

BVGer C-784/2012 vom 7. März 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-03-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-784_2012

FR: TAF C-784/2012 du 7 mars 2014

IT: TAF C-784/2012 del 7 marzo 2014

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA vom 17. Januar 2012, mit welcher das Gesuch um Erhöhung der Rente der schweizerischen Invalidenversicherung abgewiesen wurde.

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.2

Nach Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) ist zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren als Partei teilgenommen. Als Verfügungsadressat ist er durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse. Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

E. 1.3

Der Beschwerdeführer hat frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG; vgl. auch Art. 50 und Art. 52 VwVG) Beschwerde erhoben. Auf das ergriffene Rechtsmittel ist einzutreten.

E. 1.4

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung und des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist Schweizer Staatsbürger. Daher richtet sich die Beurteilung seines Gesuchs um Ausrichtung einer ganzen Rente in materiell- und verfahrensrechtlicher Hinsicht nach Schweizer Recht.

E. 2.2

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze anzuwenden, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Rechts- und Sachverhaltsänderungen, die nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 17. Januar 2012) eintraten, sind im vorliegenden Verfahren grundsätzlich nicht zu berücksichtigen (vgl. BGE 121 V 366 E. 1b, BGE 130 V 329, BGE 130 V 64 E. 5.2.5 sowie BGE 129 V 1 E. 1.2, je mit Hinweisen). Vorliegend ist auf die materiellen Bestimmungen des IVG und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung vom 21. März 2003 und den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) abzustellen, ausser diese hätten durch die mit dem auf den 1. Januar 2012 in Kraft getretenen ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) eine Änderung erfahren (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]).

E. 3

Im Folgenden werden für die Beurteilung der vorliegenden Streitsache wesentlichen Bestimmungen und von der Rechtsprechung dazu entwickelte Grundsätze dargestellt.

E. 3.1

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen und der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung) Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Den Akten kann entnommen werden, dass bei frühestmöglichem Anspruchsbeginn die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt war (act. Vorakten 97).

E. 3.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Nach Art. 4 IVG kann die Invalidität Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Abs. 1); sie gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Abs. 2). 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 (vgl. Art. 6 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch

Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (vgl. Art. 7 ATSG). Der Begriff der Invalidität ist demnach nicht nach medizinischen Kriterien definiert, sondern nach der Unfähigkeit, Erwerbseinkommen zu erzielen oder sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (vgl. BGE 110 V 273 E. 4a und BGE 102 V 165). Dabei sind die Erwerbs- bzw. Arbeitsmöglichkeiten nicht nur im angestammten Beruf bzw. in der bisherigen Tätigkeit, sondern - wenn erforderlich - auch in zumutbaren andern Bereichen, in sog. Verweisungstätigkeiten zu prüfen. Der Invaliditätsgrad ist also grundsätzlich nach wirtschaftlichen und nicht nach medizinischen Grundsätzen zu ermitteln. Bei der Bemessung der Invalidität kommt es somit einzig auf die objektiven wirtschaftlichen Folgen einer funktionellen Behinderung an, und nicht allein auf den ärztlich festgelegten Grad der funktionellen Einschränkung (vgl. BGE 110 V 273; ZAK 1985 S. 459).

E. 3.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes im schweizerischen Invalidenverfahren ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und gegebenenfalls bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, 115 V 134 E. 2; AHI-Praxis 2002, S. 62, E. 4b/cc).

E. 3.4

Die IV-Stelle prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG, Art. 57 Abs. 3 IVG). Zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs stehen den IV-Stellen regionale ärztliche Dienste (RAD), zur Verfügung (Art. 59 Abs. 2bis Satz 1 IVG). Die RAD, setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2bis Satz 2 und Abs. 3 IVG).

E. 3.5

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen.

E. 3.5.1

Im Weiteren ist festzuhalten, dass die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden sind (vgl. BGE 130 V 253 E.4 und AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch die aus dem Ausland stammenden Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute: Bundesgericht] vom 11.

Dezember 1981 i.S. D.; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 3.5.2

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdigen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b, BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 3.5.3

Bezüglich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil des BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist dem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, 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 zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte der behandelnden Ärzte schliesslich sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

E. 3.5.4

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

E. 3.5.5

Auf Stellungnahmen eines RAD oder der ärztlichen Dienste kann nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht

genügen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [seit 1. Januar 2007: Bundesgericht] I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte, bzw. die Ärzte des Medizinischen Dienstes müssen sodann über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile des Bundesgerichts 9C_736/2009 vom 26. Januar 2009 E. 2.1, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der Regionalärztliche Dienst (RAD) - respektive analog der Medizinische Dienst - für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht, bzw. einen Bericht eines Medizinischen Dienstes in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 14. Juli 2009 [9C_323/2009] E. 4.3.1 sowie vom 14. November 2007 [I 1094/06] E. 3.1.1, beide mit Hinweisen). Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie von vornherein als unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Mai 2008 [9C_24/2008] E. 2.3.2).

E. 3.6

Der Rentenanspruch entsteht frühestens in jenem Zeitpunkt, in dem der Versicherte mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder während eines Jahres (Wartezeit) ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig und hernach mindestens im gleichen Grad erwerbsunfähig bzw. invalide gewesen ist (vgl. Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b IVG in den bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassungen sowie Urteile des Bundesgerichts 9C_882/2009 vom 1. April 2010, E. 5.2, und 9C_718/2008 vom 2. Dezember 2008, E. 4. 1.1, je mit Hinweisen). Nach Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherte 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 (Wartezeit) 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 Abs. 1 ATSG) sind (Bst. b und c). Vorbehältlich abweichender staatsvertraglicher Regelungen ist

bei Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland in diesem Zusammenhang eine Arbeitsunfähigkeit bzw. ein Invaliditätsgrad von 50% gefordert (vgl. Art. 28 Abs. 1ter erster Satz IVG in den bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassungen bzw. Art. 29 Abs. 4 erster Satz IVG in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

E. 3.7

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).

E. 3.7.1

Zu einer Änderung des Invaliditätsgrades Anlass geben kann einerseits eine wesentliche Verbesserung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit entsprechender Beeinflussung der Erwerbsfähigkeit und andererseits eine erhebliche Veränderung der erwerblichen Auswirkungen eines an sich gleich gebliebenen Gesundheitsschadens (BGE 125 V 369 E. 2, 113 V 275 E. 1a, 107 V 221 E. 2 mit Hinweisen; SVR 2004 IV Nr. 5 S. 13 E. 2). Ist die Invalidität nach der Einkommensvergleichsmethode gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG zu bemessen, so kann jede Änderung eines der beiden Vergleichseinkommen zu einer für den Anspruch erheblichen Erhöhung oder Verringerung des Invaliditätsgrades führen. 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). Identisch gebliebene Diagnosen schliessen eine revisionsrechtlich erhebliche Steigerung des tatsächlichen Leistungsvermögens (Arbeitsfähigkeit) grundsätzlich nicht aus. Dies gilt namentlich dann, wenn der Schweregrad eines Leidens sich verringert hat oder es der versicherten Person gelungen ist, sich besser an das Leiden anzupassen. Ob eine derartige tatsächliche Änderung vorliegt oder aber eine revisionsrechtlich unbeachtliche abweichende ärztliche Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustands, bedarf auch mit Blick auf die mitunter einschneidenden Folgen für die versicherte Person einer sorgfältigen Prüfung. Dabei gilt der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosser Möglichkeit einer Verbesserung tatsächlicher Art genügt nicht (Urteil des BGer 9C_88/2010 vom 4. Mai 2010 E. 2.2.2 mit Hinweis).

E. 3.7.2

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 und das Urteil des Bundesgerichts 9C_889/2011 vom 8. Februar 2012 E. 3.2).

E. 4

Streitig ist, ob die Vorinstanz die halbe IV-Rente des Beschwerdeführers zurecht nicht auf eine ganze Rente heraufgesetzt hat. Vorliegend ist insbesondere zu prüfen, ob die tatsächlichen Verhältnisse und damit der Invaliditätsgrad gleich geblieben sind.

E. 4.1

Mit Verfügung vom 23. Januar 2001 (Vorakten 48) teilte IV-Stelle Zürich dem Beschwerdeführer mit, dass er bei einem Invaliditätsgrad von 50% Anspruch auf eine halbe IV-Rente habe. Die IV-Stelle Zürich stützte sich auf das Gutachten der medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) der Universitätskliniken B._____ vom 18. Oktober 2000 (Vorakten 43).

E. 4.1.1

Die begutachtenden Ärzte auf dem Gebiet der inneren Medizin, Psychiatrie und Rheumatologie stützten ihr Gutachten auf medizinische Vorakten und eigenen Untersuchungen und nannten die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Gutachten S. 12): 1) Rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F 33.11) 2) Panvertebralsyndrom - zervikozephalas Syndrom bei Status nach Halswirbelsäulen-Distorsion im Oktober 2009 mit nicht dislozierter Fraktur des Processus spinosus C7 - trarakospondylogenes Syndrom bei segmentaler Dysfunktion der mittleren Brustwirbelsäule, Status nach Rippenfraktur linksseitig - chronisches Lumbovertebralsyndrom bei - leichtgradigen degenerativen Veränderungen - Status nach Abrissfrakturen Processus transversi L2 und L5 links - Hämatomausräumung posttraumatisch November 1999 - muskuläre Dysbalance und Dekonditionierung 3) Periarthropathia genu beidseits, rechts mehr als links bei - Status nach arthroskopischer Teilmeniskusresektion posteromedial rechts - Chondromalazie Grad II am Tibiaplateau medial und lateral rechts- Status nach Kniekontusion links bei Autounfall Oktober 1997 - Status nach Muskelnekrosen-Exzision November 1997 - residuelles sensomotorisches Defizit 4) Periarthropathia humeroscapularis rechts seit Kindheit - Status nach Handfraktur rechts in der Kindheit - aktuell: oligosymptomatisch - Differenzialdiagnose: posttraumatisch/kongenital 5) Spezifische phobische Störung (Autofahren) im Sinne eines PTSD-Residuums (ICD-10 F40.2) Die gutachtenden Ärzte kamen in ihrer Gesamtbeurteilung zum Schluss, der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit als Chauffeur seit dem Unfall am 19. Oktober 1997 nicht mehr arbeitsfähig, da unter anderem längeres Sitzen vermieden werden müsse. In einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 50% arbeitsfähig, ohne Heben von Lasten von mehr als 5kg, Arbeiten über Schulterhöhe, repetitive Halswirbelsäulen-Rotationsbewegungen oder Flexionsbewegungen der Lendenwirbelsäule, längeres Gehen oder Sitzen.

E. 4.1.2

Bei der Beurteilung der beruflichen Eingliederungsfähigkeit vom 12. Dezember 2000 stützte sich die SVA Zürich (Vorakten 45, 46) auf die Abklärungen der MEDAS-Gutachter und hielt fest, dass sie aufgrund fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit keine beruflichen Massnahmen durchführen könne. Das arbeitsmedizinische Zumutbarkeitsprofil habe eine 50% Arbeitsfähigkeit ergeben für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit Wechselbelastungen, ohne langdauerndes Stehen, Sitzen oder Gehen, ohne Heben von Gewichten über 15kg (recte 5kg), ohne Überkopfarbeiten. Als zumutbare Tätigkeiten wurde Lagerist, Produktionsmitarbeiter und Hilfsarbeiter aufgeführt.

E. 4.1.3

Beim Rentenentscheid vom 23. Januar 2001 handelt es sich um eine abgeschlossene materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung, welche den als Vergleichsbasis dienenden Ausgangszeitpunkt begründet.

E. 4.2

Betreffend die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 17. Januar 2012 liegen die folgenden Arztberichte bei den Vorakten: - Dr. med. C._____, Herzzentrum R._____, berichtet am 11. Juni 2004 und 24. Juni 2003 (Vorakten 117, 116, 49) betreffend der ambulanten kardiologischen Nachkontrolle, beim Beschwerdeführer mit Status nach Stenting eines Marginalastes des RCX (Ramus circumflexus, Koronararterie) am 22. April 2003, ergäben sich weiterhin keine Hinweise auf eine Rezidivischämie. Der Beschwerdeführer könne in der Ergometrie ohne subjektive und objektive Ischämiezeichen bis zu seinem Soll belastet werden. Bezüglich der Risikofaktoren zu erwähnen sei einzig der anhaltende Nikotinkonsum. Dr. med. C._____ diagnostizierte diffuse Koronaratheromatose, formal Einasterkrankung mit Status nach Rekanalisation und Stenting Ramus marginalis am 22. April 2003 und Status nach lateralem Myokardinfarkt am 2. April 2003. - Dr. med. D._____, Allgemeinmediziner, berichtet am 22. Juli 2003 (Vorakten 52b) der Beschwerdeführer leide seit 1997 an posttraumatischem Panvertebralsyndrom und seit 2. April 2007 an Status nach akutem Myocharinfarkt. Der Beschwerdeführer sei seit 1997 im angestammten Beruf arbeitsunfähig. Sein Gesundheitszustand verschlechtere sich. Aufgrund der Gesamtsituation sei er auf längere Sicht arbeitsunfähig. Im Rahmen der Rücken- und Herzbeschwerden sei eine berufliche Tätigkeit nicht mehr vorstellbar. - Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hält am 14. November 2003 fest (Vorakten 53 und 54), aus psychiatrischer Sicht sei bei einer aktuellen Arbeitsfähigkeit (recte Arbeitsunfähigkeit) von 100% kaum mit einer Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Beim Beschwerdeführer sei das Konzentrationsvermögen, das Auffassungsvermögen, die Anpassungsfähigkeit und die Belastbarkeit wegen depressiver Hemmung eingeschränkt. Es sei weder die angestammte Tätigkeit noch eine behinderungsangepasste Tätigkeit zumutbar. - Dr. med. F._____, FMH Radiologie, berichtet am 14. November 2005 (Vorakten 118) der Beschwerdeführer leide an leichten degenerativen Veränderungen der mittleren und unteren Halswirbelsäule im Sinne einer Chondrose der Bandscheiben C3/C4, C5/C6, C6/C7. Zeichen einer Wirbelfraktur oder einer discoligamentären Läsion würden nicht vorliegen. - Dr. med. G._____, Chefarzt des Stadtsitals S._____, berichtet am 17. März 2006 (Vorakten 119) der Beschwerdeführer sei auf Eis ausgerutscht und habe sich den Unterschenkel gebrochen, weshalb er vom 8. März 2006 bis zum 17. März 2006 hospitalisiert gewesen sei. Dr. med. G._____ stellt die folgenden Diagnosen: 1) distale Tibiafraktur links, Fibulafraktur links, 2) koronare Zweigefässerkrankung mit Status nach PTCA (perkutane transluminale koronare Angioplastie) und Stenting PLA-RCX (Rezidivstenose) und RIVA am 20. Februar 2006 sowie Status nach PTCA und Stenting PLA-RCX am 25. April 2003, Nikotinabusus, Dyslipidämie und 3) chronische Alkoholabusus. - Am 6. März 2007 berichtet die ärztliche Leitung des Stadtsitals S._____ (Vorakten 83) hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit, von einer Unterschenkelfraktur und Osteosynthese am 8. März 2006. Der Beschwerdeführer sei von 8. März 2007 (recte 2006) bis 23. November 2007 (recte 2006) 100% arbeitsunfähig und vom 24. November 2007 (recte 2006) bis zum 24. Dezember 2007 (recte 2006) 50%, danach sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig gewesen. - Dr. med. D._____ berichtet am 15. Juni

2006 (Vorakten 74) der Beschwerdeführer leide an koronarer Herzerkrankung, Unterschenkelfraktur links, chronischer Wirbelsäulenschmerzen und depressivem Zustandsbild. Die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers habe sich 2006 massiv verschlechtert. Am 20. Februar 2006 habe sich der Beschwerdeführer wegen zunehmenden Herzbeschwerden einer erneuten Coronarangiographie und Stenteinlage unterziehen müssen, ausserdem habe die medikamentöse Behandlung ausgebaut werden müssen. Zusätzlich habe der Beschwerdeführer nach einem Sturz auf Schnee am 8. März 2006 eine Unterschenkelfraktur links erlitten, welche im Stadtspital S._____ habe operiert werden müssen. Der Beschwerdeführer sei weiterhin nur an Stöcken gehfähig. Ausserdem befinde sich der Beschwerdeführer in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. E._____. - Dr. med. C._____, Kardiologe des Herzzentrums R._____, stellt am 14. Juni 2006 und 15. Februar 2007 die folgenden Diagnosen (Vorakten 120, 121): koronare Herzkrankheit mit Status nach stenting Ramus marginalis April 2003 in der Türkei und Status nach stenting RIVA/Ramus diagonalis am 20. Februar 2006, aktuell keine Hinweise auf akut koronares Syndrom, Ergometrie subjektiv und objektiv ohne konklusiven Befund. - Prof. Dr. H._____, Spezialist der Nuklearmedizin und Dr. P._____, Spezialist für kardiovaskuläre Krankheiten, untersuchten den Beschwerdeführer und diagnostizierten am 11. März 2010 (Vorakten 158) eine ischämische Herzkrankheit. - Dr. I._____ des Spitals Istanbul erörtert am 2. April 2010 (Vorakten 156) das Resultat der Echographie. - Dr. K._____, Kardiologie, diagnostizierte am 12. März 2010 (Vorakten 176) Hypertonie (I 10), Hyperlipidemie (E 78.2, Azidose), Diabetes mellitus Typ I (E 11) und chronische ischämische Herzkrankheit (I 25). - Dr. L._____, Radiologe, berichtet am 20. Mai 2010 (Vorakten 150-154), die Echographie abdominal habe eine hepatische Steatose (Fettleber) und eine leichte Vergrösserung der Prostata ergeben und die Echographie der Arterien der unteren Extremitäten eine segmentale Stenose. Die Echographie der Venen der unteren Extremitäten habe keine Anzeichen einer Thrombose oder venösen Insuffizienz ergeben. - Dress. M._____ und Q._____, Gesundheitsministerium der Türkei, berichten am 4. Juni 2010 (Vorakten 148) die CT-Angiografie der unteren Extremitäten zeige die Bildung von Plaque durch Stenose und eine hepatische Steatose. - Dr. N._____ berichtet am 25. Juni 2010 (Vorakten 146), die Echographie zeige Nephropathie 1. Grades und Stenose. - Während dem Spitalaufenthalt von 24. September 2010 bis 28. September 2010 wurde dem Beschwerdeführer eine Gefässendoprothese eingesetzt (Vorakten 144). Dr. O._____ diagnostizierte essentielle arterielle Hypertonie (I 10), Atherosklerose der Arteria renalis (Nierenarterie; I 70), ulcus pepticum (Schleimhautgeschwür; K 27.9). - Die untersuchenden Ärzte des Gesundheitsministeriums der Türkei diagnostizierten am 19. August 2011 (Vorakten 174) ischämische Herzinsuffizienz, ischämische Herzkrankheit, Hypertonie, Diabetes mellitus, depressiver Zustand nach Autounfall und Fraktur der Physis links.

E. 4.3

Die Vorinstanz legte die Arztberichte ihrem Medizinischen Dienst vor. In seinen Stellungnahmen vom 9. September 2010 (Vorakten 107), 23. Februar 2011 (Vorakten 160) und 29. November 2011 (Vorakten 180) hielt Dr. med. A._____ fest, die vorliegenden ärztlichen Akten würden für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht ausreichen, vielmehr müsse zusätzlich zum Formular E 213 ein psychiatrischer Bericht und ein orthopädischer Bericht angefordert werden. Entsprechende Berichte sind nicht aktenkundig.

E. 4.4

Vorab ist festzuhalten, dass die Annahme bzw. das Verneinen eines psychischen Gesundheitsschadens eine von einem Facharzt der Psychiatrie nach einem anerkannten wissenschaftlichen Klassifikationssystem gestellte Diagnose voraussetzt. Ein - in diesem Sinne fachgerecht diagnostiziertes - psychisches Leiden kann nur bei Vorliegen bestimmter Kriterien, namentlich einer psychiatrischen Komorbidität, eine zur Invalidität führenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge haben (vgl. BGE 131 V 49 E. 1.1. mit Hinweisen). Ein von einem Psychiater erstelltes Gutachten ist jedoch weder aktenkundig noch finden sich Hinweise, dass ein solches erstellt worden wäre, womit nicht beurteilt werden kann, inwiefern die durchaus erkannten und aktenkundigen psychischen Leiden des Beschwerdeführers Krankheitswert aufweisen und sich auf dessen Arbeitsfähigkeit auswirken. Angesichts des Ungenügens der Aktenlage in psychisch-psychiatrischer Hinsicht besteht ein weitergehender medizinischer Abklärungsbedarf.

E. 4.5

In orthopädischer Sicht diagnostizierte Dr. med. F. _____ am 14. November 2005 leichte Veränderungen der mittleren und unteren Halswirbelsäule (Vorakten 118) ohne sich zur Arbeitsfähigkeit zu äusseren. Weitere fachärztliche Berichte liegen nicht bei den Akten. Wie bereits Dr. med. A. _____ festhielt, ist die Aktenlage auch in orthopädischer Hinsicht ungenügend und eine Beurteilung der Auswirkungen der orthopädischen Leiden auf die Arbeitsfähigkeit nicht möglich, womit auch in orthopädischer Hinsicht ein weitergehender medizinischer Abklärungsbedarf besteht.

E. 4.6

Im Gegensatz zum Ausgangszeitpunkt vom 23. Januar 2001 werden im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 17. Januar 2012 erstmals Herzleiden diagnostiziert. Auffällig ist, dass Dr. med. C. _____ im Jahre 2003 und 2004 eine Koronaratheromatose aber keine Rezidivischämie feststellen konnte (Vorakten 49, 116 und 117), Dr. med. G. _____ im Jahre 2006 eine koronare Zweigefässerkrankung (Vorakten 119) und Prof. Dr. H. _____ im Jahre 2010 eine ischämische Herzkrankheit diagnostizierte (Vorakten 158). Die Diagnose der ischämischen Herzkrankheit wurde von den Ärzten des Gesundheitsministeriums der Türkei bestätigt (Vorakten 174). Aufgrund der diagnostizierten Herzleiden, welche im Ausgangszeitpunkt noch nicht bestanden und der Entwicklung zu einer ischämischen Herzkrankheit kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in kardiologischer Sicht rentenrelevant verschlechtert hat, womit diesbezüglich ein Abklärungsbedarf besteht.

E. 4.7

Ohne Durchführung ergänzender fachärztlicher Abklärungen ist das Bundesverwaltungsgericht daher nicht in der Lage zu beurteilen, ob und gegebenenfalls ab wann und infolge welcher Leiden beim Beschwerdeführer ein anspruchsbegründender Versicherungsfall eingetreten ist. Deshalb ist der Beschwerdeführer in der Schweiz multidisziplinär (psychiatrisch, orthopädisch, rheumatologisch, kardiologisch und internistisch) zu untersuchen.

E. 5

Von der Frage der Arbeitsfähigkeit ist die Frage der Eingliederungsfähigkeit zu unterscheiden. Die Eingliederungsfrage ist auch im Revisionsverfahren prioritär und von Amtes wegen zu prüfen, woran grundsätzlich nichts ändert, wenn sich die versicherte Person im Ausland befindet. Die Verwaltung hat somit vorgängig abzuklären, ob und in

welchem Mass der Versicherte infolge seines Gesundheitszustandes auf dem ihm nach seinen Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbarerweise erwerbstätig sein könnte und die Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten vermag (vgl. zum Ganzen Urteile des Bundesgerichts 9C_368/2010 vom 31. Januar 2011 E. 5.1; 9C_921/2009 vom 22. Juni 2010 E. 5.3; 9C_141/2009 vom 5. Oktober 2009 E. 2.3). Im Ausgangszeitpunkt wurde eine umfassende Abklärung der beruflichen Eingliederung des Beschwerdeführers vorgenommen, jedoch nicht im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung. Ob der Beschwerdeführer, welcher im Verfügungszeitpunkt rund 60 Jahre alt war, seine allenfalls verbleibende Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwerten könnte, ist gestützt auf die vorhandenen Akten nicht abschliessend beurteilbar.

E. 6

Die Vorinstanz hat somit den rechtserheblichen Sachverhalt nicht vollständig festgestellt und gewürdigt (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG). Die Beschwerde ist daher insofern teilweise gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 17. Januar 2012 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird (Art. 61 Abs. 1 VwVG). Dieses Vorgehen rechtfertigt sich, da im vorinstanzlichen Verfahren rechtserhebliche medizinische Fragen vollständig ungeklärt geblieben sind (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Die Vorinstanz ist anzuweisen, eine umfassende multidisziplinäre medizinische Begutachtung in psychiatrischer, orthopädischer, rheumatologischer, internistischer und kardiologischer Hinsicht bei Spezialärzten (und/oder Spezialärztinnen) durchführen zu lassen. Im Rahmen der Abklärungen sind die Fragen hinsichtlich Auswirkungen der multiplen Gesundheitsbeeinträchtigungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers interdisziplinär und hinsichtlich ihres bisherigen Verlaufs abzuklären und ein rechtsgenügendes Zumutbarkeitsprofil erstellen zu lassen. Mit Blick auf die gesamten Umstände hat die entsprechende Begutachtung in der Schweiz stattzufinden. Nach Vorliegen der entsprechenden gutachterlichen Berichte hat die Vorinstanz neu zu verfügen.

E. 7

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 7.1

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). Der unterliegenden Vorinstanz sind jedoch keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG und Art. 6 Bst. B des Reglementes vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR. 173.320.2]).

E. 7.2

Der nicht-anwaltlich 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 Vorinstanz für die ihm erwachsenen notwendigen Kosten. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des aktenkundigen Aufwands erscheint eine Entschädigung von pauschal Fr. 750.- als angemessen (Art. 10

VGKE). Nicht zu entschädigen ist die Mehrwertsteuer (vgl. Art. 1 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 8 und 18 Abs. 1 des Mehrwertsteuergesetzes vom 12. Juni 2009 [MWSTG, SR 641.20]). Diese Entschädigung geht zu Lasten der Vorinstanz.

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