

**Bundesverwaltungsgericht**  
**Tribunal administratif fédéral**  
**Tribunale amministrativo federale**  
**Tribunal administrativ federal**



---

Abteilung III  
C-5871/2008  
{T 0/2}

**Urteil vom 25. Januar 2010**

---

Besetzung

Richter Michael Peterli (Vorsitz), Richter Stefan Mesmer,  
Richterin Franziska Schneider,  
Gerichtsschreiber Roger Stalder.

---

Parteien

A. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,

gegen

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

---

Gegenstand

Invalidenrente.

**Sachverhalt:****A.**

Der 1951 geborene A.\_\_\_\_\_ (*im Folgenden*: Versicherter oder Beschwerdeführer) ist Schweizer Bürger und lebt seit vielen Jahren im Ausland bzw. seit über zehn Jahren in der Dominikanischen Republik. Er absolvierte nach der obligatorischen Schulzeit diverse Kurse im gastronomischen und hotelfachmännischen Bereich und legte 1979 die Wirteprüfung in Zürich ab. Seit 1998 betreibt er in B.\_\_\_\_\_ einen Restaurationsbetrieb. Am 20. Januar 2003 meldete er sich erstmals zum Bezug von Leistungen der Schweizerischen Invalidenversicherung (*im Folgenden*: IV), unter anderem in Form einer Rente, an. Zur Art der Behinderung verwies er auf ein Arztzeugnis vom 7. November 2002 (Akten [*im Folgenden*: act.] der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [*im Folgenden*: IVSTA oder Vorinstanz] 1 und 50). Nach Durchführung der für die Beurteilung des Rentenanspruchs massgeblichen Abklärungen in beruflicher bzw. erwerblicher und medizinischer Hinsicht (act. 4 bis 14) sprach die IVSTA dem Versicherten mit Verfügung vom 29. Juni 2004 bei einem Invaliditätsgrad [*im Folgenden auch*: IV-Grad] von 70 % eine ganze IV-Rente zu (act. 19).

**B.**

Am 22. November 2007 leitete die IVSTA von Amtes wegen ein Rentenrevisionsverfahren ein (act. 21). Nach Vorliegen des Fragebogens für selbstständig Erwerbende vom 27. Januar 2008 (samt Beilagen; act. 24 bis 30) und zahlreicher medizinischer Dokumente aus dem Ausland (act. 31 bis 37) gab Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom medizinischen Dienst der IVSTA am 18. April 2008 eine Stellungnahme ab (act. 39). Gestützt auf die Beurteilung von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, wonach der Versicherte sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit eine 10%ige Arbeits- und Leistungsunfähigkeit aufweise, wurde dem Versicherten mit Vorbescheid vom 7. Mai 2008 die Aufhebung der IV-Rente in Aussicht gestellt (act. 40). Nachdem der Versicherte hiergegen am 29. Mai 2008 opponiert hatte (act. 41) und bei der IVSTA am 17. Juli 2008 weitere ärztliche Unterlagen aus dem Ausland eingegangen waren (act. 43 bis 45), hielt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 31. Juli 2008 an seiner bisherigen Beurteilung fest (act. 47). Daraufhin erliess die IVSTA am 11. August 2008 eine Verfügung, mit welcher der Anspruch des Versicherten auf die IV-Rente per 1. Oktober 2008 aufgehoben wurde (act. 49).

**C.**

Hiergegen erhob der Versicherte am 12. September 2008 beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde und beantragte im Wesentlichen (sinngemäss) die Aufhebung der Verfügung vom 11. August 2008, die Neu Beurteilung seiner gesundheitlichen Situation durch einen Vertrauensarzt sowie Akteneinsicht. Zur Begründung führte er zusammengefasst aus, die Dres. med. F.\_\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_\_ sowie die Vertrauensärztin der Schweizer Botschaft hätten ihm mitgeteilt, dass sich sein Gesundheitszustand nicht verbessert habe. In die Berichte der Vertrauensärztin Dr. med. J.\_\_\_\_\_ sei ihm keine Einsicht gewährt worden. Diese Ärztin habe ihm erklärt, dass sie den negativen Bescheid der IV nicht verstehe. Dr. med. I.\_\_\_\_\_ habe 2008 dieselbe Beurteilung wie 2003 abgegeben. Auch nach ihm bestehe keine Aussicht auf Heilung. Weiter erwähnte der Beschwerdeführer, längeres Stehen oder Sitzen sowie Treppen steigen halte er nicht aus. Er müsse sich täglich hinlegen und seine Beine hochlagern, ansonsten die Schmerzen unkontrollierbar und die Angst vor den erlebten Folgen extrem seien. Die tägliche Medikamenteneinnahme sei unumgänglich. Dass das linke Bein nicht amputiert werden müssen, verdanke er Dr. med. I.\_\_\_\_\_ und insbesondere Dr. med. F.\_\_\_\_\_, welchem er auch sein Leben zu verdanken habe. Hinzu käme sein Rückenleiden, welches sich stetig verschlechtere. Das Halswirbelleiden und die Bursitis seien nicht neu, jedoch endlich bestätigt worden (act. im Beschwerdeverfahren [im Folgenden: B-act.] 1 und 3 [Original inkl. Beilagen]).

**D.**

Nachdem der Beschwerdeführer auf das Schreiben des Bundesverwaltungsgerichts vom 19. September 2008 reagiert und mittels E-Mail vom 23. Oktober 2008 eine Korrespondenzadresse in der Schweiz angegeben hatte (B-act. 2 und 4), wurde er vom Instruktionsrichter mit Zwischenverfügung vom 29. Oktober 2008 zur Leistung eines Kostenvorschusses in Höhe von Fr. 300.-- aufgefordert (B-act. 5). Dieser Aufforderung kam der Beschwerdeführer in der Folge nach (B-act. 6).

**E.**

In ihrer Vernehmlassung vom 20. März 2009 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung. Zur Begründung verwies sie auf die von Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, verfasste Stellungnahme vom 15. März 2009. Darin wurde zusammenfassend ausgeführt, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten mit

der Abheilung des offenen Beines relevant verbessert habe und die Aufnahme einer Verweistätigkeit oder die Ausdehnung der angestammten Tätigkeit im eigenen Restaurant zumutbar sei (act. 52).

**F.**

Zusammen mit seiner Replik vom 14. Mai 2009 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ vom 12. Mai 2009 ein. Er hielt implizit an seinen Rechtsbegehren fest und führte im Wesentlichen aus, die lymphatische Insuffizienz sei vom medizinischen Dienst überhaupt nicht berücksichtigt worden. Die diesbezüglichen Schmerzen hätten sich überhaupt nicht verbessert. Ohne Medikamente und Hochlagerung der Beine mehrmals täglich sei ein normales Leben nicht möglich. Druckverbände an beiden Beinen sowie das Herumgehen helfe nur bedingt. Die täglich benötigten Schmerzmittel würden seine Gesundheit zusätzlich belasten. Die Deformierung des linken Fusses sei schon weit fortgeschritten. Zudem seien beide Unterschenkel inkl. Füsse von der Krankheit befallen. Den Vertrauensarztbericht habe er nie gesehen; es sei ihm von der Ärztin bloss mitgeteilt worden, dass sich der Gesundheitszustand stabilisiert habe und die Wunden zugeheilt seien, die Erkrankung jedoch unheilbar sei. Die Beweglichkeit seiner Wirbelsäule sei durch die Vertrauensärztin nicht getestet worden. Die Rückenprobleme bestünden schon seit seiner Jugend und er sei diesbezüglich von verschiedenen Ärzten behandelt worden (B-act. 17 und 18).

**G.**

In ihrer Duplik vom 1. Juli 2009 hielt die Vorinstanz an ihren Anträgen fest. Zur Begründung verwies sie auf eine weitere Stellungnahme von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ vom 7. Juni 2009, im Rahmen derer der replicando nachgereichte Arztbericht von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ vom 12. Mai 2009 mitberücksichtigt worden war. Dr. med. M.\_\_\_\_\_ sah es als zweifelsfrei erstellt an, dass es zu einer nachhaltigen, anhaltenden Besserung des Gesundheitszustandes seit 2001 gekommen sei und er keine Veranlassung dazu sehe, von den bisherigen Beurteilungen des medizinischen Dienstes abzuweichen (B-act. 20).

**H.**

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften der Parteien ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

## **Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

### **1.**

**1.1** Ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und auf eine Beschwerde einzutreten ist, prüft das Bundesverwaltungsgericht von Amtes wegen und mit freier Kognition (vgl. BVGE 2007/6 E. 1 mit Hinweisen).

**1.1.1** Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021), sofern keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Die IVS-TA ist eine Vorinstanz im Sinne von Art. 33 Bst. d VGG. Die Zuständigkeit des Bundesverwaltungsgerichts zur Beurteilung von Beschwerden gegen Verfügungen dieser IV-Stelle ist zudem in Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) ausdrücklich vorgesehen.

**1.1.2** Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. d<sup>bis</sup> VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG, SR 830.1) vorbehalten.

**1.1.3** Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 38 ff. und Art. 60 ATSG). Als Adressat des angefochtenen Entscheides ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 11. August 2008, mit welcher der bisherige Rentenanspruch des Beschwerdeführers über den 30. September 2008 hinaus verneint wurde. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers über diesen Zeitpunkt

hinaus und in diesem Zusammenhang insbesondere die Frage, ob die Vorinstanz den Sachverhalt – insbesondere in medizinischer Hinsicht – rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

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

## **2.**

**2.1** Der Versicherte führte beschwerdeweise unter anderem aus, hinsichtlich der Berichte der Vertrauensärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_ sei ihm weder im Rahmen der erstmaligen Rentenzusprache noch im Revisionsverfahren Einsicht gewährt worden. Hinsichtlich der somit zumindest implizit geltend gemachten Verletzung des Anspruchs auf Akteneinsicht als Teilaspekt des Anspruchs auf rechtliches Gehör ist Folgendes festzustellen:

**2.2** Den bis zum Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 29. Juni 2006 vorliegenden Akten lässt sich nicht entnehmen, dass dem Beschwerdeführer von der Vorinstanz das Recht auf Akteneinsicht verweigert worden wäre bzw. diese die Akten nicht zu seiner Verfügung gehalten hätte (vgl. BGE 128 V 272 E. 5b bb; ZAK 1991 S. 99 E. 4a). Vielmehr hatte der Versicherte zufolge des für ihn keineswegs nachteiligen Verwaltungsaktes keinerlei Bedarf, überhaupt zum Beweisergebnis Stellung zu nehmen (vgl. BGE 132 V 387 E. 3.1, 115 V 297 E. 2e; ZAK 1990 S. 99 E. 4a; RKUV 1992 U 152 S. 198 E. 2c).

Anders präsentierte sich die Situation für den Beschwerdeführer mit Blick auf die angefochtene Revisionsverfügung vom 11. August 2008, mit welcher der bisherige Rentenanspruch über den 30. September 2008 hinaus verneint wurde (act. 49). Hinweise darauf, dass die Vorinstanz dem Beschwerdeführer für die diesbezügliche Entscheidungsfindung massgebliche Beweismittel vorenthalten hätte, finden sich in den vorliegenden Akten jedoch ebenfalls keine. Vielmehr geht aus diesen hervor, dass der Beschwerdeführer (auch) bezüglich der Berichte der Vertrauensärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_ darauf verzichtet hatte, der IVSTA explizit ein Gesuch um Akteneinsicht – was grundsätzlich Voraussetzung dafür bildet, dass überhaupt die Einsichtnahme gewährt oder verweigert werden kann (vgl. 132 V 387 E. 6.2 und 6.3 mit weiteren Hinweisen) – einzureichen.

**2.3** Nach dem Dargelegten bzw. aufgrund der vorliegenden Umstände ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Vorinstanz zu keinem Zeitpunkt das Recht des Beschwerdeführers auf Akteneinsicht als Teil des Anspruchs auf rechtliches Gehör verletzt hat.

### **3.**

**3.1** Der Beschwerdeführer ist Schweizer Bürger und wohnt in B.\_\_\_\_\_ in der Dominikanischen Republik. Die Schweiz hat mit diesem Staat kein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen. Die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann ein Anspruch auf Leistungen der IV besteht, bestimmt sich demnach allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

**3.2** Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung anwendbar (Art. 1 a bis 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formell-rechtlicher Hinsicht mangels anders lautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2). In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (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; BGE 130 V 445). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung 11. August 2008 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IVG-Revision] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision).

Für die Prüfung des Rentenanspruchs ab 1. Januar 2003 ist sodann das am 1. Januar 2003 in Kraft getretene ATSG anwendbar. Da die darin enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit, der Erwerbsunfähigkeit, der Invalidität und der Einkommensvergleichsmethode den bisherigen von der Rechtsprechung dazu entwickelten Begriffen in der Invalidenversicherung entsprechen und die von der Rechtsprechung dazu herausgebildeten Grundsätze unter der Herrschaft des ATSG weiterhin Geltung haben (BGE 130 V 343), wird im Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen.

### 3.3

**3.3.1** Nach der rentenaufhebenden Revisionsverfügung vom 11. August 2008 erhielt die Vorinstanz im Laufe des vorliegenden Beschwerdeverfahrens Kenntnis eines Berichts von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ vom 12. Mai 2009 (B-act. 17 und 18). Dieser wurde Dr. med. M.\_\_\_\_\_ vom medizinischen Dienst zur Beurteilung vorgelegt; die entsprechende Stellungnahme datiert vom 7. Juni 2009 (B-act. 20).

**3.3.2** Zwar gilt der Grundsatz, dass das Sozialversicherungsgericht die Rechtmässigkeit der angefochtenen Verfügung in der Regel nach dem Sachverhalt beurteilt, der zur Zeit ihres Erlasses gegeben war, und Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein sollen (vgl. BGE 130 V 138 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b mit Hinweis). Obwohl die Berichte der Dres. med. I.\_\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_\_ nach Erlass der im vorliegenden Verfahren angefochtenen Revisionsverfügung erstellt wurden, sind diese vorliegend zu berücksichtigen, da sie (rückwirkend) Bezug auf den Überprüfungszeitraum nehmen, mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Revisionsverfügung vom 11. August 2008 zu beeinflussen (vgl. BGE 116 V 80 E. 6b; ZAK 1989 S. 111 Erw. 3b mit Hinweisen).

**3.4** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgaben-

bereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7): Ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich).

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

**3.5** 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 (Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung). Laut Art. 28 Abs. 1<sup>ter</sup> IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme ist vorliegend nicht gegeben.

Nach den Vorschriften der 4. IV-Revision entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem 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 (Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b IVG in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung). Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar

2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c).

Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden – wie oben erwähnt – die entsprechenden Renten grundsätzlich nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. Diese Voraussetzung ist auch von Angehörigen zu erfüllen, für die eine Leistung beansprucht wird (Art. 29 Abs. 4 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung; vgl. Art. 28 Abs. 1<sup>ter</sup> IVG in der vom 1. Januar 2004 bis Ende Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung).

**3.6** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

Wie das Bundesgericht in BGE 125 V 351 erkannt hat, haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes

eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a).

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 besteht. 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).

Die Rechtsprechung hat sich verschiedentlich auch zum Beweiswert eines RAD-Berichts geäußert, bspw. in den Urteilen I 142/07 vom 20. November 2007 und I 143/07 vom 14. September 2007. In letzterem wurde festgestellt, dass interne Berichte des RAD nach Art. 49 Abs. 3 IVV eine andere Funktion haben als die medizinischen Gutachten (Art. 44 ATSG) oder die Untersuchungsberichte des RAD im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV. Sie erheben nicht selber medizinische Befunde, sondern würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht. Aufgrund dieser unterschiedlichen Funktion können und müssen interne Berichte nicht die an ein medizinisches Gutachten gestellten inhaltlichen Anforderungen erfüllen. Es kann ihnen aber nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Sie sind vielmehr entscheidrelevante Aktenstücke. Ihre Funktion besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzuneh-

men sei (I 143/07 E. 3.3). Die genannte Bestimmung von Art. 49 Abs. 3 IVV stand bis zum 31. Dezember 2007 in Kraft und wurde dann aufgehoben. Auf den 1. Januar 2008 wurde Art. 59 Abs. 2<sup>bis</sup> IVG eingeführt, wonach die regionalen ärztlichen Dienste den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung stehen und die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten festsetzen, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Eine ähnliche Bestimmung fand sich bisher schon und, in leicht geänderter Fassung seit dem 1. Januar 2008, in Art. 49 Abs. 1 IVV. Immer noch in Kraft steht Art. 49 Abs. 2 IVV, wonach die regionalen ärztlichen Dienste bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen können.

#### 4.

**4.1** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Diese Vorschrift gilt für alle Sozialversicherungen, welche Invalidenrenten ausrichten; sie wurde vom Gesetzgeber in Weiterführung der entsprechenden altrechtlichen Regelungen übernommen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 und E. 3.5.4).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben; zudem kann auch eine Wandlung des Aufgabenbereichs einen Revisionsgrund darstellen (BGE 130 V 343 E. 3.5, 117 V 194 E. 3b; AHI 1997 S. 288 E. 2b). Geringfügige Änderungen allgemeiner statistischer Daten, die ausserhalb des Umfelds der versicherten Person liegen, führen nicht zu einer Revision von Invalidenrenten, selbst wenn durch solche Veränderungen der Schwellenwert über- oder unterschritten würde. Dies gilt gleichermassen für die Begründung oder Erhöhung eines Rentenanspruchs wie für eine Reduktion oder Aufhebung (BGE 133 V 545 E. 7.3).

Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 104 E. 3a). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 115 V 308 E. 4a bb).

Nach der Rechtsprechung ist als zeitliche Vergleichsbasis einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 125 V 268 E. 2; zur zeitlichen Vergleichsbasis einer zuvor bereits revidierten oder bestätigten Rente vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4).

**4.2** Aufgrund der vorstehend zusammengefasst wiedergegebenen höchstrichterlichen Rechtsprechung beurteilt sich die Frage, ob beim Beschwerdeführer eine wesentliche Änderung eingetreten ist, welche geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch im Sinne von Art. 17 ATSG zu beeinflussen, durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er zur Zeit der ursprünglichen Verfügung vom 29. Juni 2004 (act. 19) bestanden hatte, mit demjenigen, wie er im Zeitpunkt der im vorliegenden Verfahren angefochtenen rentenaufhebenden Verfügung vom 11. August 2008 eingetreten war (vgl. aber E. 3.3.2 hiervor). Hinsichtlich des Gesundheitszustands präsentierte sich die Situation im Zusammenhang mit der Erstanmeldung im Jahre 2003 (act. 1) wie folgt:

**4.3** Beim Erlass der ursprünglichen Verfügung vom 29. Juni 2004 stützte sich die Vorinstanz auf diverse Berichte aus dem Ausland, welche von Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin FMH, vom medizinischen Dienst der IVSTA einer Beurteilung unterzogen wurden. Im entsprechenden Bericht vom 15. Juli 2003 wurden ein chronisches Lymphoedem bei chronisch venöser Insuffizienz mit einem Malleolarulcus medial links und einer chronischen Lymphangitis am rechten Unterschenkel, eine Hiatushernie mit rezidivierender Refluxoesophagitis sowie eine anamnestisch depressive Entwicklung mit Schlafstörungen diagnostiziert. Weiter führte Dr. med. N.\_\_\_\_\_ aus, der gesundheitliche Zustand des Versicherten werde durch einen stehenden Beruf stark beeinträchtigt. Die organisatorischen Tätigkeiten könnten mit angemessenen Pausen zwecks Mobilisierung und Hochlagern der Beine weiterhin übernommen werden. Es gäbe auch

hygienische Bedenken, den Versicherten voll in einem Restaurationsbetrieb arbeiten zu lassen; einerseits fördere dies die Infektanfälligkeit und andererseits bestehe eine bakterielle Besiedelung der Wunde. Eine Verweistätigkeit sei nicht in höherem Ausmass als die organisatorische Tätigkeit im Restaurationsbetrieb (zirka 30 %) zumutbar (act. 14).

**4.4** Da die Vorinstanz mit angefochtener Verfügung vom 11. August 2008 den Rentenanspruch des Beschwerdeführers über den 30. September 2008 hinaus aus medizinischen Gründen verneinte, ist nachfolgend insbesondere zu prüfen, ob und allenfalls in welchem Umfang sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes in rentenrelevanter Weise geändert hat. Hierzu sind die wesentlichen medizinischen Akten zusammengefasst wiederzugeben und zu würdigen.

**4.4.1** Nachdem Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, vom medizinischen Dienst Kenntnis der am 28. und 29. Januar 2008 bei der IVSTA eingegangenen Berichte der Vertrauensärztin Dr. med. J.\_\_\_\_ (act. 35 und 37) hatte, berichtete er am 18. April 2008, beim Versicherten lägen keine neuen Diagnosen vor. Die im Rahmen der Revision unterbreiteten Akten würden aktuell keine bedeutsamen Geschwüre und Ödeme an den unteren Gliedern zeigen. Der Versicherte klagte über Lumbalgien, ohne dass ein besonderer klinischer Status vorläge, und der radiologische Status dokumentiere bescheidene und leichte degenerative Veränderungen ohne radikuläre Zeichen. Die Laboruntersuchungen zeigten auch keine entzündlichen Zeichen oder nennenswerte metabolischen Störungen. Dr. med. E.\_\_\_\_\_ folgerte, dass die chronische venöse Insuffizienz der unteren Glieder mit Geschwüren Bedingung für die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit anlässlich der Verfügung von 2003 gewesen sei. Weiter sei der depressive Zustand mit derselben Symptomatologie bereits im Jahre 2003 bekannt gewesen. Die degenerativen und statischen Beschwerden im Bereich der lumbalen und dorsalen Wirbelsäule mit einer normalen Beweglichkeit und ohne neurologische Ausfälle liessen sich nicht vereinbaren mit einer funktionellen Einschränkung (act. 39).

**4.4.2** Nachdem die Vorinstanz gestützt auf diesen Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 18. April 2008 am 7. Mai 2008 den Vorbescheid, mit welchem sie dem Versicherten die Aufhebung der Rente in Aussicht stellte, erlassen hatte (act. 40) und der

Beschwerdeführer im Rahmen seiner Einwendungen Arztberichte der Dres. med. I.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ vom 17. Juni und 11. Juli 2008 eingereicht hatte (act. 44 und 45), hielt Dr. med. E.\_\_\_\_ am 31. Juli 2008 fest, dass diese Berichte seine frühere Beurteilung nicht zu ändern vermöchten (act. 47). Als Begründung führte er an, die im Rahmen der Einwendungen verfassten medizinischen Dokumente würden keine neuen objektiven Elemente aufzeigen und bestätigen, dass aktuell keine Komplikationen hinsichtlich der venösen Insuffizienz und der chronischen Lymphatie der unteren Glieder bestünden.

**4.4.3** Mit der Beschwerde legte der Versicherte – nebst den bereits im Rahmen der Einwendungen der Vorinstanz eingereichten Berichte der Dres. med. I.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ vom 17. Juni und 11. Juli 2008 – einen Radiologiebericht von Dr. med. Q.\_\_\_\_ vor. In Kenntnis dieses Berichts führte Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom medizinischen Dienst der IVSTA am 15. März 2009 aus, venös bedingte offene Beine seien keineswegs keiner Therapie zugänglich. Durch geeignete Massnahmen würden solche offenen Beine heilen, was auch beim Beschwerdeführer geschehen sei; die Arztberichte würden dies bestätigen. Unter korrektem Verhalten könnten auch Rezidive von Ulcerationen vermieden werden. Bezüglich des Bewegungsapparates sei festzuhalten, dass der ausführliche schriftliche Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ keine Anhaltspunkte für eine relevante Funktionseinschränkung der Beweglichkeit der Wirbelsäule gebe. Die radiologischen Befunde würden nur geringe, altersspezifische Abnützungen zeigen (act. 52).

**4.4.4** Nachdem der Versicherte beschwerdeweise einen weiteren Arztbericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 12. Mai 2009 nachgereicht hatte (B-act. 18), nahm Dr. med. M.\_\_\_\_ am 7. Juni 2009 abschliessend Stellung (B-act. 20). Er führte im Wesentlichen aus, Dr. med. I.\_\_\_\_ bestätige, dass die Ulcerationen am Bein weiterhin in Remission seien. Es gebe keine Zweifel darüber, dass es zu einer nachhaltigen, anhaltenden Besserung des Gesundheitszustands seit 2001 gekommen sei. Es lägen keine Gründe für eine Abweichung von den Beurteilungen des medizinischen Dienstes vom 18. April und 31. Juli 2008 vor.

**4.5** Die Berichte der Dres. med. E.\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_ vom 18. April und 31. Juli 2008 sowie vom 15. März und 7. Juni 2009 – welche unter der ab 1. Januar 2008 geltenden Rechtslage (vgl. E. 3.6 hiervoor)

verfasst wurden – basieren zwar nicht auf eigenen Untersuchungen und Befunderhebungen durch den medizinischen Dienst und sind nicht als Untersuchungsberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV zu qualifizieren. Dennoch erfüllen diese Berichte grösstenteils die an den Beweiswert eines ärztlichen Berichts gestellten Kriterien. Sie sind, was die Verbesserung des Gesundheitszustands anbelangt, übereinstimmend, in sich schlüssig, nachvollziehbar begründet, und es bestehen keine Indizien gegen deren Zuverlässigkeit. Hinzu kommt, dass sie für die streitigen Belange umfassend sind, die geklagten Beschwerden berücksichtigen und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben wurden. Demnach lässt sich der gesamtheitliche Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im vorliegenden Verfahren grundsätzlich schlüssig und zuverlässig beurteilen (vgl. zum Ganzen E. 3.6 hiavor; vgl. aber auch E. 4.7 hiernach) und den Berichten des medizinischen Dienstes der Vorinstanz kommt – was die Veränderung des gesundheitlichen Zustands anbelangt – volle Beweiskraft zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

**4.5.1** Die Berichte der Dres. med. E.\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_ stehen mit denjenigen von Dr. med. J.\_\_\_\_, welche am 28. und 29. Januar 2008 bei der Vorinstanz eingegangen waren (act. 35 und 37), nicht in Widerspruch. Hinsichtlich des von Dr. med. J.\_\_\_\_ im Bericht vom 17. Januar 2008 beschriebenen chronisch depressiven Syndroms ist festzustellen, dass dem Versicherten bereits im Rahmen des erstmaligen Rentenzuspruchs von den Dres. med. F.\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_ im Jahre 2003 eine (chronische) depressive Entwicklung mit Schlafstörungen attestiert wurde (act. 11 und 12). Mit Blick auf den Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 17. Januar 2008 ergibt sich, dass weiterhin das Vorliegen eines schweren psychischen Befundes zu verneinen ist. Unter diesen Umständen kann ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer in psychischer Hinsicht nicht in rentenrelevantem Ausmass eingeschränkt war bzw. ist und sich der Gesundheitszustand in dieser Hinsicht im Vergleich zu früher zumindest nicht verschlechtert hatte. Ergänzend ist diesbezüglich darauf hinzuweisen, dass eine Diagnose für sich allein noch keinen Schluss auf die gesundheitlich bedingte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zulässt (vgl. BGE 132 V 65 E. 3.4).

Betreffend die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Rückenbeschwerden ist festzuhalten, dass bereits Dr. med. F.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 2. Juni 2003 ein vertebrales und lumbales

Schmerzsyndrom erwähnte (act. 11). Indem Dr. med. J.\_\_\_\_\_ am 17. Januar 2008 von einem lumbalen Schmerzsyndrom mit einer Spondylarthrose und Discopathie berichtet hatte (act. 37), ergibt sich auch diesbezüglich im Wesentlichen nichts Neues. Aufgrund des radiologischen Status – ohne das Vorliegen eines besonderen klinischen Status – liegen gemäss den überzeugenden und nicht zu beanstandenen Beurteilungen der Dres. med. E.\_\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_\_ weiterhin bloss bescheidene leichte degenerative Veränderungen bzw. geringe altersspezifische Abnützungen vor. Die Auffassung von Dr. med. M.\_\_\_\_\_, dass in dieser Hinsicht keine Arbeitsunfähigkeit vorliege, ist ohne weiteres nachvollziehbar und schlüssig. Daran vermögen auch die vom Beschwerdeführer hierzu gemachten Äusserungen nichts zu ändern, zumal sich auch aufgrund der Schilderungen von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ – nach Vorliegen des radiologischen Berichts von Dr. med. R.\_\_\_\_\_ vom 7. Januar 2008 (act. 34) – hinsichtlich der Beweglichkeit der Wirbelsäule keine Hinweise auf relevanten Funktionseinschränkungen ergeben hatten (act. 35), wie dies von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ ebenfalls korrekt festgehalten wurde. Hinzu kommt schliesslich, dass Dr. med. E.\_\_\_\_\_ bereits am 18. April 2008 auf das Fehlen von entzündlichen Zeichen und neurologischen Ausfällen hingewiesen hatte.

Hinsichtlich der von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ erwähnten chronischen Gastritis und der Hiatushernie ergibt sich überdies, dass diese Diagnosen ebenfalls bereits im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprache bekannt gewesen waren (act. 11, 12 und 14). Hinweise darauf, dass sich diesbezüglich eine rentenrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes manifestiert hätte, ergeben sich vorliegend ebenfalls keine. Vielmehr sind gemäss Dr. med. J.\_\_\_\_\_ die Beschwerden im Zusammenhang mit den Gastralgien mit dem seit über zehn Jahren eingenommenen Medikament gut zu lindern.

**4.5.2** Nach dem vorstehend Dargelegten ist zusammenfassend festzustellen, dass sich bezüglich einer Vielzahl bereits vor Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 29. Juni 2004 (act. 19) bekannten Diagnosen bis zum Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen rentenaufhebenden Verfügung vom 11. August 2008 (act. 49) keine nennenswerte Änderung des gesundheitlichen Zustands sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht ergeben hat.

Anders verhält es sich jedoch mit der Diagnose des chronischen Lymphoedems bei chronischer venöser Insuffizienz mit einem Malleolarulcus medial links und der chronischen Lymphangitis am rechten Unterschenkel, was insbesondere kausal für die ursprüngliche Rentenzusprache gewesen war. So führte Dr. med. E.\_\_\_\_\_ nach Einsicht in die Berichte von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ am 18. April 2008 aus, aktuell lägen keine bedeutsamen Geschwüre und Ödeme an den unteren Gliedmassen mehr vor. Dass aktuell keine Komplikationen betreffend die venöse Insuffizienz und die chronische Lymphatie beständen, bestätigte er daraufhin im Dezember 2008. Seine Beurteilungen stimmen mit denjenigen von Dr. med. M.\_\_\_\_\_, wonach sich der Gesundheitszustand mit dem Wegfall von – durch eine venöse/lymphatische Insuffizienz hervorgerufenen – Ulcerationen bzw. mit der Abheilung des offenen Beines relevant verbessert habe, überein. Die Beurteilungen von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ sind auch unter einem weiteren Aspekt als beweiskräftig zu werten: Dr. med. M.\_\_\_\_\_ führt – nebst seiner vertrauensärztlichen Tätigkeit für die Vorinstanz – seit 1993 eine eigene Praxis, in welcher er schwerpunktmässig Patienten mit Venenerkrankungen (offene Beine, etc.) behandelt (vgl. [www.doctor.ch](http://www.doctor.ch) > Ärzte > M.\_\_\_\_\_; besucht am 18. Dezember 2009). Es kann deshalb auch mit Blick auf diesen Umstand davon ausgegangen werden, dass er auf diesem Gebiet über eine sehr grosse Erfahrung verfügt und deshalb besonders geeignet ist, diesbezüglich eine schlüssige und überzeugende Beurteilung abzugeben.

**4.6** Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b, BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen) erstellt, dass in der Zeit zwischen der ursprünglichen Verfügung vom 29. Juni 2004 und der angefochtenen Verfügung vom 11. August 2008 eine wesentliche Veränderung im Sinne einer Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist und sich dadurch seine Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit erhöht hat. Daran vermögen auch die gegenteiligen Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Dennoch kann es damit nicht sein Bewenden haben, denn aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten ist trotz grundsätzlicher Schlüssigkeit und Beweiskraft der Berichte der Dres. med. E.\_\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_\_ letztlich nicht willkürfrei erstellt, in welchem Ausmass der Beschwerdeführer nach Eintritt der gesundheitlichen Verbesserung tatsächlich in seiner angestammten Tätigkeit als

Geschäftsführer eines Restaurants und/oder in einer leidensadaptierten Tätigkeit arbeits- und leistungsfähig ist. Dies aus folgenden Gründen:

#### **4.7**

**4.7.1** Dr. med. E.\_\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 18. April 2008 dafür, dass der Versicherte neu sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit eine Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit von 90 % aufweise. Als Datum, ab welchem diese Verbesserung zu berücksichtigen sei, schlug er den 29. Januar 2009 und somit den Tag vor, an welchem die Vorinstanz Kenntnis des Berichts der Vertrauensärztin Dr. med. J.\_\_\_\_\_ hatte (act. 39). Am 31. Juli 2008 bestätigte Dr. med. E.\_\_\_\_\_ seine frühere Beurteilung und führte zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit weiter aus, die einzige Einschränkung des Versicherten bestehe unverändert im Umstand, dass er nicht lang anhaltend stehend verharren könne und ab und zu seine Füße hochlagern müsse. Dies sei weitestgehend vereinbar mit der vollzeitlichen Weiterverfolgung der angestammten Tätigkeit mit einer Leistungseinschränkung von höchstens 10 % (act. 47).

**4.7.2** Am 15. März 2009 berichtete Dr. med. M.\_\_\_\_\_, die radiologischen Befunde würden nur geringe, altersspezifische Abnützungen zeigen, womit sich keine Arbeitsunfähigkeit begründen lasse. Mit dem von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ beschriebenen abgeheilten Ulcus könne der Versicherte mindestens täglich sechs Stunden in seinem Restaurant arbeiten. Geeignete Verweistätigkeiten mit vermehrtem Herumgehen und keinem dauernden Stehen am Ort seien sogar vollschichtig zumutbar. Zusammenfassend gebe es keine Zweifel darüber, dass die Wiederaufnahme einer Verweistätigkeit oder Ausdehnung der Arbeit im eigenen Restaurant zumutbar seien (act. 52). In seiner Stellungnahme vom 7. Juni 2009 hielt Dr. med. M.\_\_\_\_\_ dafür, dass die Schwellung der Beine als Zeichen einer bestehenden chronisch-venösen Insuffizienz keine generelle Arbeitsunfähigkeit begründe. Eine höhere Arbeitsunfähigkeit ergebe sich dann, wenn die venöse/lymphatische Insuffizienz zu Ulcerationen, das heißt zu einem offenen Bein führe. Dies sei aber behandelbar und beim Versicherten seien seit 2003 keine relevanten Ulcerationen mehr dokumentiert. Ein relevantes anderes Leiden liege nicht vor und er verweise diesbezüglich auf den Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ (B-act. 20).

**4.7.3** Mit Blick auf die sich inhaltlich nicht widersprechenden Berichte von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ ergibt sich, dass dieser Facharzt dem Beschwerdeführer sowohl in der angestammten Tätigkeit als Restaurateur als auch in einer Verweistätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90 % zumutet, wobei er die 10%ige Leistungseinbusse auf die Umstände zurückführte, dass der Versicherte nicht lang anhaltend an Ort stehen kann und ab und an seine Beine hochlagern können muss. Im Vergleich zu den Ausführungen des Beschwerdeführers und den Beurteilungen von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ ergeben sich jedoch sowohl hinsichtlich der angestammten Tätigkeit als auch betreffend eine Verweistätigkeit gewisse Widersprüche.

Dr. med. M.\_\_\_\_\_ hielt einerseits dafür, dass der Beschwerdeführer in seinem Restaurant täglich während mindestens sechs Stunden arbeiten könne. Ausgehend von einer wöchentlichen Arbeitszeit von 42 Stunden ergäbe sich mit Blick auf die von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ festgestellte 10%ige Leistungseinbusse – was bei einer 42-Stunden-Woche einem täglich zumutbaren Pensum von etwas über siebeneinhalb Stunden entspricht – eine Divergenz in den Beurteilungen der Dres. med. E.\_\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_\_ von rund anderthalb Stunden pro Tag in der zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Diese relativ grosse Divergenz lässt sich nicht allein durch den Umstand begründen, dass Dr. med. M.\_\_\_\_\_ von einer täglichen Mindeststundenzahl berichtet hatte, weshalb die Vorinstanz bereits aus diesem Grund weitere Abklärungen hätte vornehmen müssen. Hinzu kommt weiter, dass den Beurteilungen der Dres. med. E.\_\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_\_ nirgends zu entnehmen ist, auf welcher Basis ihre Ausführungen betreffend die täglich zumutbare Restarbeitsfähigkeit beruhen. Der Beschwerdeführer gab bereits im Rahmen der Erstanmeldung auf dem Fragebogen für selbstständig Erwerbende an, vor Eintritt des Gesundheitsschadens wöchentlich 65 Stunden gearbeitet zu haben (act. 4). Diese Angaben wiederholte er im Rahmen des Rentenrevisionsverfahrens (act. 30). Wenn man nun von den prozentualen Angaben des Dr. med. E.\_\_\_\_\_ ausginge, würde dies bedeuten, dass dem Versicherten nach Eintritt der Verbesserung des Gesundheitszustands bei einer zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90 % die angestammte Tätigkeit wieder während 58.5 Stunden pro Woche bzw. täglich 11 Stunden und 42 Minuten zumutbar wäre. Unter diesem Aspekt würde die tägliche Divergenz – be-

ruhend auf unterschiedlichen wöchentlichen Arbeitszeiten – zwischen den Dres. med. E.\_\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_\_ bereits über fünf Stunden pro Tag betragen.

Auch hinsichtlich der Restarbeits- und -leistungsfähigkeit in einer adaptierten Verweistätigkeit stimmen die Angaben der Dres. med. E.\_\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_\_ nicht restlos überein. Während Dr. med. E.\_\_\_\_\_ die Auffassung vertrat, dass auch in einer Verweistätigkeit eine Leistungsminderung von 10 % zu attestieren sei, hielt Dr. med. M.\_\_\_\_\_ dafür, dass Verweistätigkeiten mit vermehrtem Herumgehen und ohne dauerhaftes Stehen am Ort vollschichtig zumutbar seien. Aufgrund dieser, wenn auch nur geringfügigen Diskrepanz sind ebenfalls weitere, die nötige Klarheit schaffende Abklärungen notwendig. Diese haben sich insbesondere zur Frage nach dem tatsächlich noch zumutbaren Umfang einer allfälligen Verweistätigkeit und nochmals zum – damit in Zusammenhang stehenden – Zumutbarkeitsprofil aus medizinisch-theoretischer Sicht zu äussern, damit rechtsgenügend festgestellt werden kann, ob dem Beschwerdeführer aufgrund des Zumutbarkeitsprofils auf dem – bei der Beurteilung der Erwerbs(un)fähigkeit zu unterstellenden – ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 8 ATSG) ein genügende Auswahl verschiedener möglicher Tätigkeiten offen steht (vgl. BGE 110 V 273 Erw. 4b S. 276; vgl. hierzu auch Urteile des EVG I 858/05 vom 6. April bzw. I 332/06 vom 23. Juni 2006 sowie des Bundesgerichts U 232/06 vom 6. März 2007).

Sollten die Abklärungen ergeben, dass der Beschwerdeführer im Falle der Verwertung der ihm zumutbaren Restarbeitsfähigkeit ein rentenausschliessendes Invalideneinkommen von mehr als 60 % des massgebenden Valideneinkommens erzielen könnte und bereits dieser Prozentvergleich zweifelsfrei ergeben würde, dass dem Versicherten kein Invalidenrentenanspruch mehr zusteht, würde sich die Durchführung eines bezifferten Einkommensvergleiches (BGE 114 V 313 Erw. 3a mit Hinweisen) weiterhin erübrigen (vgl. hierzu Urteil I 816/05 des EVG vom 7. Juni 2006, E. 4.3). Schliesslich ist in diesem Zusammenhang beizufügen, dass im Gebiet der Invalidenversicherung allgemein der Grundsatz "(Selbst-)Eingliederung vor Rente" gilt (vgl. zum Ganzen BGE 113 V 22 E. 4a mit Hinweisen; ZAK 1989 S. 321 Erw. 4a). Sollte dem Beschwerdeführer allenfalls eine berufliche Neueingliederung in einer anderen als der bisher ausgeübten Tätigkeit aufgrund seiner Selbsteingliederungspflicht zumutbar sein, so wären für die Bemess-

sung des Invalideneinkommens im Rahmen des Einkommensvergleichs gemäss Art. 16 ATSG die im neuen Tätigkeitsbereich – bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage – vorhandenen Verdienstmöglichkeiten massgebend.

**4.8** Hinsichtlich des Zeitpunkts der Aufhebung der Rente ist bereits im vorliegenden Entscheid Folgendes festzustellen: Obwohl Dr. med. M.\_\_\_\_\_ am 7. Juni 2009 ausgeführt hatte, dass es seit dem Jahre 2001 zu einer nachhaltigen und anhaltenden Besserung des Gesundheitszustandes gekommen sei und seit 2003 keine relevanten Ulcerationen mehr dokumentiert seien, lässt sich aufgrund der Ausführungen von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ in dessen Bericht vom 18. April 2008 nicht beanstanden, dass als Datum der Verbesserung der 29. Januar 2008 anzunehmen ist. Mit Blick auf die seit langer Zeit anhaltende Verbesserung der labilen pathologischen Geschehen ist jedoch darauf hinzuweisen, dass das Datum der Verbesserung des Gesundheitszustands entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers zweifelsfrei zu seinen Gunsten ausgefallen ist.

## 5.

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzustellen, dass aufgrund der grundsätzlich schlüssigen und überzeugenden Berichte der Dres. med. E.\_\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_\_ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine rentenrelevante Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist, jedoch deren Ausmass sowohl in der angestammten als auch in einer allfälligen Verweistätigkeit nicht rechtsgenügend und widerspruchsfrei erstellt ist. Somit beruht die angefochtene Verfügung vom 11. August 2008 auf einem teilweise unvollständig ermittelten Sachverhalt und ist daher eine rechtskonforme Beurteilung des Rentenanspruchs im vorliegend zu beurteilenden Verfahren nicht möglich. Die Beschwerde vom 12. September 2008 ist demnach insoweit gutzuheissen, als dass die angefochtene Verfügung vom 11. August 2008 aufzuheben und die Sache im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen ist; soweit weitergehend ist die Beschwerde abzuweisen (vgl. E. 2.3 hiervor).

## 6.

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

**6.1** Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da der Beschwerdeführer hinsichtlich der zumindest implizit geltend gemachten Verletzung des Anspruchs auf Akteneinsicht (vgl. E. 2.1 und 2.3 hiervor) nur zu einem geringen Teil unterliegt und eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), ist dem Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 300.-- zurückzuerstatten. Den Vorinstanzen werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

**6.2** Dem nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist. Als Bundesbehörde hat die Vorinstanz ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 3 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

### **Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde vom 12. September 2008 wird, soweit sie nicht gegenstandslos geworden ist, in dem Sinn gutgeheissen, als dass die angefochtene Verfügung vom 11. August aufgehoben wird und die Sache im Sinne der Erwägungen zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird. Soweit weitergehend wird die Beschwerde abgewiesen.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 300.-- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

**3.**

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. \_\_\_\_\_)
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Michael Peterli

Roger Stalder

### **Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss den Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG, SR 173.110) gegeben sind. 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 die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (vgl. Art. 42 BGG).

Versand: