

BVGer C-187/2015 vom 17. März 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-03-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-187_2015

FR: TAF C-187/2015 du 17 mars 2017

IT: TAF C-187/2015 del 17 marzo 2017

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 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). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (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]).

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gestützt auf Art. 3 Bst. dbis VwVG findet dieses Gesetz in Sozialversicherungssachen jedoch keine Anwendung, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist, was gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG für die Invalidenversicherung (Art. 1a-26bis und 28-70) zutrifft, soweit das IVG nicht ausdrücklich davon abweicht.

E. 1.3

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a i.V.m. Art. 60 ATSG und Art. 50 Abs. 1 sowie 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung (IV-act. 56) ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ergibt sich, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Den Eventualantrag, die IVSTA sei zu verpflichten, Eingliederungsmassnahmen durchzuführen, bezeichnet der Beschwerdeführer in seiner Replik als gegenstandslos. Im Übrigen ist auf die Beschwerde einzutreten.

E. 1.4

Das Bundesverwaltungsgericht prüft im vorliegenden Verfahren 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).

E. 2

Im Folgenden sind die im vorliegenden Verfahren im Wesentlichen anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger der Republik Serbien. Zwischen 1990 und Ende April 2010 lebte er in der Schweiz. Hernach kehrte er in seinen Heimatstaat zurück. Erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. November 2014, welche die Aufhebung des Rentenanspruchs ab 1. Januar 2015 zum Inhalt hat, verlegte er seinen Wohnsitz am 12. Januar 2015 wieder in die Schweiz. Auf serbische Staatsangehörige, die ihren Wohnsitz in Serbien haben, kommt das im Verhältnis zur Republik Serbien bis heute gültige Abkommen vom 8. Juni 1962 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung (SR 0.831.109.818.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) zur Anwendung (vgl. BGE 139 V 263 E. 3). Nach Art. 2 des Sozialversicherungsabkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Sozialversicherungsabkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Demnach beantwortet sich die Frage, ob der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine ganze schweizerische Invalidenrente hat, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 4 des Sozialversicherungsabkommens).

E. 2.2

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Anspruch auf eine Teilrente besteht ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 40%, wobei bei einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% Renten nur an Versicherte ausbezahlt werden, die ihren Wohnsitz oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben (vgl. zum Ganzen Art. 28-29 IVG sowie Art. 8 Bst. e des Sozialversicherungsabkommens; vgl. etwa das Urteil C-5206/2013 des Bundesverwaltungsgerichts vom 20. Februar 2015, E. 2.5).

E. 2.3

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; Art. 86ter-88bis der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]).

E. 2.3.1

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den - den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden - Tatsachen. Eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die

ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 136 [Urteil 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013] E. 6.1.3 m.H.). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11).

E. 2.3.2

Als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht, und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (vgl. BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.).

E. 2.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195 f.). Im Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 40 des Bundesgesetzes vom 4. Dezember 1947 über den Bundeszivilprozess [BZP, SR 273] i.V.m. Art. 19 VwVG). Dies bedeutet, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 137 V 210 E. 6.2.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So weicht der Richter bei Gutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Verwaltung und der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Eine abweichende Beurteilung kann etwa gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäußerungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 f. m.w.H.). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet und in

sich widerspruchsfrei sind, und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 353 f.).

E. 3

Anfechtungsobjekt des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet die Verfügung vom 18. November 2014, mit welcher die Vorinstanz die seit September 2006 ausgerichtete ganze Rente per 1. Januar 2015 aufhob. Streitig und zu prüfen ist primär, ob die Voraussetzungen für eine Rentenrevision gegeben waren. In Frage steht insbesondere, ob die IVSTA aufgrund der vorliegenden Arztberichte zu Recht davon ausgegangen ist, dass eine massgebliche Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten ist, die dem Beschwerdeführer die Aufnahme einer der Behinderung angepassten Tätigkeit im Umfang von 100% zumutbar machte, wodurch gemäss Einkommensvergleich kein Anspruch mehr auf Ausrichtung einer Invaliditätsrente besteht. Die Frage, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung (Verfügungen vom 7. November 2008 und vom 18. Dezember 2008) bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen, angefochtenen Verfügung vom 18. November 2014.

E. 3.1

Die IV-Stelle koordinierte den rentenzusprechenden Entscheid im Jahr 2008 mit der SUVA, da die Zusprechung der Rente gestützt auf reine Unfallfolgen erfolgte (vgl. C-act. 27). Auf die Einholung einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) wurde bei dieser Sachlage verzichtet (vgl. C-act. 27/3). Den zwischen September 2005 (C-act. 5/65 f.) und Januar 2008 (C-act. 20/11-21) erstellten medizinischen Berichten sind für den Verfügungszeitpunkt im Wesentlichen folgende Diagnosen zu entnehmen: Status nach Unfall vom (...) 2005: Traumatische Hirnverletzung mit mehrfragmentärer Impressionsfraktur okzipital, Kompression des Sinus sagittalis und Felsenbeinfraktur rechts, Subduralhämatom links frontoparietal. Thrombose des Sinus sagittalis superior. - (...) 2005 Kraniektomie und Evakuation des Subduralhämatoms - (...) 2006 Reimplantation Knochendeckel - (...) 2007 Palacos-Plastik nach Knochendeckelnekrose Mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung mit Einschränkungen der Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen sowie psychische Symptomatik (Depressivität, Ängste) im Rahmen eines postkontusionellen Syndroms (ICD-10: F07.2). Einengung des Denkens auf die körperliche Befindlichkeit, generalisierte und körperbezogene Ängste, Grübeln über die Zukunft. Angstneurotisches und depressives Zustandsbild im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) Chronisch rezidivierende Kopfschmerzen Rechtsseitig residuelle Hemianopsie und visueller Neglect Einschlaf- und Durchschlafstörungen Ohrgeräusche beidseits Kribbeln an der Fusssohle links Fluktuation Stirn links Zur Fahreignung führte die Rehaklinik D. _____ mit Austrittsbericht vom 31. Januar 2008 (C-act. 20/11-13) aus, diese sei entgegen der ophthalmologischen Beurteilung vom 28. September 2007 durch Dr. P. _____ (Facharzt FMH für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie) (C-act. 18/50 f.) aus neuropsychologischer Sicht nicht gegeben, vor allem wegen der kognitiven Verlangsamung sowie des rechtsseitigen visuellen Neglects. Zur Arbeitsfähigkeit wurde vermerkt, es liege eine mittelschwere bis schwere kognitive Leistungsminderung infolge psychischer und neuropsychologischer Funktionsstörung vor, welche Folge einer primär hirnorganischen Schädigung sei. Die Tätigkeit als Bauarbeiter sei aktuell nicht zumutbar, da die Anforderungen zu hoch seien. Es bestehe eine ärztlich

attestierter Arbeitsunfähigkeit von 100% ab dem 23. Januar 2008. Auch andere berufliche Tätigkeiten seien aktuell nicht zumutbar. Zur Tagesstrukturierung wurde eine angepasste, leichte Arbeit mit verminderten Anforderungen bezüglich Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit in geschütztem Rahmen empfohlen.

E. 3.2

Die vorliegend angefochtene Verfügung vom 18. November 2014 stützt sich in medizinischer Hinsicht auf das polydisziplinäre Gutachten der Rehaklinik D. _____ vom 13. Februar 2014 (IV-act. 27) und der dazu eingereichten Ergänzung vom 11. Juli 2014 (IV-act. 39). Im Übrigen wurden Stellungnahmen des medizinischen Diensts vom 7. und 25. März 2014, 29. Juni 2014 und 1. September 2014 (IV-act. 30, 31, 34, 45) berücksichtigt.

E. 3.2.1

Das Gutachten der Rehaklinik D. _____ basiert auf einer neurologischen, einer psychiatrischen und einer neuropsychologischen klinischen Untersuchung des Beschwerdeführers vom 23. Oktober 2013 inklusive Laboranalyse und ergo- und physiotherapeutischer Befunderhebung. Darin wurden die vorhandenen medizinischen Akten (Arztberichte, Bilddokumentation, Laborbefunde) analysiert, eine Anamnese von dessen Beschwerden erhoben, die Befunde dargelegt und eine Würdigung vorgenommen.

E. 3.2.1.1

Aus neurologischer Sicht wird insbesondere festgestellt, in der klinisch-neurologischen Untersuchung seien keine reproduzierbaren oder objektivierbaren neurologischen Ausfälle erhebbar. Der Versicherte habe Dysästhesien beziehungsweise leichte Hyperpathien (Schmerzüberempfindlichkeiten) im Bereich der Palacos-Plastik und okzipital im Kopfbereich links angegeben, sowie Kribbelmissempfindungen im Bereich beider Füsse mit Linksbetonung. Es sei kein klinischer Hinweis auf das Vorliegen einer Polyneuropathie und kein Hinweis auf eine ataktische Störung, wie sie bei Schädigungen im Kleinhirnbereich auftreten könne, nachweisbar. Unter Berücksichtigung der Definition von Kopfschmerzleiden entsprechend der Internationalen Kopfschmerzgesellschaft sei beim Versicherten ein episodischer, leichter bis höchstens mittelschwerer Kopfschmerz vom Spannungstyp als dauerhafte Folge der Kopfverletzung des Jahres 2005 und der nachfolgend erforderlichen Schädeloperationen anzunehmen (IV-act. 27/25). Die durchgeführten neuropsychologischen Untersuchungen hätten Befunde ergeben, die isoliert ausgewertet einen Schweregrad einer Beeinträchtigung von "mittelschwer" annehmen liessen. Unter Berücksichtigung der nur knapp unauffälligen Resultate der durchgeführten Symptomvalidierungstests, des ermittelten kognitiven Leistungsprofils und der widersprüchlichen Ergebnisse in bestimmten Einzeltests sei beim Versicherten jedoch von einer besseren kognitiven Leistungsfähigkeit auszugehen, als im Rahmen einer "mittelschweren neuropsychologischen Störung" zu erwarten wäre (IV-act. 27/25). Die neurologische Integration der klinisch-neurologischen Untersuchungsbefunde, der Ergebnisse der neuropsychologischen Testungen im Oktober 2013 und der für diese neurologische Begutachtung angeforderten kernspintomografischen Bildgebung des Kopfes des Versicherten lasse eine mittelschwere oder höhergradige neuropsychologische Störung nach den Kriterien der SUVA-Tabellen zur Integritätsentschädigung beim Versicherten nicht begründen (IV-act. 27/26). Die Befunde der neuropsychologischen Untersuchung im (...)spital Q. _____ vom 7. April 2009 korrelierten am besten mit den lediglich geringfügigen und eher rindennahen Schädigungszeichen im Bereich der

Kleinhirnhemisphären. Auch unter Berücksichtigung neuerer medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse bezüglich der Beteiligung des Kleinhirns und seiner benachbarten Strukturen an der kognitiven Leistungsfähigkeit, seien die leichtgradigen Strukturauffälligkeiten und wahrscheinlich posttraumatischen Vernarbungen im Bereich des Kleinhirns des Versicherten nicht für höhergradig kognitive oder neuropsychologische Einbussen verantwortlich einzuschätzen. Die Beobachtung von Inkonsistenzen während der neuropsychologischen Untersuchung korrelierte auch mit verschiedenen Inkonsistenzen im Verhalten und der Präsentation des Versicherten während der klinisch-neurologischen Untersuchung (IV-act. 27/26). Die von ihm präsentierten Einschränkungen (Stocken der Sprache, unterschiedliche Angaben betreffend Lateralisierung der Knochenleitung, rudernde Mitbewegung beider Arme beim Seiltänzerengang) seien nicht typisch für in der Neurologie als Folge von Hirnschädigungen bekannte Störungen. Insgesamt seien trotz der aufgrund des aktuellen MRIs am ehestens anzunehmenden geringfügigen Kleinhirnschädigung beim Versicherten in der klinisch-neurologischen Untersuchung keine erheblichen Auffälligkeiten feststellbar gewesen, welche auf eine relevante Kleinhirnschädigung hinweisen könnten. In Bezug auf die Okulomotorik sei kein wesentliches Residuum der früher beschriebenen Abduzensparese links mehr feststellbar gewesen (IV-act. 27/26). Die von neuroradiologischer Seite im MRI des Kopfes beschriebene leichte Erweiterung der äusseren Liquorräume fronto-parietal links sei nicht im Sinne einer wahrscheinlichen Unfall-Spätfolge zu werten. Dieser Befund zeige auch nicht das Ausmass, wie es in der medizinisch-wissenschaftlichen Literatur für einen demenziellen Prozess beschrieben werde. Die beim Versicherten erkennbaren Hyperdensitäten im Bereich der Basalganglien seien in der kernspintomographischen Bildgebung nicht in ausgeprägter Form nachweisbar gewesen, weshalb kein demenzieller Prozess und kein Krankheitsbild wie bei einer Fahr'schen Erkrankung anzunehmen sei. Unter Berücksichtigung der vielfältigen unspezifischen Beschwerden (unter anderem Ohrgeräusch, Kopfweh, leichte Erschöpfbarkeit) erscheine das Beschwerdebild des Versicherten wie ein neurasthenisches Störungsbild, das nicht als neurologische Unfallfolge angesehen werden könne. Die vorliegenden medizinischen Dokumente und die im Oktober 2013 erhobenen Befunde liessen die subjektiven Beschwerden des Versicherten nicht mit neurologischen organischen Gesundheitsschädigungen erklären (IV-act. 27/27). Zusammengefasst sei der Versicherte, ausschliesslich unter Berücksichtigung der organischen und objektivierbaren Unfallfolgen, in Tätigkeiten mit mittelhohen bis hohen Ansprüchen an die intellektuelle Leistungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt. Die ergo- und physiotherapeutischen Befunderhebungen liessen hingegen keine wesentliche Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit des Versicherten erkennen; die erfragte Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit habe erheblich niedriger gelegen als die in der Abklärung ermittelte Leistungsfähigkeit (IV-act. 27/28; vgl. auch IV-act. 27/73). Somit sei medizinisch-theoretisch unter Berücksichtigung der vorliegenden anamnestischen Angaben und erhobenen Befunde eine zeitlich und leistungsmässig nicht eingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer wechselbelasteten leichten bis mittelschweren körperlichen Tätigkeit festzustellen.

E. 3.2.1.2

Das psychiatrische Teilgutachten (IV-act. 27/37-58) stellte zum psychopathologischen Zustand des Beschwerdeführers Folgendes fest: "Wach und allseits orientiert, insbesondere auch recht präzise Erinnerung an Details der Abklärungen anlässlich der Hospitalisation in

D._____ 2008, prompt Auffassung, problemlose sprachliche Verständigung, kognitiv keine Fehlleistungen im Laufe des Gesprächs beobachtbar, keine objektiven Zeichen der Ermüdung oder einer speziellen emotionalen Auslenkung, emotional offen wirkend, auf den Untersucher adäquat bezogen, Grundstimmung ausgeglichen, durchaus entspannt bis streckenweise fast heiter angeregt wirkend, emotionale Schwingungsfähigkeit erhalten, Gedankengang formal und inhaltlich unauffällig, stark mit dem Konzept identifiziert, sich konsequent schonen zu müssen, mit entsprechender Selbstlimitierung, keine Hinweise auf relevante Ängste im Sinne einer Angststörung, keine Anhaltspunkte für Zwänge, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Sowohl die beobachtbare Psychomotorik wie auch die inhaltlichen Angaben über Tagesablauf, Interessen, soziale Kontakte und Sexualität schliessen eine fassbare depressive Verstimmung aus, auch keinerlei Anhaltspunkte für eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine spezifische unfallbezogene Angststörung" (IV-act. 27/47 f.). Aktuell würden sich keine Hinweise auf eine gegenwärtige syndromale psychische Störung finden (IV-act. 27/55). In ausgesprochener Weise bestehe eine schon lange eingeschliffen wirkende dysfunktionale Bewältigungsstrategie im Sinne einer Selbstlimitierung. Der Versicherte wolle konsequent Belastungen aus dem Weg gehen und glaube, als Warnsymptome eine gewisse Missempfindung in der Muskulatur der Oberschenkel mit Ausstrahlung nach weiter unten zu erkennen (IV-act. 27/56). Insgesamt sei von einer ausgesprochenen Vermeidungshaltung zu sprechen. Die angegebenen körperlichen Warnzeichen in der Muskulatur der Beine könnten psychiatrisch nicht näher klassifiziert werden. Es würden keine genügenden Hinweise für das Vorliegen einer somatoformen Störung bestehen. Hinsichtlich der Persönlichkeitsstruktur wirke der Versicherte relativ passiv, zeige wenig Initiative, sei wahrscheinlich generell dazu geneigt, Schwierigkeiten im Leben durch Ausweichen und Vermeidung zu begegnen. Allenfalls sei von leicht akzentuierten Charakterzügen zu sprechen (ICD-10: Z73.1), nicht jedoch von einer Persönlichkeitsstörung (IV-act. 27/56). Dem Versicherten wäre daher grundsätzlich alles zuzumuten, was ihm aus somatischer Sicht zumutbar sei. Er habe sich durch lange Inaktivität und Selbstlimitierung in seiner Situation eingerichtet, was eine Verhaltensänderung de facto nicht einfach machen werde, doch sei ihm eine diesbezügliche Willensanstrengung zumutbar (IV-act. 27/57).

E. 3.2.1.3

Dem neuropsychologischen Bericht (IV-act. 27/59-67) ist als Diagnose eine unspezifische, bezüglich des Schweregrades nicht valide beurteilbare neuropsychologische Störung mit Minderleistungen insbesondere im Bereich der Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen infolge einer Schädigung des Gehirns (ICD-10: F07.8) sowie bei Vorliegen einer wahrscheinlichen Aggravation der Beschwerden zu entnehmen (IV-act. 27/67). Bei den beiden Untersuchungsterminen habe sich eine sehr schwankende kognitive Leistungsfähigkeit gezeigt. Zeitweise habe der Versicherte im Verlauf der Testung deutlich schmerzgeplagt gewirkt, zwischenzeitlich habe er aber auch einen durchaus gelassenen und entspannten Eindruck gemacht (IV-act. 27/61). Er habe ein deutlich verlangsamtes Arbeitstempo und eine reduzierte kognitive Belastbarkeit und Ausdauer gezeigt (IV-act. 27/62). Bei der Untersuchung hätten sich deutliche Einschränkungen bei den Aufmerksamkeitsleistungen sowie bei einzelnen Exekutiv- und visuell-räumlichen Funktionen gezeigt. Leichtere Minderleistungen hätten bei den verbalen Gedächtnisleistungen bestanden. Im Rahmen der Verhaltensbeobachtung seien eine deutlich reduzierte Belastbarkeit und eine subjektive Schmerzbelastung mit zwischenzeitlich sehr leidender und schmerzgeplagter Haltung aufgefallen (IV-act. 27/65).

Affektiv habe der Versicherte während den neuropsychologischen Untersuchungen einen insgesamt stabilen Eindruck gemacht. Hinsichtlich ätiologischer Überlegungen seien neben der erlittenen traumatischen Hirnverletzung weitere Faktoren zu berücksichtigen. Zum einen sei die deutlich reduzierte kognitive Belastbarkeit zumindest teilweise durch eine gewisse Dekonditionierung aufgrund der im Alltag seit Jahren gezeigten ausgeprägten Schonhaltung mit Vermeidung jeglicher Anstrengung aus Angst vor möglichen Kopfschmerzen mitbedingt. Schliesslich hätten sich im Rahmen einer standardisierten Symptomvalidierung nach Slick et al. (1999) zur Beurteilung kognitiver Dysfunktionen Hinweise auf wahrscheinliche Aggravationstendenzen ergeben. Bei alleiniger Betrachtung der Testergebnisse würde man eine mittelschwere neuropsychologische Störung annehmen. Bei Vorliegen einer Aggravation sei die Plausibilität beziehungsweise Glaubhaftigkeit des Ausmasses der angegebenen Beschwerden oder der diagnostisch festgestellten Leistungseinbussen aber in Frage zu stellen. Das ermittelte kognitive Testprofil besitze hiermit nur geringe Aussagekraft. Der Schweregrad der neuropsychologischen Störung sei entsprechend schwierig einzuschätzen, aber auf jeden Fall geringer, als es das Testprofil darlege (IV-act. 27/66). Der Bericht schliesst damit, dass eine valide Einschätzung der beruflichen Funktionsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht aufgrund der wahrscheinlichen Aggravation der Beschwerden nicht erfolgen könne (IV-act. 27/67).

E. 3.2.2

Mit Ergänzung vom 11. Juli 2014 (IV-act. 39) führte die Rehaklinik D. _____ im Wesentlichen aus, aus neurologischer und psychiatrischer Perspektive sei im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung im Oktober 2013 eine deutliche Verbesserung des unfallbedingten Gesundheitszustands des Versicherten im Vergleich zum Zustand Ende des Jahres 2007 festzustellen gewesen. Eine mögliche Erklärung für diese Verbesserung sei der Heilungsverlauf nach der neurochirurgischen Operation, zuletzt am 23. April 2007 in Form der Palacos-Plastik links fronto-parietal. In den am 22. Oktober 2013 angeforderten MRIs seien eine Abheilung der nach dem Unfall beschriebenen Sinusthrombose und der dadurch verursachten Hirnparenchymschädigungen im Bereich der Kleinhirnhemisphären und eine komplikationslose Abheilung des zuletzt im April 2007 durchgeführten neurochirurgischen Eingriffs festzustellen. Es seien (lediglich noch) geringfügige residuelle Hirnparenchymschädigungen rindennah am okzipitalen Pol der linken Hirnhemisphäre und geringfügig im Bereich der Kleinhirnhemisphäre nahe dem Vermis feststellbar (IV-act. 39/2). Im neuropsychologischen Befund der Neurologie des [Spitals] Q. _____ sei bezüglich der Untersuchung vom 7. April 2009 eine deutliche Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit des Versicherten gegenüber den Befunden aus der Rehaklinik D. _____ vom Dezember 2007 festzustellen. Unter der hypothetischen Annahme, dass der Versicherte im Rahmen der Untersuchung bei der Begutachtung im Oktober 2013 eine optimale Leistungsbereitschaft gezeigt hätte, wäre rein aufgrund der Testergebnisse eine kognitive Leistungsverminderung im Ausmass einer mittelschweren Störung zu postulieren. Durch lic. phil. H. _____ sei jedoch dargelegt worden, dass ungewöhnliche Inkonsistenzen in der Leistungsfähigkeit gefunden worden seien; eine mittelschwere neuropsychologische Einbusse habe nicht valide nachgewiesen werden können. Da Hinweise auf eine Aggravation des Versicherten gefunden worden seien, müsse festgestellt werden, dass das bisher beste neurologische Ergebnis des Versicherten im Rahmen der Untersuchung im [Spital] Q. _____ die bis zum Jahr 2009 verbesserte kognitive Leistungsfähigkeit des Versicherten widerspiegle. Diese Sichtweise werde bestätigt durch die im MRI des Kopfes nachweisbaren, ausschliesslich geringfügigen

Hirnparenchymschädigungen, die keine neuropsychologische beziehungsweise kognitive Einbusse im Ausmass einer gesamthaft "mittelschweren Störung" erklären könnten (IV-act. 39/3). Die vom Versicherten angegebenen Gefühlsmissempfindungen und vermehrten Schmerzempfindlichkeiten im Bereich des Kopfes seien durch die Folgen der unfallbedingt notwendigen neurochirurgischen Eingriffe erklärbar; diese subjektiven Beschwerden könnten jedoch keine relevante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit begründen. Die übrigen Beschwerden seien als unspezifische Symptome einzuordnen, die weder auf eine definierbare Grunderkrankung noch auf objektivierbare Unfallfolgen hinweisen würden (IV-act. 39/6). Weitere Verbesserungen der unfallbedingten Gesundheitsschäden seien bezüglich der Sehfähigkeit und der Verarbeitungsfähigkeit von Seheindrücken, der Gesichtsfeldausfälle, sowie der (nicht mehr bestehenden) Notwendigkeit der regelmässigen (täglichen) Einnahme von Schmerzmedikamenten gegen Kopfweh und der Einnahme von Antidepressiva festzustellen (IV-act. 39/4). Die ausgesprochen inkonsistente Beschreibung des Kopfwehs weise auf eine nicht hohe Beeinträchtigung hin. Unter Berücksichtigung der organischen Unfallfolgen im Bereich des Gehirns müsste der Versicherte in der Lage sein, detaillierte Angaben zu Art, Ausmass, Lokalisation, Intensität und Häufigkeit zu machen (IV-act. 39/6).

E. 3.2.3

Der medizinische Dienst stellte insgesamt fest, die vormaligen klinisch-neurologischen Defizite hätten sich komplett zurückgebildet (IV-act. 30/2). Die für das Gutachten vorgenommene neurologische Untersuchung zeige im Vergleich zum Jahr 2005 eine eindeutige Verbesserung nach dem Wegfall der Hemiparese rechts, der Dysdiadochokinese, der Instabilität beim Gehen, der Diplopie und der Hemianopsie rechts. Aus neurologischer Sicht gebe es einzig eine Einschränkung bei Tätigkeiten mit hohen intellektuellen Anforderungen. In neuropsychologischer Hinsicht sei 2008 für die erste Zeit eine Verschlechterung beschrieben worden, die in den Kontext von kürzlich erfolgten Operationen gestellt worden sei. Im Gutachten sei eine Verschlechterung im Vergleich zur Untersuchung im Jahr 2009 festgehalten worden, wobei es sich mitunter nicht um dieselben Tests gehandelt habe und die Verschlechterung weder aus klinischer noch radiologischer Sicht erklärt werden könne. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung (IV-act. 31/3). Zwar würden im psychiatrischen Bereich noch Vermeidungsstrategien bestehen (Selbstlimitierung), insgesamt habe sich der Zustand des Versicherten aber gebessert. Die einst beschriebenen depressiven Zustände und die Angst seien nicht mehr nachweisbar, die posttraumatische Belastungsstörung habe wohl kaum je bestanden. Der Versicherte nehme seit Jahren keine psychiatrische Hilfe mehr in Anspruch (IV-act. 34/3). Eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Sturzgefahr sei ganztägig möglich (IV-act. 30/2). Mit dem Gutachten und der ergänzenden Stellungnahme der Rehaklinik D. _____ sei die Verbesserung des Gesundheitszustands gut dokumentiert. Verbleiben würden gewisse neuropsychologische Beeinträchtigungen, die die Annahme einer Arbeitsunfähigkeit für Aktivitäten mit hohen intellektuellen Anforderungen rechtfertigen würden (IV-act. 45).

E. 3.3

Die Vorinstanz schloss in der angefochtenen Verfügung gestützt auf die genannten Unterlagen auf eine massgebliche Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit dem 22. Oktober 2013. Die einst beschriebenen depressiven Zustände und die Angst seien nicht mehr nachweisbar. Den durch den Versicherten erhobenen Einwendungen entgegnete die IVSTA, das im Rahmen der Überprüfung des

Rentenrechts beigezogene, im Auftrag der SUVA von der Rehaklinik D. _____ im Frühjahr 2014 erstellte Gutachten sei eingehend geprüft worden. Es sei von anerkannten Spezialärzten aufgrund eingehender Beobachtung und Untersuchung unter Vornahme einer umfassenden Anamnese erstattet worden, wobei die geklagten Beschwerden berücksichtigt worden seien; zudem seien die Vorakten vollständig gewürdigt worden. Dem Gutachten komme volle Beweiskraft zu, so dass den Schlüssen der Gutachter gefolgt werden könne. Eine weitere neuropsychologische Begutachtung werde nicht durchgeführt. Die vorgetragenen Beschwerden, insbesondere die Elokutions- beziehungsweise Konzentrationsschwierigkeiten und Kopfschmerzen, seien von den Gutachtern berücksichtigt worden. Allerdings könne keine klare Ätiologie für die behauptete Verschlechterung nachgewiesen werden. Zwar werde nach wie vor ein neuropsychologischer Gesundheitsschaden anerkannt, weshalb intellektuell besonders anspruchsvolle Tätigkeiten als nicht zumutbar erachtet würden. Allerdings ergebe sich aus dem Gutachten klar, dass sich der Gesundheitszustand verbessert habe. So sei die Rückbildung der Hemianopsie klinisch belegt. Die geklagten Beschwerden müssten eher als Ausdruck der bekanntermassen gegebenen dysfunktionalen Krankheitsbewältigung im Sinne einer Selbstlimitierung angesehen werden. Aus medizinischer Sicht stehe der Aufnahme einer zumutbaren, leichten bis mittelschweren Tätigkeit nichts entgegen. Die gemachten Feststellungen liessen darauf schliessen, dass noch eine Gesundheitsbeeinträchtigung bestehe, die zu Funktionseinschränkungen führe. Es seien dies wechselnde, leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten, Heben bis maximal 5kg, keine Arbeiten mit hohen Ansprüchen an die intellektuelle Leistungsfähigkeit und keine Arbeiten mit Fallgefahr. Die Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit betrage 100%, jene in einer den Funktionseinschränkungen angepassten Tätigkeit 0% mit einer Verminderung der Erwerbsfähigkeit von 17%. Wie im Einkommensvergleich vom 17. Juli 2014 ausgeführt, sei kein leidensbedingter Abzug vorzunehmen. Dem Versicherten seien alle leichten bis mittelschweren Tätigkeiten zumutbar, die ohne Sturzgefahr verrichtet werden könnten und kein hohes intellektuelles Anforderungsprofil aufwiesen. Aus diesem Grund sei der Invalidenlohn im niedrigsten Anforderungsniveau 4 nach Lohnstrukturhebung (LSE) 2010 bestimmt worden. Der heute 32-jährige Versicherte habe noch 33 Berufsjahre bis zum Erreichen des AHV-Alters vor sich. Eine berufliche Neuorientierung in diesem Alter sei gängig und ohne wesentliche Einbusse möglich.

E. 3.4

Der Beschwerdeführer wendet auf Beschwerdeebene ein, das Gutachten weise gravierende innere Widersprüche und Fehler auf und sei nicht verwertbar. Insbesondere treffe nicht zu, dass nur geringfügige Hirnparenchymschädigungen rindennah und geringfügig im Bereich der Kleinhirnhemisphäre nahe dem Vermis feststellbar sein sollen. Erkennbar sei ausserdem eine Verschmächtigung des rechten Sinus transversus gegenüber links, die auch als Folge der Thrombosierung bezeichnet werde (vgl. S. 15 des Gutachtens). Diese Unfallfolge sei bei der Ergänzung zum Gutachten gänzlich unterschlagen worden. Die Beurteilung der neuropsychologischen Untersuchungen habe Befunde ergeben, die einen Schweregrad einer Beeinträchtigung von mindestens mittelschwer annehmen liessen. Das neuropsychologische Gutachten sei, wie es selber feststelle, unbrauchbar, da mit der Diagnose "unspezifische, bezüglich des Schweregrades nicht valide beurteilbare neuropsychologische Störung" eine nicht valide Beurteilung der neuropsychologischen Störung erfolgt sei. Es erstaune, dass ausserdem von einer wahrscheinlichen Aggravation gesprochen werde, während in den Beurteilungen zuvor dies als angstneurotisches

Verhalten im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung beurteilt worden sei, zumal auch die beschriebene Verlangsamung bei der Handkoordinationstestung einer Kleinhirnverletzung zuzuordnen sei. Es sei Aufgabe der Vorinstanz, diesen Bereich des Gutachtens noch einmal abzuklären, andernfalls der Untersuchungsgrundsatz gemäss Art. 43 ATSG verletzt werde. Im Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, der gleiche medizinische Sachverhalt werde im aktuellen Gutachten völlig anders beurteilt als im Austrittsbericht der Rehaklinik D. _____ vom 31. Januar 2008 (C-act. 20/11-13; IV-act. 21). Auch damals habe psychopathologisch eine starke Fixierung auf die körperlichen Symptome bestanden. Im aktuellen Gutachten sei festgestellt worden, dass bei ihm schon nach relativ kurzer Anstrengung eine Erschöpfung eintrete, die zu starken Kopfschmerzen, verbunden mit einem Konzentrationsverlust führe. Darauf sei auch die sehr schwankende kognitive Leistungsfähigkeit zurückzuführen. Gemäss Aussage des Testers sei er in seinem Arbeitsverhalten bemüht; bei der Testung hätten indessen ein deutlich verlangsamtes Arbeitstempo und eine reduzierte kognitive Belastbarkeit und Ausdauer festgestellt werden können. Zudem seien bei der neuropsychologischen Untersuchung deutliche Einschränkungen bei den Aufmerksamkeitsleistungen sowie bei den einzelnen Exekutiv- und visuell-räumlichen Funktionen erhoben worden und bei der computerisierten Gesichtsfeldprüfung sei es zu Auslassungen im Gesichtsfeld gekommen. Die vorliegenden Befunde seien vergleichbar mit den Vorbefunden vom 21. Januar 2008 (C-act. 20/18-21; IV-act. 22), was im Gutachten auch so festgehalten worden sei. Dass er keine genauen Angaben zum Schweregrad und zur Häufigkeit des Auftretens von Kopfweh machen können, sei aufgrund der Schädigung im Kleinhirnbereich, bei der es zu Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten komme, absolut nachvollziehbar. Da der Wirkstoff Ibuprofen in hoher Konzentration im Blut nachgewiesen worden sei, sei klar, dass er sehr häufig unter starkem Kopfweh leide; es sei nicht nachvollziehbar, dass im Gutachten von nur episodischen, leichten bis höchstens mittelschweren Kopfschmerzen ausgegangen werde. Widersprüchlich sei die Aussage der Gutachter, dass die Ibuprofenkonzentration zu tief sei. Bezüglich der Kopfschmerzen hätte eine genaue Beurteilung erfolgen müssen. Die ungenaue Beantwortung von Fragen nach den Kopfschmerzen lasse keinen Rückschluss auf eine nur leichte schmerzbedingte Beeinträchtigung zu. Im Übrigen sei einer Hirnverletzung das Risiko einer Spätfolge im Sinne einer hirndegenerativen Veränderung und sonstiger Spätfolgen inhärent. Die vorliegenden Hirnkontusionen entsprächen dauerhaften Schädigungen. Kontusierete Hirnsubstanz bleibe für immer zerstört und werde teilweise durch unspezifisches Gewebe in Form von Narben ersetzt. Verloren gegangene Funktionen des zerstörten Hirnteils könnten allerdings von anderen Hirnregionen unter Umständen wenigstens teilweise funktionell kompensiert werden. Auf diese Weise könne ein Hirngeschädigter von seiner Umgebung als funktionierender Mensch wahrgenommen werden, dem man seine Verletzungen vordergründig nicht zwingend anmerken müsse. Die Beurteilung, wonach eine zunehmende Verschlechterung von Testresultaten nicht durch die Hirnverletzung bedingt sein könne, sei daher falsch. Die angebliche Verbesserung stütze sich auf die neuropsychologische Untersuchung. Deren Beschwerdevalidierungstests seien "gerade eben noch normwertig" ausgefallen. Trotz Resultaten, die für eine mittelschwere neuropsychologische Einbusse sprechen würden, komme die Gutachterin zum Schluss, eine solche liege nicht vor. Dies sei nicht nachvollziehbar. Nach dem Gesagten sei offensichtlich, dass der neuropsychologische Gutachtensteil als Beweismittel nicht taue, weshalb ein neues neuropsychologisches Gutachten erstellt werden müsse. Für den Fall einer Bestätigung der Einschätzung der IVSTA durch das Gericht ersucht der

Beschwerdeführer eventualiter um Gewährung eines leidensbedingten Abzugs vom Invalideneinkommen von 25%. Dies begründet er damit, dass er als Bauisoleur Schwerarbeit verrichtet habe und durch die erheblichen Kopfverletzungen kognitiv und physisch eingeschränkt sei. Versicherten, die in ihrer letzten Tätigkeit solche Arbeit verrichtet hätten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nur beschränkt einsatzfähig seien, wodurch sie in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichten, sei ein leidensbedingter Abzug in der Höhe von 25% zu gewähren.

E. 4

Nach umfassender Prüfung der Akten kommt das Bundesverwaltungsgericht zu nachstehenden Schlussfolgerungen:

E. 4.1

Der Beschwerdeführer moniert, dem eingeholten Gutachten, oder jedenfalls dem neuropsychologischen Teil, komme keine Beweiskraft zu. Damit macht er eine ungenügende Feststellung des Sachverhalts geltend. Diese Rüge erweist sich als unbegründet. Das Gutachten der Rehaklinik D. _____ erfüllt sämtliche Anforderungen, die an den Beweiswert gestellt werden (vgl. BGE 137 V 210 E. 6.2.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Es ist aus neurologischer, neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht umfassend, beruht auf einer ausführlichen Anamnese und Untersuchung des Beschwerdeführers und berücksichtigt die Vorakten. Im Gutachten, ergänzt durch die Stellungnahme vom 11. Juli 2014, werden unter Bezugnahme auf frühere Arztberichte und eine kritische Würdigung derselben wohlbegründete Diagnosen gestellt. Die Schlüssigkeit des Gutachtens wird auch durch die erhobenen Einwände nicht in Frage gestellt. Der Beschwerdeführer legt insbesondere nicht dar, weshalb sich aus der in der Ergänzung vom 11. Juli 2014 nicht erwähnten geringfügigen Verschmächtigung des rechten Sinus transversus gegenüber links anders als im Gutachten dargestellt eine wesentliche Einschränkung ergeben soll. Im neuropsychologischen Bericht wird sodann nachvollziehbar aufgezeigt, dass anlässlich der Untersuchung vom 21. Januar 2008 im Gegensatz zur aktuellen Untersuchung keine Symptomvalidierung durchgeführt worden ist (IV-act. 27/66) und das nun ermittelte kognitive Testprofil aufgrund der vorhandenen Aggravationstendenzen nur geringe Aussagekraft besitzt, weshalb aus den Testergebnissen nicht vorbehaltlos auf eine Diagnose geschlossen werden darf (vgl. IV-act. 27/65 f.). Die schliesslich gestellte Diagnose der unspezifischen neuropsychologischen Störung wird hinreichend begründet; sie stützt sich darauf, dass neuropsychologische Beeinträchtigungen bestehen, die die Annahme einer Arbeitsunfähigkeit für Aktivitäten mit hohen intellektuellen Anforderungen begründen, dass sich jedoch gleichzeitig gewisse durch den Beschwerdeführer angegebene Beschwerden mit neurologischen organischen Gesundheitsschädigungen nicht erklären lassen. Eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes der Vorinstanz kann demnach nicht festgestellt werden. Aus den Akten ergibt sich damit keine Notwendigkeit einer weiteren neuropsychologischen Begutachtung. Die vorgenommene Begutachtung des Beschwerdeführers erscheint als sachgerecht und das Gutachten als uneingeschränkt beweistauglich, weshalb formell vollumfänglich darauf abgestellt werden kann.

E. 4.2

Nach dem vorliegenden Gutachten hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Ende 2007 deutlich verbessert. Weiter wird ausgeführt, dass bereits durch das [Spital] Q._____ am 7. April 2009 eine deutliche Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit des Versicherten gegenüber den Befunden aus der Rehaklinik D._____ vom Dezember 2007 festgestellt worden sei. Bei der aktuellen Begutachtung handelt es sich demnach nicht lediglich um eine andere Beurteilung eines gleichgebliebenen medizinischen Sachverhalts. Das Gutachten zeigt vielmehr auf, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Vergleich dazu, wie er sich im Zeitpunkt des Erlasses der Erstverfügungen Ende 2008 präsentierte, erheblich verbessert hat. Hinsichtlich der Kopfschmerzproblematik wird im Gutachten ebenfalls klar begründet, dass auch unter Berücksichtigung der organischen Unfallfolgen im Bereich des Gehirns vom Beschwerdeführer eine konsistente Beschreibung zu erwarten gewesen wäre, zumal aus der Konzentration von Ibuprofen im Blut allein nicht auf die Häufigkeit und Stärke der Kopfschmerzen geschlossen werden kann. Die medizinische Untersuchung und die Laborergebnisse weisen auf einen episodischen, leichten bis höchstens mittelschweren Kopfschmerz vom Spannungstyp hin. Aus dem eingereichten Artikel in der HAVE kann der Beschwerdeführer nichts Gegenteiliges ableiten. Im Rahmen der Symptomvalidierung (IV-act. 27/64 f.) ergab sich, dass beim Beschwerdeführer Aggravationstendenzen als wahrscheinlich gelten. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 142 V 342 E. 2.2.1 m.H.a. BGE 131 V 49). Zwar gilt eine Aggravation vorliegend nicht als gesichert, weshalb kein Ausschlussgrund im Sinne der Rechtsprechung vorliegt. Die festgestellten Tendenzen sind jedoch zu Recht in die medizinische Beurteilung eingeflossen und durch die Vorinstanz entsprechend berücksichtigt worden. Unbestritten geblieben sind Verbesserungen in psychiatrischer Hinsicht (keine depressiven Zustände, keine Angst mehr, kein Hinweis auf posttraumatische Belastungsstörung [vgl. C-act. 34]) und auch in (rein) somatischer Hinsicht (Verbesserung der Sehfähigkeit und der Verarbeitungsfähigkeit von Seheindrücken, kein Neglect, Verbesserung der Gesichtsfeldausfälle, Reduktion der Medikation [vgl. IV-act. 39]). Zusammenfassend ist die Einschätzung der Vorinstanz nicht zu beanstanden, wonach für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100% vorliegt, der Aufnahme einer ganztägigen leichten bis mittelschweren Tätigkeit unter Berücksichtigung gewisser Funktionseinschränkungen (wechselnde Arbeiten, Heben bis maximal 5kg, keine Arbeiten mit hohen Ansprüchen an die intellektuelle Leistungsfähigkeit und keine Arbeiten mit Fallgefahr) aber nichts entgegensteht.

E. 4.3

Replikweise beantragte der Beschwerdeführer den Beizug von Akten der Abklärungsstätte O._____ und reichte am 14. Juli 2015 deren Schlussbericht vom 10. Juli 2015 ein. Diesem zufolge erbrachte er im Rahmen der BEFAS-Abklärung vom 18. Mai bis 2. Juni 2015 keine verwertbare Arbeitsleistung. In der Symptompräsentation zeigte sich eine

Verdeutlichungstendenz und im Abklärungsteam entstand der Eindruck, dass vor allem eine Begehrenshaltung vorliege. Aufgrund von zum Teil grossen Inkonsistenzen auch bei vorherigen Abklärungen, kombiniert mit den Erfahrungen während der BEFAS-Abklärung, lasse sich gesamthaft die Rehabilitationsbereitschaft infrage stellen. Unglücklich daran sei, dass es dem Team der BEFAS aufgrund der Verdeutlichungstendenz und der Neigung zur Selbstlimitierung nicht möglich sei, konkrete Aussagen hinsichtlich der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu machen und es so auch unmöglich sei, berufliche Perspektiven zu erarbeiten. Nicht auszuschliessen sei selbstverständlich, dass er sehr wohl an den Folgen seines schweren Schädelhirntraumas leide. Das Ausmass hiervon lasse sich aber nicht objektivieren und hinsichtlich der Auswirkung auf die berufliche Leistungsfähigkeit substantiieren. Die Beurteilung des Gesundheitszustands und die Stellungnahme zur Frage, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten ein Versicherter arbeitsunfähig ist, ist Aufgabe des Arztes. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 115 V 134 E. 2; 114 V 314 E. 3c mit Hinweisen). Dabei obliegt die Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit den Ärzten, wogegen die von der IV-Stelle gegebenenfalls heranzuziehenden Fachleute der Berufsberatung bestimmen können, welche ganz konkreten beruflichen Tätigkeiten aufgrund der ärztlichen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen. Die rein wirtschaftlichen und rechtlichen Beurteilungen, insbesondere im Zusammenhang mit der Bestimmung der Erwerbsfähigkeit, obliegt dagegen der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht (vgl. zum Ganzen das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-965/2016 vom 29. August 2016, E. 2.7 m.w.H.). Der Bericht ändert an der im Gutachten und durch die Ärzte des medizinischen Diensts vorgenommenen fachärztlichen Beurteilung der Leistungsfähigkeit nichts. Er bestätigt das Gutachten insofern, als Leistungsinkonsistenzen und eine Neigung zur Selbstlimitierung konstatiert werden. Zudem wird seitens der BEFAS festgehalten, dass keine verwertbare Arbeitsleistung erbracht worden sei. Damit wird das medizinisch-theoretisch ausgewiesene Leistungspotenzial des Beschwerdeführers jedoch nicht infrage gestellt. Insgesamt ist daher auch unter Berücksichtigung des Berichts auf die von der Vorinstanz vorgenommene Einschätzung der Erwerbsfähigkeit abzustellen.

E. 4.4

Bei einer Rentenrevision ist der Einkommensvergleich auf den Zeitpunkt hin durchzuführen, auf den die laufende Rente frühestens verändert werden kann (vgl. Urteil des BGer 9C_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1). Hier ist der Zeitpunkt des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats massgebend (Art. 88bis Abs. 2 Bst. a IVV), vorliegend der 1. Januar 2015. Die Vorinstanz hat die Verminderung der Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers - zu dessen Gunsten - bezogen auf das Jahr 2010 berechnet (vgl. IV-act. 36). Sie ging von einem hypothetischen monatlichen Valideneinkommen von Fr. 5'480.66 (errechnet aus dem auf das Jahr 2010 aufgerechneten Jahreseinkommen von Fr. 63'964.- gemäss Einkommensvergleich vom 6. August 2008 [vgl. C-act. 27]) und einem monatlichen Invalideneinkommen von Fr. 4'570.07 (errechnet gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturserhebungen [LSE], LSE 2010 TA1, Männer, Anforderungsniveau 4, Durchschnitt aus den Werten für Tätigkeiten im Grosshandel, Detailhandel, in der Branche wirtschaftliche Dienstleistungen für Unternehmen und der Branche Reparatur von Gebrauchsgütern) aus, und stellte unter Verzicht auf einen leidensbedingten Abzug eine

Verminderung der Erwerbsfähigkeit von 17% fest ($[5'480.66 - 4'570.07 \times 100] : 5'480.66$). Dass die Vorinstanz angesichts der funktionellen Einschränkungen des Beschwerdeführers nicht alle Aktivitäten gemäss Anforderungsniveau 4 berücksichtigt hat, ist nicht zu beanstanden und kommt dem Beschwerdeführer entgegen, da sich dadurch ein tieferer Invalidenlohn ergibt. Auf die Berechnung ist daher im Grundsatz abzustellen. Bezogen auf Ende 2014 ergibt sich ausgehend von einem hypothetischen monatlichen Valideneinkommen von Fr. 5'663.76 (errechnet aus dem auf das Jahr 2014 aufgerechneten Jahreseinkommen von Fr. 63'964.- gemäss Einkommensvergleich vom 15. September 2004 [vgl. C-act. 27]) und einem monatlichen Invalideneinkommen von Fr. 5'008.81 (errechnet gemäss LSE 2014 TA1, Männer, Kompetenzniveau 1 [abrufbar unter <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/327886/master>], Durchschnitt aus den Werten für Tätigkeiten im Grosshandel, Detailhandel und in der Branche sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen für Unternehmen; die Branche Reparatur von Gebrauchsgütern wurde aufgrund statistisch unsicherer Daten nicht berücksichtigt) eine Verminderung der Erwerbsfähigkeit von lediglich 11.6% ($[5'663.76 - 5'008.81 \times 100] : 5'663.76$). Die Vorinstanz nahm angesichts der persönlichen und beruflichen Umstände des Falls, und insbesondere des jungen Alters des Versicherten im Moment der Zumutbarkeit der Verweistätigkeiten keinen leidensbedingten Abzug des Invalidenlohns vor. Vorliegend kann offen bleiben, ob eine Kürzung des Invalidenlohns angemessen wäre, denn selbst bei Vornahme des maximalen leidensbedingten Abzugs von 25% (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2) ergäbe sich ein IV-Grad von lediglich 33.67% (respektive gemäss Berechnung der Vorinstanz per 2010 37.5%), der keinen Anspruch auf eine Rente begründet (vgl. vorne E. 2.2). Nach dem Gesagten ergibt sich, wie von der Vorinstanz zutreffend festgestellt, dass seit dem 1. Januar 2015 kein Anspruch auf Rente besteht.

E. 4.5

Zusammenfassend ist die durch die Vorinstanz revisionsrechtlich vorgenommene Leistungskorrektur vollumfänglich zu schützen. Die IVSTA hat zu Recht festgehalten, dass die Voraussetzungen zur Gewährung einer Invalidenrente (derzeit) nicht erfüllt sind. Die Rügen des Beschwerdeführers dringen nach dem Gesagten nicht durch, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist, soweit sie nicht gegenstandslos geworden ist.

E. 5.1

Der Beschwerdeführer hat als unterliegende Partei die Verfahrenskosten zu tragen (vgl. Art. 63 Abs. 1 VwVG), welche auf Fr. 400.- festzusetzen sind (Art. 63 Abs. 4bis VwVG sowie Art. 1, 2 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Zur Begleichung dieses Betrags wird der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss verwendet.

E. 5.2

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario). Der obsiegenden Vorinstanz als Bundesbehörde ist ebenfalls keine Entschädigung auszurichten (vgl. Art. 7 Abs. 3 VGKE). (Dispositiv nächste Seite)