



Abteilung III
C-5822/2009/mes/wam

Urteil vom 12. September 2011

Besetzung

Richter Stefan Mesmer (Vorsitz),
Richter Beat Weber,
Richter Vito Valenti,
Gerichtsschreiber Marc Wälti.

Parteien

1. A. _____,
2. B. _____,
beide Erben der C. _____ sel.,
vertreten durch D. _____,
Beschwerdeführende,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100,
1211 Genf 2,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Verfügung vom 6. August 2009.

Sachverhalt:**A.**

Mit Verfügung vom 22. Januar 2001 gewährte die IV-Stelle Basel-Stadt (*im Folgenden: IV-Stelle Basel*) der damals noch in der Schweiz wohnhaft gewesenen, 1954 geborenen Schweizer Bürgerin C. _____ (*im Folgenden: Versicherte*), die zuletzt vom 1. März 1990 bis zum 30. April 1996 in einem Vollzeitpensum als Wagenführerin bei den _____ Verkehrsbetrieben gearbeitet (vgl. act. 13 und 80) und während insgesamt 21 Jahren Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hatte (vgl. act. 57 und 70), rückwirkend ab dem 1. März 1996 eine ordentliche ganze Rente der schweizerischen Invalidenversicherung (IV); zuzüglich einer entsprechenden Zusatzrente für ihre Tochter (vgl. act. 57). Nach Durchführung eines Revisionsverfahrens (vgl. act. 63 bis 65) bestätigte die IV-Stelle Basel diese Renten mit Mitteilung vom 6. Oktober 2003 (vgl. act. 66). Da die Versicherte ihren Wohnsitz nach Griechenland verlegt hatte, überwies die IV-Stelle Basel die Akten am 11. Januar 2006 zuständigkeithalber der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA, *im Folgenden: Vorinstanz*; vgl. act. 68 und 69).

B.

Mit Mitteilung vom 31. März 2006 berechnete die Schweizerische Ausgleichskasse (*im Folgenden: SAK*) die Invalidenrente der Versicherten mit Wirkung ab dem 1. April 2006 neu (vgl. act. 70). Nach Durchführung eines Revisions- und Vorbescheidverfahrens (vgl. act. 73 bis 91) setzte die Vorinstanz den Leistungsanspruch der Versicherten mit Verfügung vom 6. August 2009 per 1. Oktober 2009 auf eine Viertelsrente von monatlich Fr. 434.- herab. Zugleich entzog sie einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung. Zur Begründung führte die Vorinstanz im Wesentlichen aus, die Versicherte sei wieder in der Lage, mehr als 50% des Erwerbseinkommens zu erzielen, das sie heute erreichen könnte, wenn sie keinen Gesundheitsschaden erlitten hätte (vgl. act. 92).

C.

In ihrer Beschwerde vom 14. September 2009 beantragte die Versicherte dem Bundesverwaltungsgericht, die Verfügung vom 3. April 2009 (*recte*: 6. August 2009) sei aufzuheben und die Vorinstanz zu verpflichten, ihr die gesetzliche Invalidenrente auszurichten; eventuell sei die Sache zur

Neubeurteilung an die Vorinstanz zurück zu weisen. Zugleich stellte sie ein Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege – alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, laut Bericht vom 4. Juni 2009 von Dr. med. F. _____ (vgl. act. 87) sei sie maximal zu 30% in einer körperlich leichten Tätigkeit arbeitsfähig. Daher sei – entgegen der Auffassung der Vorinstanz – keineswegs erstellt, dass sich ihr Gesundheitszustand seit der letzten Rentenzusprache in relevanter Weise verbessert habe.

D.

In ihrer Vernehmlassung vom 18. Januar 2010 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung.

Sinngemäss führte sie aus, angesichts der Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes Rhone (*im Folgenden*: RAD Rhone; vgl. act. 74, 82 und 90) sei davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 22. Januar 2001 der IV-Stelle Basel verbessert habe und sie in leichten Verweisungstätigkeiten seit dem 14. Januar 2009 vollschichtig arbeitsfähig sei. Der gestützt darauf durchgeführte Einkommensvergleich (vgl. act. 83) habe einen Invaliditätsgrad der Versicherten von 48% ergeben.

E.

Mit Zwischenentscheid vom 21. Januar 2010 wurde das mit Eingabe vom 18. November 2009 ergänzte Gesuch der Versicherten um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege teilweise gutgeheissen und sie wurde von der Leistung von Verfahrenskosten befreit; weitergehend, soweit sie die Beiordnung eines unentgeltlichen Anwalts beantragt hatte, wurde das Gesuch abgewiesen. Eine dagegen am 18. Februar 2010 erhobene Beschwerde hiess das Bundesgericht mit Urteil vom 29. März 2010 gut und stellte fest, dass die Versicherte im Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht auch Anspruch auf unentgeltliche Verbeiständung habe.

F.

In ihrer Replik vom 18. März 2010 und Duplik vom 29. April 2010 bestätigten die Versicherte und die Vorinstanz die gestellten Anträge

sowie im Wesentlichen deren bisherige Begründung.

Ergänzend führte die Versicherte in ihrer Replik aus, die Vorinstanz habe weder einen detaillierten orthopädischen Bericht eingeholt noch eine neurologische Begutachtung durchgeführt, obschon dies vom RAD Rhone am 15. Dezember 2008 als notwendig erachtet (vgl. act. 74) und von Dr. med. F. _____ in ihrem fachärztlichen Bericht vom 4. Juni 2009 empfohlen (vgl. act. 87) worden sei. Daher – und mangels einer weitergehenden Abklärung der relevanten psychischen Leiden – sei der massgebende medizinische Sachverhalt im vorinstanzlichen Verfahren ungenügend abgeklärt worden. Angesichts der fachärztlichen Berichte aus der Zeit vom 1. März 2007 bis zum 4. Juni 2009 der Dres. med. G. _____, H. _____ und F. _____ (vgl. act. 78, 86 und 87) sei zudem erstellt, dass sich ihr Gesundheitszustand seit dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der Mitteilung vom 6. Oktober 2003 der IV-Stelle Basel nicht verbessert, sondern vielmehr verschlechtert habe. Sie sei weiterhin nicht zu mehr als 30% arbeitsfähig.

Demgegenüber führte die Vorinstanz in ihrer Duplik sinngemäss aus, angesichts des detaillierten orthopädischen Berichts vom 14. Januar 2009 von Dr. med. H. _____ (vgl. act. 78) sei der RAD Rhone zu Recht zum Schluss gelangt (vgl. act. 82 und 90), dass bei der Beschwerdeführerin eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten und ihr die Ausübung einer leidensangepassten Verweisungstätigkeit vollschichtig zumutbar sei.

G.

Mit Verfügung vom 11. Mai 2010 schloss das Bundesverwaltungsgericht den Schriftenwechsel. Am 31. Mai 2001 wurde es darüber informiert, dass die Versicherte am 17. März 2011 verstorben sei; und am 14. Juli 2011 wurde ihm mitgeteilt, dass das Beschwerdeverfahren von den Erben der Versicherten (*im Folgenden: Beschwerdeführende*) weitergeführt werde.

H.

Auf die weiteren Ausführungen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Zu beurteilen ist die Beschwerde vom 14. September 2009 gegen die Verfügung der Vorinstanz vom 6. August 2009, mit welcher die ganze Invalidenrente der Versicherten mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2009 auf eine Viertelsrente herabgesetzt worden ist.

1.1. Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich im Wesentlichen nach den Vorschriften des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2006 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32), des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021 [vgl. auch Art. 37 VGG]) sowie des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1 [vgl. auch Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG]). Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2; vgl. auch Art. 53 Abs. 2 VGG).

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

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

Die Versicherte, die am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen hatte, war als Adressatin durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hatte an deren Aufhebung bzw. Änderung ebenso ein

schutzwürdiges Interesse wie aktuell ihre Erben bzw. die Beschwerdeführenden, welche ausdrücklich erklärt haben, das vorliegende Beschwerdeverfahren in eigenem Namen weiterführen zu wollen (vgl. hierzu auch Art. 560 und Art. 566 ff. des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs vom 10. Dezember 1907 [ZGB, SR 210] sowie Art. 87 i.V.m. Art. 91 Abs. 2 des Bundesgesetzes vom 18. Dezember 1987 über das Internationale Privatrecht [IPRG; SR 291]). Sowohl die verstorbene Versicherte als auch ihre Erben waren bzw. sind folglich zur Beschwerdeführung legitimiert, und es kann auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde eingetreten werden (vgl. Art. 60 ATSG, Art. 22a Abs. 1 Bst. b, Art. 50 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

2.

2.1. Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (vgl. Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition (vgl. Art. 49 VwVG) kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 212).

2.2. Die Versicherte war Schweizer Bürgerin, weshalb im vorliegenden Verfahren ausschliesslich schweizerische Rechtsvorschriften anwendbar sind.

2.2.1. In zeitlicher Hinsicht ist zunächst festzuhalten, dass Rechts- und Sachverhaltsänderungen, die nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (*hier*: 6. August 2009) eintraten, im vorliegenden Verfahren grundsätzlich nicht zu berücksichtigen sind (vgl. BGE 130 V 329 sowie BGE 129 V 1 E. 1.2, je mit Hinweisen). Allerdings können Tatsachen, die den Sachverhalt seither verändert haben, unter Umständen Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (vgl. BGE 121 V 366 E. 1b mit Hinweisen).

2.2.2. Die Sache beurteilt sich nach denjenigen materiellen Rechtssätzen, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (vgl. BGE 130 V 329). 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).

Demnach finden grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 6. August 2009 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung der streitigen Rentenherabsetzung von Belang sind (für das IVG: ab dem 1. Januar 1992 in der Fassung vom 22. März 1991 [AS 1991 2377; 3. IV-Revision]; ab dem 1. Juni 2002 in der Fassung vom 8. Oktober 1999 [AS 2002 701 sowie AS 2002 685]; ab dem 1. Januar 2003 in der Fassung vom 6. Oktober 2000 [AS 2002 3371 und 3453]; ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IV-Revision] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] in den entsprechenden Fassungen der 3., 4. und 5. IV-Revision).

Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) sowie der Revision der Invalidenrente und anderer Dauerleistungen (Art. 17) entsprechen den bisherigen von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1 ff.). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der Revision des IVG und des ATSG vom 6. Oktober 2006 sowie der IVV und ATSV vom 28. September 2007 (5. IV-Revision [AS 2007 5129 bzw. AS 2007 5155], in Kraft seit 1. Januar 2008) nichts geändert, weshalb nachfolgend auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

3.

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

3.1. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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).

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 (BGE 110 V 273 E. 4a, BGE 102 V 165). Dabei sind die Erwerbs- bzw. Arbeitsmöglichkeiten nicht nur im angestammten Beruf bzw. der bisherigen Tätigkeit, sondern - wenn erforderlich - auch in zumutbaren 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 (BGE 110 V 273; ZAK 1985 S. 459).

3.2. Ändert sich der Invaliditätsgrad (vgl. hierzu Art. 28 Abs. 1 IVG in den bis Ende 2003 sowie von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassungen bzw. Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung, Art. 28 Abs. 1^{ter} IVG in den bis Ende 2007 geltenden Fassungen bzw. Art. 29 Abs. 4 erster Satz IVG in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung) eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Rentenrevision; vgl. Art. 41 IVG in der bis Ende 2002 in Kraft gestandenen Fassung sowie Art. 17 Abs. 1 ATSG). Eine anspruchsbeeinflussende Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit (vgl. Art. 7 ATSG) ist dabei zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat, eine Verbesserung allerdings nur dann, wenn sie nach Ablauf der drei Monate voraussichtlich weiterhin andauern wird (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV und Art. 88a Abs. 2 IVV in den bis Ende Februar 2004 gültig gewesenen sowie den ab 1. März 2004 geltenden Fassungen; Art. 29 Abs. 1 IVG in der bis Ende 2007 sowie der ab dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung ist in derartigen Konstellationen nicht anwendbar; vgl. BGE 109 V 125 E. 4a).

Ob eine massgebliche Änderung in dem für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachenspektrum überwiegend wahrscheinlich eingetreten ist (vgl. zum im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen), also eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes mit entsprechender Beeinflussung der Erwerbsunfähigkeit (vgl. Art. 7 ATSG) oder eine wesentliche Veränderung der erwerblichen Auswirkungen eines an sich gleich

gebliebenen Gesundheitszustandes (vgl. hierzu BGE 130 V 343 E. 3.5, BGE 117 V 198 E. 3b, BGE 112 V 387 E. 1b, je mit Hinweisen sowie ZAK 1987 S. 36 ff.), beurteilt sich im Revisionsverfahren durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der letzten eröffneten und rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer umfassenden 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 dem Sachverhalt zur Zeit der streitigen neuen Verfügung. Für die Bestimmung der zeitlichen Vergleichsbasis generell unbeachtlich sind allerdings rechtskräftige Verfügungen oder solchen gleichgestellte Mitteilungen (vgl. hierzu Art. 74^{quater} IVV i.V.m. Art. 74^{ter} IVV), welche die ursprüngliche Rentenverfügung nach einer materiellen Überprüfung bloss bestätigen, nicht aber abändern (vgl. hierzu Urteile des Bundesgerichts 9C_520/2009 vom 24. November 2009 und 9C_552/2009 vom 1. September 2009, je E. 3.1 mit Hinweisen, sowie BGE 133 V 108 E. 5.4 mit Hinweis auf BGE 130 V 71 E. 3.2.3).

3.3. Um beurteilen zu können, ob der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung überwiegend wahrscheinlich eine anspruchrelevante Änderung erfahren hat, ist die Verwaltung – und im Beschwerdeverfahren das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig (vgl. Art. 6 ATSG) ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung dem Versicherten noch zugemutet werden kann (sog. leidensangepasste Verweisungstätigkeit vgl. ZAK 1986 S. 204 f.; vgl. zum Ganzen auch BGE 115 V 133 E. 2, BGE 114 V 310 E. 3c, BGE 113 V 22 E. 4a, BGE 111 V 235 E. 2a und BGE 105 V 156 E. 1, je mit Hinweisen).

Für den Beweiswert eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er 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 Situation einleuchtet, und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten begründet und in sich widerspruchsfrei sind. Auch auf Beurteilungen

versicherungsinterner Ärzte der Vorinstanz oder von Ärzten eines regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) darf nur abgestellt werden, sofern sie diesen beweisrechtlichen Anforderungen genügen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3.a und E. 3b/ee, je mit Hinweisen). Nicht in jedem Einzelfall zwingend erforderlich ist, dass solche Ärzte den Versicherten persönlich untersuchen. Das Fehlen eigener Untersuchungen vermag daher ihre Stellungnahmen für sich alleine nicht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung der erwerblichen Folgen eines bereits feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, folglich die direkte ärztliche Befassung mit dem Versicherten in den Hintergrund rückt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 mit Hinweisen).

Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen medizinischen Beurteilung als Bericht, Gutachten oder Stellungnahme (vgl. BGE 125 V 351 E. 3.a mit Hinweisen). Allerdings müssen versicherungsinterne Ärzte über die zur Beurteilung des Einzelfalles erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, andernfalls ein gewichtiges Indiz gegen die Zuverlässigkeit ihrer Expertise und Stellungnahme vorliegt (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 mit Hinweisen). Berichte der behandelnden Ärzte sind sodann – obschon ihren Erkenntnissen durchaus Gehör zu schenken ist – aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 sowie das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute Bundesgericht] I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4, je mit Hinweisen).

4.

Angesichts dieser Vorgaben sowie in Würdigung der Vorakten ist vorab festzuhalten, dass – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführenden – vor Erlass der angefochtenen Verfügung im Rahmen des in die Mitteilung vom 6. Oktober 2003 der IV-Stelle Basel (vgl. act. 66) mündenden Verfahrens keine umfassende materielle Rentenanspruchsprüfung stattgefunden hat. Damals wurde zwecks Abklärung der Auswirkungen des Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten einzig ein medizinischer Verlaufsbericht,

derjenige vom 28. September 2003 von Dr. med. I. _____, eingeholt (vgl. act. 65; vgl. auch act. 63 und 64). Ebenso wenig ist aktenkundig, dass eine umfassende materielle Anspruchsprüfung vor Erlass der – alleine eine Neuberechnung der ganzen Rente der Versicherten beinhaltenden – Mitteilung vom 31. März 2006 der SAK (vgl. act. 70) durchgeführt worden wäre. Vielmehr ist der Vorinstanz darin zuzustimmen, dass vor Erlass der streitigen Verfügung eine umfassende Anspruchsprüfung mit Durchführung eines Einkommensvergleichs (vgl. act. 14 S. 2, 55. S. 2 und 56) letztmals im Rahmen jenes Verfahrens stattgefunden hat, das mit rechtskräftiger Verfügung vom 22. Januar 2001 der IV-Stelle Basel (vgl. act. 57) seinen Abschluss fand (vgl. insbes. act. 4 bis 6, 9 bis 11, 14, 25, 27, 28, 40, 43, 51, 55 und 56).

Im Folgenden ist daher in Würdigung der relevanten Dokumente zu beurteilen, ob sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit Erlass der Verfügung vom 22. Januar 2001 der IV-Stelle Basel bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 6. August 2009 in rentenrelevanter Weise verbessert hat – was von den Beschwerdeführenden bestritten wird.

4.1. Ihre Verfügung vom 22. Januar 2001 erliess die IV-Stelle Basel im Wesentlichen gestützt auf das polydisziplinäre medizinische Gutachten vom 27. Juni 2000 des J. _____ (J. _____) in Basel (vgl. act. 51; vgl. auch act. 46). Den Gutachtern des J. _____ lagen Berichte von in der Schweiz auf den Gebieten der Inneren Medizin, Rheumatologie, Orthopädie, Chirurgie und Allgemeinmedizin praktizierenden Fachärzten aus der Zeit vom 2. August 1995 bis zum 2. Juni 1998 (vgl. act. 3 bis 7, 8 S. 3 bis 6, 9 bis 11, 20, 24, 25, 27 und 40), ein psychiatrisches Gutachten vom 11. November 1998 von Dr. med. K. _____ (vgl. act. 43) sowie – nicht aktenkundige – Berichte der Dres. med. L. _____, M. _____ N. _____ und O. _____ aus der Zeit vom 24. November 1995 bis zum 30. Mai 2000 (vgl. aber act. 51 S. 4f. sowie S. 10) vor. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erwähnten sie eine frozen shoulder links mit Verdacht auf Impingement-Syndrom respektive Rotatorenmanschettenläsion, einen Status nach Denervation des Epicondylus humeri radialis links und Neurolyse des Ramus profundus nervi radialis links, ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bzw. lumbospondylogenes Syndrom mit Instabilitätssymptomatik bei thorakolumbaler Fehlhaltung sowie eine narzisstisch-neurotische Persönlichkeitsstörung (vgl. act. 51 S. 15). Die Gutachter gelangten im Wesentlichen zum Schluss, die Versicherte sei bereits aufgrund der

diagnostizierten orthopädischen Leiden in der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Wagenführerin seit Mitte des Jahres 1995 vollschichtig arbeitsunfähig. In einer leidensangepassten Verweisungstätigkeit – ohne Arbeiten mit der linken Hand sowie über Bauchhöhe – attestierten sie ihr sinngemäss eine 30%ige Arbeitsfähigkeit. Zwecks Verbesserung der Arbeitsfähigkeit empfahlen sie eine psychotherapeutische Unterstützung durch den Hausarzt mit zeitweise allenfalls erforderlichem Einsatz von Antidepressiva sowie – unter Hinweis darauf, dass "eine Indikation bei allfälligen Eingriffen am Schultergelenk mit grösster Zurückhaltung zu stellen sei" – eine medizinische Abklärung der linken Schulter (vgl. act. 51 S. 17).

4.2. Die angefochtene Verfügung vom 6. August 2009 beruht im Wesentlichen auf den Berichten vom 15. Dezember 2008, 24. März und 20. Juli 2009 von Dr. med. P._____ vom RAD Rhone (vgl. act. 74, 82 und 90). In seiner Stellungnahme vom 15. Dezember 2008 erwähnte Dr. med. P._____ als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine frozen shoulder links (ICD-Code 10 M75.8), chronische Lumbalgien (ICD-Code 10 M54.5), eine narzisstisch-neurotische Persönlichkeitsstörung (ICD-Code 10 F60.8) sowie Cervicalgien mit degenerativen Störungen (ICD-Code 10 M47.82). Er gelangte zum Schluss, zwecks Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitszustandes der Versicherten auf ihre Arbeitsfähigkeit sei ein detaillierter orthopädischer Bericht erforderlich (vgl. act. 74).

Nachdem die Versicherte am 19. Dezember 2008 aufgefordert worden war, sich einer orthopädischen Untersuchung bei ihrem behandelnden Arzt zu unterziehen (vgl. act. 75), ging bei der Vorinstanz am 22. Januar 2009 ein Bericht vom 14. Januar 2009 von Dr. med. H._____ ein (vgl. act. 78). Dieser Bericht lag – nebst den übrigen vorerwähnten medizinischen Dokumenten – Dr. med. P._____ anlässlich seiner abschliessenden Stellungnahme vom 20. Juli 2009 ebenso vor, wie der Bericht vom 1. März 2007 von Dr. med. G._____ (vgl. act. 86) und derjenige vom 4. Juni 2009 von Dr. med. F._____ (vgl. act. 87). Mit Ausnahme der narzisstisch-neurotischen Persönlichkeitsstörung (ICD-Code 10 F60.8) bestätigte Dr. med. P._____ in seinen Stellungnahmen vom 24. März und 20. Juli 2009 die vorerwähnten Diagnosen (vgl. 82 und 90). Er gelangte zum Schluss, die Versicherte sei in der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Wagenführerin nach wie vor vollschichtig arbeitsunfähig. Indessen sei ihr seit dem 14. Januar 2009 eine leichte wechselbelastende Verweisungstätigkeit – mit funktionellen

Einschränkungen, wie etwa Rotationen des Oberkörpers, Strecken des Nackens, wiederholtem Tragen von Lasten über 10 kg sowie Gehen auf steilem sowie unebenem Gelände – vollschichtig zumutbar. Hierzu führte Dr. med. P._____ sinngemäss aus, laut Bericht vom 14. Januar 2009 von Dr. med. H._____ (vgl. act. 78) sei die linke Schulter der Versicherten normal beweglich bzw. funktionell nicht eingeschränkt. Cervical und lumbal bestehe kein neurologisches Defizit und sei nach einer Operation im Jahre 2007 eine Verbesserung eingetreten. Die fachärztlichen Berichte vom 1. März 2007 und 4. Juni 2009 der Dres. med. G._____ und F._____ (vgl. act. 86 und 87) seien nicht geeignet an diesem Leistungskalkül etwas zu ändern. Auch in diesen Berichten werde kein neurologisches Defizit erwähnt, so dass sich neurologische Abklärungen erübrigten (vgl. act. 82 und 90).

4.3. Zum Leistungskalkül von Dr. med. P._____ ist vorab festzuhalten, dass die medizinischen Akten keine Anhaltspunkte dafür liefern, dass die Versicherte im vorliegend massgebenden Zeitraum vom 22. Januar 2001 bis zum 6. August 2009 noch an einer narzisstisch-neurotischen Persönlichkeitsstörung mit einer – für die Annahme invalidisierender Auswirkungen erforderlichen – psychiatrischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer gelitten hätte (vgl. BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen). Zu Recht hat daher Dr. med. P._____ dieses Leiden in seinen Stellungnahmen vom 24. März und 20. Juli 2009 nicht mehr diagnostiziert.

4.3.1. Obschon Dr. med. P._____ am 15. Dezember 2008 zwecks Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten die Einholung eines detaillierten orthopädischen Berichts als notwendig erachtet hat (vgl. act. 74), findet sich in den Akten keine nach diesem Zeitpunkt erstellte, umfassende fachorthopädische Expertise. Entgegen der Auffassung der Vorinstanz ist insbesondere auch der Bericht vom 14. Januar 2009 von Dr. med. H._____ nicht als fachorthopädische Expertise zu qualifizieren, ist doch dieser Arzt – wie auch Dr. med. P._____ – kein Facharzt der Orthopädie, sondern vielmehr ein solcher der Allgemeinmedizin (vgl. act. 74 und 78 S. 1). Die Dres. med. H._____ und P._____ verfügten demnach nicht über die für eine zuverlässige Beurteilung der vorliegend relevanten orthopädischen Leiden erforderlichen fachärztlichen Qualifikationen. Bereits aus diesem Grunde erweist sich das einzig auf einer Würdigung der medizinischen Akten beruhende Leistungskalkül von Dr. med. P._____ als unzuverlässig. Der Umstand, dass die Versicherte trotz Aufforderung keinen detaillierten

Bericht eines Orthopäden vorgelegt hat, kann ihr nicht zum Nachteil gereichen, wurde sie doch von der Vorinstanz vor Erlass der angefochtenen Verfügung nicht unter Hinweis auf die Folgen einer Verletzung der Mitwirkungspflicht hingewiesen (vgl. hierzu Art. 43 Abs. 2 und 3 ATSG).

4.3.2. Weiter ist festzuhalten, dass nicht nur das Leistungskalkül, sondern auch die ihm zugrunde liegenden Feststellungen von Dr. med. P._____, wonach die linke Schulter der Versicherten normal beweglich bzw. funktionell nicht eingeschränkt und seit einer Operation im Jahre 2007 mangels Vorliegens neurologischer Defizite cervical sowie lumbal eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes eingetreten sei, keine Stütze in den vorerwähnten fachärztlichen Berichten der Dres. med. H._____, G._____ und F._____ finden.

So attestierte Dr. med. H._____ der Versicherten in seinem Bericht vom 14. Januar 2009 – wenngleich ohne prozentuale Angabe – eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit in Verweisungstätigkeiten (vgl. act. 78 S. 11). Zudem erwähnte er als funktionelle Defizite eine beschädigte Mobilität des Nackens, eine eingeschränkte Bewegungsfähigkeit lumbal sowie erhebliche Schwierigkeiten beim Gehen (vgl. act. 78 S. 9). Ausgehend von klinischen Angaben, wonach die Versicherte an einer spastischen Paraparese der unteren Extremitäten beidseits mit Sensibilitätsverlust ab Dermatome Th6 beidseits (rechts mehr als links) litt, diagnostizierte sodann Dr. med. G._____ in seinem Bericht vom 1. März 2007 eine breitbasige Diskushernie HWK6/7, die zu einer schweren Spinalkanalstenose mit Myelonkompression und Myelopathie geführt habe, eine mediolateral links liegende Diskushernie HWK5/6 mit schwerer Unkovertebralarthrose und Foraminalstenose links, eine linksbetonte osteodiscäre Protrusion HWK3/4 und 4/5 mit linksbetonter Foraminalstenose, eine mediolaterale Discushernie BWK9/10 rechts mit Kontakt zum Myelon, mit leichter Deformierung desselben, multisegmental degenerative Veränderungen mit mässig zentraler Spinalkanalstenose (discogenen/ossär) LWK3/4 und zusätzlich recessaler Stenose links mit möglicher Affektion der Wurzel L4 links, eine mittelgradige zentrale Spinalkanalstenose (ossäre/discogenen) LWK4/5 sowie eine kleine foraminal bis extraforaminal reichende Diskushernie LWK2/3 rechts mit Kontakt zur Wurzel L2 (vgl. act. 86 S. 2).

Auch Dr. med. F._____ erwähnte in ihrem Bericht vom 4. Juni 2009 (vgl. act. 87), der sich auf die letzte persönliche Untersuchung der

Versicherten vom 14. September 2007 stützt, als Diagnose unter anderem eine spastische Paraparese der unteren Extremitäten beidseits, und zwar eine solche bei persistierender zervikaler Myelopathie infolge zu spät operierter Diskushernie HWK6/7 mit Myelonkompression. Im Wesentlichen führte sie aus, nach durchgeführter Operation hätten die spastische Paraparese mit ausgeprägtem ataktischem Gang sowie die Sensibilitätsstörungen der Versicherten mit sensiblem Niveau Höhe Th10 persistiert. Nicht zu übersehen ist auch, dass Dr. med. F._____ weiterhin eine Periarthropathia humeroscapularis links bei Status nach Rotatorenmanschettenruptur diagnostiziert hat, was von Dr. med. P._____ in seinen Berichten nicht berücksichtigt wird. Dr. med. F._____ kommt zum Schluss, der Versicherten sei die Ausübung ihrer zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Wagenführerin, welche eine intakte Motorik und Sensibilität aller Extremitäten voraussetze, nicht mehr zumutbar. Aufgrund der Pathologien im Bereich der Wirbelsäule mit noch im September 2007 fassbaren klinischen Befunden im Sinne einer Myelopathie sei sie in körperlich leichten Verweisungstätigkeiten zu mehr als 70% arbeitsunfähig (vgl. act. 87).

4.3.3. Angesichts dieser im Gutachten vom 27. Juni 2000 des J._____ zum Teil noch nicht aufgeführten Diagnosen und der von diesem Gutachten teilweise abweichenden Feststellungen zu den funktionellen Einschränkungen der Versicherten in den Berichten der Dres. med. H._____, G._____ und F._____ (vgl. act. 51 S. 9f. und S. 15 sowie act. 78, 86 und 87), erweist sich die Schlussfolgerung von Dr. med. P._____, wonach seit der Operation im Jahre 2007 mangels Vorliegens neurologischer Defizite cervical sowie lumbal eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten sei, keineswegs als einleuchtend bzw. überwiegend wahrscheinlich zutreffend. Auch aus diesem Grunde kann auf sein Leistungskalkül nicht abgestellt werden.

Allerdings ist festzuhalten, dass die vorerwähnten Berichte der Dres. med. H._____, G._____ und F._____ jeweils keine bzw. keine vollständigen anamnestischen Angaben beinhalten (vgl. act. 78, 86 und 87). Ebenso wenig die – weder vom ärztlichen Dienst der Vorinstanz noch vom RAD Rhone gewürdigten – Berichte vom 26. August 2009 von Dr. med. F._____ (vgl. act. 96) und vom 28. August 2009 von Dr. med. H._____ – letzterer wurde im vorliegenden Verfahren nachgereicht –, in welchen diese beiden Ärzte im Wesentlichen ihre vorgängigen Feststellungen und Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand der Versicherten im vorliegend massgebenden Zeitraum bestätigten. Hinzu

kommt, dass es sich bei den Dres. med. H._____ und F._____ um Ärzte handelt, welche die Versicherte behandelt haben (vgl. act. 78, 86, 87 und 96). Aus diesen Gründen kann auf die aktenkundigen fachärztlichen Berichte der Dres. med. H._____, G._____ und F._____ nicht bzw. nicht vorbehaltlos abgestellt werden.

Unter Berücksichtigung all dieser Umstände war es folglich keineswegs gerechtfertigt, dass Dr. med. P._____ in blosser Würdigung der aktenkundigen medizinischen Dokumente und ohne ergänzende fachärztliche Untersuchung der Versicherten von einer seit dem 22. Januar 2001 eingetretenen Verbesserung des Gesundheitszustandes ausging.

5.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass weder die aktenkundigen fachärztlichen Berichte noch die Stellungnahmen von Dr. med. P._____ eine zuverlässige, ausreichend begründete, nachvollziehbare, widerspruchsfreie und den gesamten Gegenstand des vorliegenden Verfahrens umfassende medizinische Auseinandersetzung mit den Auswirkungen sämtlicher seit dem 22. Januar 2001 diagnostizierter somatischer Leiden auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten beinhalten. Aufgrund der vorliegenden Unterlagen ist daher das Bundesverwaltungsgericht nicht in der Lage, mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festzustellen, ob in der Zeit vom 22. Januar 2001 bis zum 6. August 2009 eine rentenwirksame Veränderung des Gesundheitszustandes der Versicherten eingetreten ist. Erforderlich wären ergänzende fachärztliche, insbesondere orthopädische Untersuchungen und Beurteilungen der Versicherten.

6.

Die Vorinstanz hat demnach den rechtserheblichen Sachverhalt nicht vollständig festgestellt und gewürdigt (vgl. Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG), so dass sich die Frage nach einer Ergänzung der medizinischen Unterlagen stellt.

6.1. Die Versicherte ist am 17. März 2011 verstorben, so dass keine fachärztliche Begutachtung mit persönlicher Untersuchung mehr möglich ist. Es ist daher zu prüfen, ob der Sachverhalt auch anderweitig, etwa durch ein blosses Aktengutachten, rechtsgenügend abgeklärt werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_108/2010 vom 15. Juni 2010 E.

4.3). Dies ist nicht der Fall, hat doch Dr. med. P. _____ – wie bereits festgehalten (E. 4.3.1 hiervor) – in seinem Bericht vom 15. Dezember 2008 ausdrücklich die Einholung eines detaillierten orthopädischen Berichts als notwendig bezeichnet (vgl. act. 74) und findet sich in den Akten keine nach diesem Zeitpunkt erstellte, umfassende fachorthopädische Expertise (vgl. E. 4.3.1 hiervor). Angesichts der Mangelhaftigkeit der vorliegenden ärztlichen Berichte (vgl. E. 4.3.2 und 4.3.3 hiervor) und insbesondere des Umstands, dass die Versicherte im Revisionsverfahren nie von einem Facharzt für Orthopädie untersucht und auch sonst kein fachärztliches Gutachten erstellt worden ist, erweist sich die medizinische Aktenlage als derart unvollständig, dass die Einholung eines blossen Aktengutachtens oder andere Beweismassnahmen nicht geeignet sind sicherzustellen, dass mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann, ob eine rentenerhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten eingetreten ist (antizipierte Beweiswürdigung).

6.2. Da die Durchführung der unabdingbaren fachärztlichen Untersuchung und Begutachtung der Versicherten, die durch keine anderen Beweismassnahmen ersetzt werden kann, heute nicht mehr möglich ist, liegt Beweislosigkeit vor, die im vorliegenden, von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahren zu Lasten der Vorinstanz geht: Diese trägt die Beweislast dafür, dass sich der Sachverhalt in einer Weise verändert hat, welche die Herabsetzung der rechtskräftig verfügten ganzen Rente auf eine Viertelsrente erlaubt (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2009, Rz. 40 zu Art. 43; allgemein zu den Folgen der Beweislosigkeit BGE 117 V 161 E. 3b; 115 V 133 E. 8a).

7.

Aus diesen Gründen ist die Beschwerde gutzuheissen, die Verfügung vom 6. August 2009 aufzuheben und festzustellen, dass die Versicherte auch nach dem 1. Oktober 2009 (Datum der verfügten Rentenherabsetzung) weiterhin Anspruch auf eine ganze ordentliche Invalidenrente hatte.

8.

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

8.1. Angesichts des Obsiegens der Beschwerdeführenden sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 63 Abs. 1 und 2 VwVG). Es erübrigt sich damit abzuklären, ob auch sie – wie die verstorbene Versicherte – die Voraussetzungen für die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege erfüllen (vgl. Art. 65 Abs. 1 und 2 VwVG).

8.2. Den obsiegenden Beschwerdeführenden, die sich anwaltlich haben vertreten lassen, ist eine von der Vorinstanz zu entrichtende Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]), welche mangels Kostennote aufgrund der Akten zu bestimmen ist (Art. 14 VGKE). Das den Beschwerdeführenden zu entschädigende Honorar bestimmt sich nach dem notwendigen Zeitaufwand ihrer anwaltlichen Vertreterin (Art. 10 Abs. 1 und 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands erachtet das Bundesverwaltungsgericht eine Parteientschädigung von Fr. 2'600.- (inklusive Auslagen und – soweit geschuldet – Mehrwertsteuer) für angemessen. Vermögenswerte Interessen sind nicht zu berücksichtigen (Art. 10 Abs. 3 VGKE in Verbindung mit Art. 61 Bst. g ATSG *in analogiam*).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird gutgeheissen und die Verfügung der Vorinstanz vom 6. August 2009 wird aufgehoben.

2.

Es wird festgestellt, dass die Versicherte auch nach dem 1. Oktober 2009 weiterhin Anspruch auf eine ganze ordentliche Invalidenrente hatte.

3.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

4.

Den Beschwerdeführenden wird eine Parteientschädigung von Fr. 2'600.- zugesprochen, die von der Vorinstanz zu leisten ist.

5.

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführenden (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. _____)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Stefan Mesmer

Marc Wälti

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [BGG, SR 173.110]). Die Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: