Armes verzichtet werden. 5.6.9 Gleiches gilt für die Rüge, der geltend gemachte Schwindel sei nicht weiter abgeklärt worden (B-act. 1 Ziff. 9.2). In Erinnerung zu rufen ist, dass die Verwaltung nicht verpflichtet ist, im Rahmen ihrer Begründungspflicht jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegen zu müssen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_556/2012 vom 25. Februar 2013 E. 5.3). Der geltend gemachte Schwindel wurde im ersten Rentenverfahren im Zusammenhang mit den geltend gemachten Sehstörungen eingehend abgeklärt (vgl. IV-M/16 S. 5 ff., IV-M/17 S. 5 ff., IV-M/17 S. 2 ff.) und stand bei der Rentengewährung nicht im Vordergrund. Dem neuropsychologischen Gutachten der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Universitätsspitals M._____ vom 13. September 2004 ist zudem zu entnehmen, dass bei Verbesserung der Schmerzsymptomatik und der psychischen Befindlichkeit mit einer Besserung der neuropsychologischen Befunde (unspezifische neuropsychologische Funktionsstörungen bei Status nach Polytrauma) zu rechnen sei (IV-M/22 S. 25 ff. ad 6.1). Inwiefern dieses Vorbringen - im Vergleich zur früheren Beurteilung - nun unzulässigerweise nicht weiter abgeklärt worden sei, wird in der Beschwerde nicht substantiiert. Hinzu kommt, dass das MZX-Gutachten eine deutliche Besserung sowohl der Schmerzsymptomatik als auch der psychischen Befindlichkeit festgehalten hat. 5.6.10 In den Ziff. 9.3 und 9.5 f. der Beschwerde und in seiner Replik rügt der Beschwerdeführer, das MZX habe die anamnestisch erhobenen starken Kopfschmerzen und Schmerzattacken bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt und auch kein MRI des Gehirns angefertigt, obwohl seinerzeit eine Signalauffälligkeit am parieto-occipitalen Übergang suboccipital links festgestellt worden sei. Aus rein neuropsychologischer Sicht hätten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit in leistungsmässiger und zeitlicher Hinsicht mit 50% beurteilt. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass das MZX in Ziff. 7.3 seines im April 2010 erstellten Gutachtens diese Beschwerden erwähnt und in der Zusammenfassung der neurologischen Untersuchung wie folgt würdigt: "Diskrepanz zwischen der in der Lagerungsprobe angegebenen Schwindelsymptomatik und dem dabei fehlenden Nystagmus [unkontrollierbares, rhythmisches Bewegen des Auges; Augenzittern]. Der aktuell erhobene neuropsychologische Befund ist zumindest ohne sichere oder wahrscheinliche Hinweise auf eine relevante kognitive Beeinträchtigung. Für die beklagten Kopfschmerzen können eine Migräne, ein Spannungskopfschmerz und - unter der Voraussetzung, dass der Versicherte tatsächlich "drei Schachteln" des Mischpräparates Caffetin (pro Monat) aufgrund seiner Kopfschmerzen einnimmt - auch ein Analgetikakopfschmerz erwogen werden. Ausprägung und Krankheitswertigkeit der

beklagten Beschwerden bleiben jedoch angesichts der sicheren Hinweise auf eine Aggravation zumindest zweifelhaft. Zusammengefasst ergibt die hier durchgeführte neurologische Begutachtung keinen sicheren oder wahrscheinlichen Anhalt für eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem." (IV-M/31 S. 51). Nichts Gegenteiliges ist der Befunderhebung im neurologischen Konsilium von Dr. C._____ zu entnehmen (IV-M/30 S. 3). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass diesbezüglich kein erneutes MRI angefertigt worden ist. 5.6.11 Insoweit der Beschwerdeführer in Ziff. 10 der Beschwerde rügt, die psychiatrische Beurteilung sei nicht mehr aktuell, kann auf die von der Vorinstanz beantragte Rückweisung zur ergänzenden psychiatrischen Begutachtung und die Ausführungen in E. 7 verwiesen werden. 5.6.12 Zutreffend erscheint die Kritik in Ziff. 12 der Beschwerde an der gutachterlichen Beurteilung, es liege eine mögliche commotio cerebri vor, zumal den Vorakten deren Vorhandensein ohne ärztliche Zweifel oder Vorbehalte zu entnehmen ist. Dasselbe gilt für die diagnostizierte cerebrale Läsion. Jedoch ist hieraus - entgegen der Rüge des Beschwerdeführers - nicht auf eine Unvollständigkeit und Oberflächlichkeit des Gutachtens zu schliessen. Die aktuelleren Erhebungen durch die Gutachter konnten diese Diagnose (nun) ausschliessen, worauf vorliegend abzustellen ist. 5.6.13 Wenn der Beschwerdeführer in Ziff. 13 der Beschwerde und mit Replik kritisiert, dass ein MRI der Halswirbelsäule erwähnt worden sei, das eine Diskushernie nachgewiesen habe, diesbezüglich das MZX jedoch kein neues MRI veranlasst habe, bleibt er in der Wiedergabe der sachverhaltlichen Feststellungen unvollständig: Dem im rheumatologischen Teilgutachten von Dr. G._____ zitierten MRI ist nämlich zu entnehmen, dass nur geringfügige degenerative Veränderungen HWK 3 bis HWK 6 festgestellt werden konnten und die erwähnte halbkugelförmige Diskushernie ohne Myelon- oder Nervenkompression objektiviert wurde (IVSTA/31 S. 26). Im Gutachten wurde auch auf die Beurteilung des SUVA-Kreisarztes Dr. N._____ vom 12. Februar 2004 hingewiesen, der im Abschnitt "Restfolgen" festhielt, dass im Bereich der Halswirbelsäule keine strukturellen Läsionen hätten nachgewiesen werden können (IVSTA/31 a.a.O; IV-M/18 S. 5). Für die Beurteilung der Schwere der Schädigung und insbesondere die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist jedoch entscheidend, ob eine Veränderung der Bandscheiben die Nervenbahnen komprimiert oder schädigt, was zu Kribbeln, Taubheitsgefühlen bis zur Einschränkung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule oder gar Lähmungen im Hand- oder Armbereich führen kann. Solche Einschränkungen konnten in der klinischen Untersuchung nicht konkretisiert werden (IVSTA/31 S. 27 f.); auch die im MZX erstellten beiden Röntgenbefunde der Halswirbelsäule vom 23. Februar 2010 ergaben (nur) diskrete multisegmental degenerative Veränderungen der Halswirbelkörper bei gesamthaft altersentsprechender Darstellung der Halswirbelsäule (seitliche Darstellung) und keine pathologischen Ventral- oder Dorsalverschiebungen einzelner Wirbelkörper und keine Hinweise auf segmentale Instabilität (Funktionsaufnahmen; IVSTA/31 S. 29). Daher ist auch nicht zu beanstanden, dass diesbezüglich kein ergänzendes MRI veranlasst wurde. 5.6.14 Gerügt wird weiter, dass sich Dr. C._____ mit der biomechanischen Kurzbeurteilung der Arbeitsgruppe für Unfallmechanik nicht auseinandergesetzt habe; deshalb sei seine Beurteilung unvollständig und nicht nachvollziehbar (Ziff. 15.1 der Beschwerde). Die Dres. O._____ und P._____ hielten in ihrem biomechanischen Befund vom 18. Februar 2003 fest, dass insgesamt die von der Halswirbelsäule und dem Bewegungsapparat des Rumpfes ausgehenden Beschwerden und Befunde aufgrund des aktenkundigen Ereignisses erklärbar seien. Zum längerfristigen Verlauf sei aus ihrer Sicht keine Stellungnahme möglich

(IV-M/9 S. 4). Dr. C._____ führt in seinem Konsilium sinngemäss aus, die früheren Feststellungen seien nicht unkritisch zu übernehmen, zumal deutliche Hinweise auf eine Aggravation während der Begutachtung vorlägen. Ungeachtet der vom Beschwerdeführer geäusserten Kritik ist festzustellen, dass die neuropsychologische Beurteilung auf einer aktuellen, eingehenden Befunderhebung durch den Gutachter beruhte und dieser sich vor allem mit der Frage auseinandersetzte, ob die früher attestierte neuropsychologische Beeinträchtigung auf eine zerebrale Läsion zurückzuführen sei, was er aus heutiger Sicht nicht bestätigen könne. Damit ist zuhanden der vorliegend relevanten Beurteilung einzig ausgesagt, dass zum Zeitpunkt der Begutachtung und damit 8 Jahre nach Unfallereignis keine zerebrale Läsion (mehr) festgestellt werden konnte, die neuropsychologische Beeinträchtigungen zur Folge hat, was sich mit der klinischen Untersuchung deckt. Deshalb ist nicht auf eine "nicht nachvollziehbare Beurteilung" zu schliessen und dringt er mit seiner in Ziff. 15.2 geäusserten Kritik, es gebe mehrere neue Studien, welche die jahrelangen neuropsychologischen Funktionsstörungen als Folge von Unfälle mit MTBI belegten, nicht durch.

E. 5.7

Inwiefern vorliegend zu Unrecht nicht auf eine Fremdanamnese abgestellt worden sei, wurde in Ziff. 17 der Beschwerde nicht substantiiert, weshalb auf diese Rüge - auch in Anbetracht der umfangreichen mitberücksichtigten Vorakten - nicht weiter einzugehen ist.

E. 6

Schliesslich bleibt zu prüfen, ob der Chefarzt des MZX, der am Gutachten vom 4. April 2010 mitgewirkt hat, und die weiteren Teilgutachter befangen sind, wie der Beschwerdeführer geltend macht.

E. 6.1

Mit ergänzender Beschwerdebegründung vom 29. Mai 2012 rügte der Beschwerdeführer, gegen den Chefarzt des MZX, Dr. B._____, sei vor dem Bezirksgericht M._____ ein Strafverfahren wegen Urkundenfälschung eröffnet worden. Der Chefarzt habe diesen Umstand der Aufsichtsbehörde nicht gemeldet. Gestützt darauf habe das Verwaltungsgericht des Kantons Q._____ mit Urteil vom [...] 2012 festgestellt, dass dieser befangen sei. Gestützt darauf sei festzuhalten, dass er auch im vorliegenden Gutachten befangen gewesen sei. Er habe den Beschwerdeführer hier "als viel gesünder dargestellt, als er gemäss sämtlichen Vorakten ist." Zudem bestünden zahlreiche Widersprüche innerhalb der einzelnen Gutachten und zwischen Hauptgutachten und Teilgutachten. Die Subgutachter seien ebenfalls regelmässig den Hinweisen auf einen schlechteren Gesundheitszustand nicht nachgegangen, hätten Ermessensfragen regelmässig zu Ungunsten des Beschwerdeführers ausgelegt, unterstünden dem Chefarzt des MZX gegenüber der Weisungspflicht und hätten befürchten müssen, keine weiteren Aufträge für Teilgutachten zu erhalten. Deshalb seien auch die Teilgutachter als befangen zu qualifizieren (B-act. 10).

E. 6.2

Mit Vernehmlassung vom 15. Juni 2012 führte die Vorinstanz diesbezüglich aus, die Einwände würden sich auf Vorkommnisse in einem anderen Verfahren beziehen, der Beschwerdeführer habe nicht ausreichend substantiiert, dass auch im vorliegenden Fall Manipulationen oder Einflussnahmen durch den Chefarzt erfolgt seien. Dr. B._____ sei mittlerweile nicht mehr am MZX tätig. Damit sei sichergestellt, dass sich die Teilgutachter

im Rahmen des vom Regionalen Ärztlichen Dienst vorgeschlagenen Ergänzungsgutachtens unbeeinflusst äussern könnten (B-act. 12).

E. 6.3

In seiner Replik vom 5. Juli 2012 räumt der Beschwerdeführer ein, direkte Manipulationen und Einflussnahmen könnten dem Chefarzt des MZX vorliegend nicht nachgewiesen werden. Jedoch machten folgende Beurteilungen "stutzig": Dr. B._____ habe einen Psychostatus erhoben, was nicht seine Aufgabe sei. Zudem berichte er über Aggravation, welche sich im Bericht von Dr. F._____ nicht bestätige. Bezüglich der Beweglichkeit der Halswirbelsäule und des Muskelhartspanns bestünden unterschiedliche Darstellungen zwischen Dr. B._____ und den Teilgutachtern. Diese Indizien zeigten, dass er sich für die zusammenfassende Beurteilung in Widerspruch zu seinen Teilgutachtern begeben, was deutlich für seine Befangenheit spreche (B-act. 16).

E. 6.4

Mit unaufgeforderter Eingabe vom 17. Oktober 2012 stellte der Beschwerdeführer dem Gericht ein Urteil des Versicherungsgericht des Kantons R._____ vom 28. September 2012 zu und wies darauf hin, dass gemäss den Ausführungen im Urteil das Bundesamt für Sozialversicherungen Dr. B._____ zwischenzeitlich verboten habe, für die Invalidenversicherung gutachterlich tätig zu sein (B-act. 20).

E. 6.5

Muss der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhalts ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen, so gibt er der Partei deren oder dessen Namen bekannt. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und kann Gegenvorschläge machen (Art. 44 ATSG). Diese Bestimmung ist auch im Abklärungsverfahren der Invalidenversicherung anwendbar (vgl. BGE 135 V 254 E. 3.2). Indem Art. 44 ATSG vorsieht, dass die versicherte Person den Gutachter aus "triftigen" Gründen ablehnen kann, geht diese Bestimmung über die gesetzlichen Ausstandsgründe von Art. 10 VwVG und Art. 36 Abs. 1 ATSG hinaus. Da sich das ATSG nicht zur Frage äussert, welches solche über die Ausstandsgründe hinausgehende "triftige" Gründe sein können, beurteilt sich diese Frage nach den Bestimmungen des VwVG. Dabei ist zwischen Einwendungen formeller und Einwendungen materieller Natur zu unterscheiden (vgl. BGE 132 V 93 E. 6.4 und 6.5 m.w.H.). Zu den Einwendungen formeller Natur zählen die gesetzlichen Ausstandsgründe (vgl. Art. 10 VwVG und Art. 36 Abs. 1 ATSG), weil sie geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit des Sachverständigen zu erwecken. Dabei gelten für Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richter vorgesehen sind (vgl. 132 V 93 E. 6.5 und E. 7.1 mit Hinweis auf BGE 120 V 357 E. 3). Soweit die Ausstandspflicht der mit der Begutachtung zu beauftragenden Person strittig ist, muss die IV-Stelle darüber in einer Zwischenverfügung befinden (vgl. BGE 132 V 93 E. 6.2 m.w.H.). Einwendungen materieller Natur können sich zwar ebenfalls gegen die Person des Gutachters richten. Sie beschlagen jedoch nicht dessen Unparteilichkeit. Oft sind sie von der Sorge getragen, das Gutachten könne mangelhaft ausfallen oder jedenfalls nicht im Sinne der zu begutachtenden Person. Solche Einwendungen sind in der Regel mit dem Entscheid in der Sache im Rahmen der Beweiswürdigung im Endentscheid zu behandeln (vgl. BGE 132 V 93 E. 6.4 und 6.5 m.w.H., bestätigt in BGE 132 V 376 E. 9 und BGE 133 V 446 E. 4.4).

E. 6.6

Festzustellen ist, dass mit den Vorwürfen, gegen den Chefarzt des MZX sei vor dem Bezirksgericht M. _____ ein Strafverfahren wegen Urkundenfälschung eröffnet worden, er habe diesen Umstand der Aufsichtsbehörde nicht gemeldet, gestützt darauf habe das Verwaltungsgericht des Kantons Q. _____ mit Urteil vom [...] 2012 festgestellt, dass dieser befangen sei, zwischenzeitlich habe das BSV ihn angewiesen, die Gutachtertätigkeit für die Invalidenversicherung zu unterlassen, formelle Ausstandsgründe geltend gemacht werden. Das Bundesgericht hat sich mit diesen Vorwürfen gegen den früheren Chefarzt des MZX bereits auseinandergesetzt und mit Urteilen 8C_487/2012 vom 23. Juli 2012 E. 3.2 und 8C_904/2012 vom 28. März 2013 E. 4.3 festgehalten, dass formelle Ausstandsgründe nicht bereits vorlägen, weil jemand Aufgaben für die Verwaltung erfülle, sondern erst, wenn der Verwaltungsangestellte in der Sache selbst persönlich befangen sei. Solche Gründe seien nicht geltend gemacht worden. Der Beizug der Strafakten sei in Anbetracht der materiellen Beurteilung nicht erforderlich. Festzuhalten ist, dass die vorliegend mit ergänzender Beschwerde begründung, Replik und Eingabe vom 17. Oktober 2012 erhobenen Vorwürfe nicht weiter gehen, als das vom Bundesgericht in den genannten Urteilen Beurteilte, weshalb ohne Weiterungen darauf zu verweisen ist, und auch nicht geschlossen werden kann, die Teilgutachter seien aufgrund ihrer arbeitsrechtlichen Stellung zum Chefarzt des MZX befangen in der Ausübung ihrer Tätigkeit.

E. 6.7

Es bleibt zu prüfen, ob materielle Ausstandsgründe gegeben sind. Der Beschwerdeführer räumt mit der Replik selber ein, dass dem Chefarzt des MZX vorliegend keine direkten Manipulationen und Einflussnahmen nachgewiesen werden könnten; darauf ist abzustellen. Zudem sind den Akten keine Hinweise auf das zur Last gelegte Verhalten zu entnehmen, wozu auf das in E. 5 Gesagte verwiesen werden kann.

E. 6.8

Die Beschwerde ist daher bezüglich der erhobenen Vorwürfe der Befangenheit abzuweisen.

E. 7.1

Mit der Vorinstanz ist damit festzustellen, dass das Gutachten zwar auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und begründete Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten enthält. Jedoch hat die Vorinstanz - gestützt auf die Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes, Dres. J. _____ und H. _____, vom 22. und 30. Mai 2012 im Rahmen der Vernehmlassung festgehalten, dass das Gutachten des MZX bezüglich der Frage, welche gesundheitlichen Verbesserungen konkret festgestellt werden könnten und ab wann in (psychiatrischer) Hinsicht eine Verbesserung eingetreten sei, keine eindeutigen Antworten liefere und diesbezüglich Mängel aufweise. Die festgestellte gesundheitliche Verbesserung gehe nur implizit aus dem (psychiatrischen) Gutachten hervor. Die Ärzte hätten wegen dieses Mangels auf den Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens abgestellt. Es seien daher die Gutachter, und insbesondere der Verfasser des psychiatrischen Teilgutachtens, mit einem Ergänzungsgutachten zu beauftragen zur Frage, ob zum Gutachtenszeitpunkt eine wesentliche und erhebliche (und damit IV-relevante) Verbesserung des Gesundheitszustandes vorgelegen habe. Falls ja, werde um genaue Angabe gebeten, worin diese Verbesserung bestanden habe (IVSTA/64).

E. 7.2

Der Beschwerdeführer begründet seine Rüge, der Antrag der Vorinstanz auf Rückweisung zur ergänzenden psychiatrischen Abklärungen (insb. Abklärung des Zeitpunkts des Eintritts einer gesundheitlichen Verbesserung) sei verfehlt, damit, dass die Vorinstanz zu keinem Zeitpunkt davon ausgegangen sei, es habe ein Gesundheitsschaden bestanden, und das MZX könne auf diese Frage folglich keine glaubwürdige und widerspruchsfreie Antwort geben. Zudem sei dieselbe Frage bereits abschlägig beantwortet worden. Dieses Vorgehen sei daher sinnlos und unzulässig (B-act. 16 Ziff. 2, 6). Diese Argumentation verfängt nicht: Die erneute Beurteilung im MZX hat anhand einer ergänzenden (aktuellen und retrospektiven) Befunderhebung, Würdigung der Vorakten und sich widerstreitender Meinungen zu erfolgen. Können die oben erwähnten Fragen (vgl. E. 7.1) nicht (klar) beantwortet werden, liegt eine revisionsrechtlich nicht-relevante Andersbeurteilung derselben gesundheitlichen Situation vor und hat die Vorinstanz die Rente weiterhin auszurichten. Insofern zielen die Abklärungen im MZX darauf, ergänzende Klärung in zentralen und vom Beschwerdeführer aufgeworfenen Punkten zu bringen. Solange diese Klärung nicht vorliegt, ist nicht weiter auf die Rüge einzugehen, das MZX-Gutachten urteile strenger als IV und SUVA. Insofern der Beschwerdeführer in seiner Stellungnahme auf zahlreiche weitere Mängel und weiteren Abklärungsbedarf (es müssten zahlreiche, bisher unterlassene somatische Untersuchungen durchgeführt werden) hinweist, ist auf deren Würdigung in E. 5 zu verweisen.

E. 7.3

Nicht zu prüfen bei diesem Ausgang des Verfahrens ist auch, ob es zutrifft, dass Dr. F._____ die von ihm registrierten Einschlaf- und schmerzbedingten Durchschlafstörungen in der Würdigung der Arbeitsfähigkeit nicht habe einfließen lassen; zudem sei der Schlaf des Beschwerdeführers seit Erlass des Vorbescheids massiv gestört (Beschwerde Ziff. 16). Nicht weiter zu prüfen ist schliesslich, ob die IVSTA vor der revisionsweisen Aufhebung des Rentenanspruches die Frage der Selbsteingliederung hätte prüfen und verneinenderweise Eingliederungsmassnahmen an die Hand nehmen müssen (Ziff. 14 der Beschwerde). Die IVSTA ist jedoch anzuhalten, das im Schreiben des Beschwerdeführers vom 20. Dezember 2011 und in der Beschwerde in Ziff. 15 genannte Arbeitsprofil bei der Frage nach der Zumutbarkeit der Ausübung der bisherigen Tätigkeit mitzubersichtigen.

E. 7.4

Die Vorinstanz hat in der angefochtenen Verfügung einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung entzogen. Der Beschwerdeführer hat die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung nicht beantragt. Replikweise ersuchte er in der Begründung darum, dass die Rente unverzüglich wiederum zu gewähren sei (B-act. 16 Ziff. 6), ohne jedoch explizit einen Verfahrensantrag zu stellen. Bis zu neuem Entscheid der Vorinstanz in gleicher Sache bleiben deshalb Rentenzahlungen eingestellt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_451/2010 vom 11. November 2010 E. 4.4).

E. 7.5

In Übereinstimmung mit dem vorinstanzlichen Antrag in der Vernehmlassung ist daher vorliegend die Beschwerde vom 29. Dezember 2011 insoweit gutzuheissen, als die Sache zur Vornahme ergänzender Abklärungen im Sinne des vorinstanzlichen Antrags an die IVSTA zurückzuweisen ist; im Weiteren ist sie abzuweisen.

E. 8.1

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 der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.- dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm anzugebendes Konto zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Der vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Diese wird unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands auf Fr. 3'400.- (ohne Mehrwertsteuer; vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-822/2011 vom 12. Februar 2013 E. 8.2.4) festgelegt.

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