

BVGer C-2251/2018 vom 16. April 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-04-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2251_2018

FR: TAF C-2251/2018 du 16 avril 2020

IT: TAF C-2251/2018 del 16 aprile 2020

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 14. März 2018, mit der die Vorinstanz die bisher ausgerichtete halbe Invalidenrente des Beschwerdeführers auf der Grundlage von Art. 17 Abs. 1 ATSG revisionsweise aufgehoben hat. Streitig und zu prüfen ist, ob die Aufhebung der Rente der schweizerischen Invalidenversicherung zu Recht erfolgt ist bzw. ob die Vorinstanz den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

E. 3.1

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 14. März 2018) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein. Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1).

E. 3.2

Im Verhältnis Schweiz - Liechtenstein, das heisst bei (ehemaliger oder aktueller) Erwerbstätigkeit in der Schweiz und Wohnsitz in Liechtenstein, ist das Übereinkommen vom 4. Januar 1960 zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation zwischen den EFTA Staaten Schweiz, Island, Fürstentum Liechtenstein und Norwegen (SR 0.632.31;

nachfolgend: EFTA-Übereinkommen) anwendbar. Gemäss Art. 21 Bst. a des EFTA-Übereinkommens werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Nach Art. 1 Anhang K-Anlage 2 sind die Mitgliedstaaten überein gekommen, im Bereich der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit untereinander die Rechtsakte der Europäischen Union anzuwenden. Bis zum 31. Dezember 2015 waren somit die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1; kurz: VO Nr. 1408/71) und deren Durchführungsverordnung (EWG) Nr. 574/72 (SR 0.831.109.268.11; kurz: VO Nr. 574/72) anwendbar. Ab dem 1. Januar 2016 gelangen auch im Bereich des EFTA-Übereinkommens die (im Verhältnis zwischen der Schweiz und den Staaten der Europäischen Gemeinschaft bereits seit 1. Januar 2012 massgebenden) Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1; kurz: VO 883/2004) sowie (EG) Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11; kurz: VO 987/2009) des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der VO 883/2004 zur Anwendung. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich auch im Anwendungsbereich des Freizügigkeitsabkommens ausschliesslich auf-grund der schweizerischen Rechtsvorschriften, insbesondere dem IVG, der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201), dem ATSG sowie der entsprechenden Verordnung vom 11. September 2002 (ATSV, SR 830.11; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4 m. H.; BASILE CARDINAUX, § 7 Beweiserhebung im Ausland, in: Recht der Sozialen Sicherheit, 2014, S. 281 Rz. 7.23; Urteil des BVerfG C-998/2018 vom 19. Dezember 2019 E. 2.4. m. H.).

E. 3.3

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 14. März 2018 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 4.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 4.2

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

E. 4.3

Der Versicherungsträger kann auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG).

E. 4.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

E. 4.4.1

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3; 130 V 343 E. 3.5).

E. 4.4.2

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 m. H.). Ist dagegen eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGer 9C_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 m. H.).

E. 4.5

Als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte Beurteilung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und - bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens - Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108

E. 5.4; 130 V 343 E. 3.5.2). Dabei kommt einer Verfügung, welche die ursprüngliche Rentenverfügung bloss bestätigt, bei der Bestimmung der zeitlichen Vergleichsbasis keine Rechtserheblichkeit zu. Eine Revisionsverfügung gilt dann als Vergleichsbasis, wenn sie die ursprüngliche Rentenverfügung nicht bestätigt, sondern die laufende Rente aufgrund eines neu festgesetzten Invaliditätsgrades geändert hat (vgl. BGE 130 V 71 E. 3.2.3; 109 V 262 E. 4a).

E. 5.1

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 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 5.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m. H.). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

E. 5.3

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweismwürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die Stellungnahmen des RAD und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

E. 5.4

Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2;

9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je m. H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere 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 versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 m. H.; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht 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 vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 6

Im Hinblick auf eine Rentenrevision gestützt auf Art. 17 Abs. 1 ATSG ist vorliegend der Sachverhalt im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 8. August 2008 mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 14. März 2018 zu vergleichen und zu prüfen, ob in den für den Leistungsanspruch relevanten Tatsachen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchrelevanter Weise zu beeinflussen (vgl. E. 4.4 hiervor).

E. 6.1

Hinsichtlich des Referenzzeitpunkts ist festzuhalten, dass die ursprüngliche Verfügung vom 8. August 2008 (act. 25) gestützt auf eine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und entsprechender Beweiswürdigung sowie nach Durchführung eines Einkommensvergleichs erfolgte, wohingegen den Mitteilungen der IVSTA vom 18. August 2011 (act. 34) und 9. Dezember 2013 (act. 69) keine hinreichende materielle Prüfung der anspruchserheblichen Tatsachen vorausging. Aus diesem Grund bildet die Verfügung vom 8. August 2008 den massgebenden Ausgangszeitpunkt für die Prüfung der Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 14. März 2018 (Vergleichszeitpunkt) in anspruchrelevanter Weise verändert hat.

E. 6.2

Da die Mitteilungen der IVSTA vom 18. August 2011 und 9. Dezember 2013 die ursprüngliche Rentenverfügung bloss bestätigten, kommt ihnen, entgegen der Ansicht der IVSTA, bei der Bestimmung der zeitlichen Vergleichsbasis keine Rechtserheblichkeit zu (vgl. E. 4.5). Somit handelt es sich bei diesen Mitteilungen auch nicht um Verfügungen, welche in Wiedererwägung gezogen werden könnten.

E. 6.3

Beim Erlass der Verfügung vom 8. August 2008 (act. 25; Ausgangszeitpunkt) betreffend die Ausrichtung einer halben Invalidenrente ab 1. Juni 2006 stützte sich die Vorinstanz auf medizinische Berichte, denen sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen lässt:

E. 6.3.1

Dr. D._____, Facharzt für Anästhesie, hielt in seinem Bericht vom 9. Juni 2005 Folgendes fest: Intubation am Unfallort, Erstbehandlung im Spital in Andorra, kein Anhalt für periphere Verletzungen, Verlegung auf die Neurochirurgie in Toulouse, CCT: frontale und temporale Kontusionen, mässiges Hirnödem, kein Hydrozephalus, 24 h später leichte Zunahme der links frontalen Kontusionsblutung und Blut im Hinterhorn des linken Ventrikels (act. 9 S. 4 f.).

E. 6.3.2

Dem Ein- und Austrittsbericht von Dr. med. E._____, der chirurgischen Intensivbehandlung im Kantonsspital St. Gallen vom 9. - 20. Juni 2005, dann verlegt auf die Neurochirurgie, können folgende Diagnosen entnommen werden (act. 9 S. 1 f.): - Schädelhirntrauma mit linksfrontaler Kontusionsblutung - HWS: C5 Bogenfraktur links (stabil) - minime Lungenkontusion - Schürfwunden prätibial links und Ellebogen links
Zusätzliche Austrittsdiagnosen waren Folgende: - CT 9. Juni 2005: nichtdislozierende Fraktur des linken hinteren Bogens der HWS 5 und fehlende Fusion des linken Processus transversus anlagebedingt (fraglich), traumatisch (fraglich), - Obliteration sämtlicher Nasennebenhöhlen bis auf den Sinus frontalis links, diskoligamentäre Läsion C5/6 Verdacht im BV-Untersuch von Dr. med. F._____, Bestätigung im MRI vom 15. Juni 2005, - Einlage eines suprapubischen Blasenkatheters am 14. Juni 2005 ventrale Spondylodese C5/6 mit Beckenspan rechts, 18-er Morscherplatte am 17. Juni 2005

E. 6.3.3

Dem Austrittsbericht der Physiotherapie Neurologie der Klinik G._____, vom 9. August 2005 kann entnommen werden, dass beim Versicherten noch leichte Gleichgewichtsstörungen vorhanden seien, welche sich nur in sehr hohen Ausgangsstellungen zeigen würden, Fahrradfahren und Joggen würden kein Problem mehr darstellen. Er zeige jedoch noch neuropsychologische Defizite (act. 10 S. 15).

E. 6.3.4

Der zusammenfassenden Beurteilung des neuropsychologischen Berichts der Klinik G._____, vom 10. August 2005 kann entnommen werden, dass sich in der neuropsychologischen Teiluntersuchung beim Versicherten ein mittelgradig bis deutlich beeinträchtigtes kognitives Leistungsprofil mit Hauptschwierigkeiten in der geteilten und fokussierten Aufmerksamkeit, im sprachlichen (Speicherdefizit) und figurativen Gedächtnis, beim Spurhalten, bei komplexen Reaktionen, beim verbalen Lernen, in der Resistenz gegenüber Störreizungen, im Denkt tempo, bei organisatorischen/planerischen Aufgaben und in der figurativen Flexibilität (inkl. einer leichten Perseverationsneigung und reduziertem Arbeitstempo). Leichte Schwierigkeiten bereite das logische Denken und die visuo-konstruktive Praxis. In der Verlaufsuntersuchung lasse sich zwar einige Verbesserungen feststellen, doch zeige der Versicherte immer noch mittelgradige Beeinträchtigungen in der geteilten und fokussierten Aufmerksamkeit, beim Spurhalten, bei komplexen Reaktionen, im Denkt tempo und in der figurativen Flexibilität. Leichte Schwierigkeiten würden sich in der Resistenz gegenüber Störreizen und bei organisatorischen/planerischen Aufgaben zeigen (act. 10 S. 16).

E. 6.3.5

Am 24. August 2005 berichteten Dr. med. H._____, und Prof. Dr. med. I._____, Chefarzt der Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen, über die ambulante Nachuntersuchung des Beschwerdeführers und diagnostizierten (act. 9 S. 10 f.): -

Schädel-Hirntrauma mit Kontusionsblutung frontal links, minim auch temporal links, leichte Einblutung in das linke Seitenventrikelhinterhorn - diskoligamentäre Läsion HWK5/6 mit Wirbelbogenfraktur C5 links Bezüglich Beurteilung und Procedere wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer weiterhin nicht voll arbeitsfähig sei. Bei Stand nach Schädel-Hirntrauma mit link-frontal Kontusionsblutung und erheblichen mnesticen Hirnfunktionsstörungen behalte er weiterhin, wie von der Klinik G. _____ attestiert, eine maximal zweistündige Berufsausübung pro Tag.

E. 6.3.6

Im Austrittsbericht der Klinik für Neurologie, Klinik G. _____, vom 13. September 2005 hielten Dr. med. L. _____, Leitender Arzt Neurologie und Dr. med. J. _____, Abteilungsarzt, folgende Diagnosen fest: Schweres Schädelhirntrauma bei Zusammenprall mit PW als Radfahrer am 31. Mai 2005 mit: - Kontusionsblutung frontal links sowie minimal temporal links, leichte Einblutung in das Seitenventrikelhinterhorn - diskoligamentäre Läsion HWK 5/6 mit Wirbelbogenfraktur C5 links - Stand nach ventraler Diskektomie und Fusion mit Morscherplatte und Beckenspan HWK 5/6 am 17. Juni 2005 - initiale Dysphagie, Dysarthrie und Aphasie - persistierend mittelschweres kognitives Defizit Ziel des Rehabilitationsaufenthaltes sei die Wiederherstellung der Selbständigkeit des Beschwerdeführers gewesen. Bei Eintritt in die Rehabilitation sei er nicht in der Lage gewesen, über das Unfallgeschehen zu berichten, noch über seine Person Auskunft zu geben. Es habe eine starke Desorientierung in sämtlichen Qualitäten bestanden. Der Versicherte sei in ihr multimodales Therapiekonzept integriert worden. Im Vordergrund seien insbesondere die schweren neuropsychologischen Defizite gestanden. Unter den Therapien habe er erstaunlich schnelle und grosse Fortschritte auch in seinen kognitiven Fähigkeiten gemacht. Trotzdem bestünden bis zum Schluss des Rehabilitationsaufenthaltes mittelschwere kognitive Defizite. Aufgrund der neuropsychologischen Defizite sei ein volles Einsteigen in die frühere Tätigkeit verfrüht. Ab 11. August 2005 soll ein therapeutischer Arbeitsversuch im Familienbetrieb mit anfangs nur zwei Stunden Arbeit pro Tag versucht werden. Je nach Verlauf könne dann die Arbeitszeit stufenweise und langsam gesteigert werden. Vom 31. Mai bis 9. September 2005 wurde ihm Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. 10 S. 10 f.).

E. 6.3.7

Prof. Dr. med. I. _____, Chefarzt der Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen führte am 21. September 2005 aus, der Beschwerdeführer sei noch nicht zu 100 % arbeitsfähig. Die bisherige Arbeitseinschränkung von maximal zwei Stunden pro Tag, die er nach eigenen Angaben auf 4-5 Stunden erhöht habe, sei noch weiter einzuhalten (act. 9 S. 12 f.).

E. 6.3.8

Frau lic. phil. K. _____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, berichtete am 22. September 2005, in der neurologischen Untersuchung lasse sich beim Versicherten im Vergleich zu entsprechenden Altersnormen insgesamt mittelschwere bis schwere kognitive Störungen objektivieren. Vier Monate nach dem Schädelhirntrauma würde sich beim Versicherten noch sehr ausgeprägte kognitive Störungen mit Verhaltensauffälligkeiten und Anosognosie sowie einer noch deutlich verminderten allgemeinen Belastbarkeit zeigen. Aus neuropsychologischer Sicht sei der Versicherte in seinem angestammten Beruf als Geschäftsführer eines eigenen Betriebs zur Zeit nicht arbeitsfähig. Inwieweit eine praktisch verwertbare Arbeitsleistung bei verminderten Anforderungen erbracht werden könne und

wieweit diese gesteigert werden könne, solle in einem therapeutisch begleiteten Arbeitsversuch abgeklärt werden (act. 10 S. 4 - 7).

E. 6.3.9

Im Austrittsbericht der Klinik für Neurologie, Klinik G._____, vom 26. September 2005 hielten Dr. med. L._____, Leitender Arzt Neurologie und Dr. med. J._____, Abteilungsarzt, dieselben Diagnosen und Ausführungen fest, wie in ihrem Bericht vom 13. September 2005 (vgl. act. 9, S. 6 f. und E. 6.3.6).

E. 6.3.10

Dem Bericht von Dr. med. L._____, Facharzt für Neurologie der Klinik G._____, vom 17. Oktober 2005 kann folgende Diagnose entnommen werden: Schweres Schädelhirntrauma am 31. Mai 2005 mit: - Kontusionsblutung frontal links sowie minimal temporal links, - diskoligamentäre Läsion HWK 5/6 mit Wirbelbogenfraktur C5 links mit ventraler Diskektomie und Fusion C5/6 am 17. Juni 2005 - primär soporöse Bewusstseinsstörung mit Dysphagie, Dysarthrie und Aphasie mit zwischenzeitlich sukzessiver Besserung Er wurde festgehalten, dass der Versicherte als Geschäftsführer einer Lebensmittelfirma vom 23. Juni 2005 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig sei. Aktuell finde ein therapeutischer Arbeitsversuch statt (act. 9 S. 8 f.).

E. 6.3.11

Den ärztlichen Folgezeugnissen, welche Dr. M._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, Sportmedizin und manuelle Medizin am 12. November 2005, 7. März 2006 und 28. Juni 2006 für die Unfallversicherung Zürich ausstellte, kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer aufgrund eines schweren Schädelhirntraumas als Bäcker/Konditor vom 31. Mai bis 9. September 2005 zu 100 %, ab 10. September 2005 zu 75 % und ab 1. Dezember 2005 zu 50 % arbeitsunfähig war (act. 9 S. 15 - 17).

E. 6.3.12

Im neuropsychologischen Bericht von Dr. phil N._____, leitender Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP/SVNP und Verkehrspsychologe VfV, und lic. phil. W._____, Psychologin FSP, Abteilung Neuropsychologie, vom 24. November 2005 wurde festgehalten, dass sich beim Versicherten in der neurologischen Verlaufskontrolle vom 3. Oktober 2005 ein insgesamt mittelgradig kognitives Leistungsprofil mit Hauptschwierigkeiten in der fokussierten Aufmerksamkeit (Fehlerkontrolle), im figurativen Gedächtnis und im Spurhalten zeige. Leichtere Schwierigkeiten hätten sich im logischen Denken, in der geteilten Aufmerksamkeit, beim verbalen Lernen, im verbalen Gedächtnis, bei komplexen Reaktionen und im Denkt tempo ergeben. Im Vordergrund stünden vor allem die Konzentrationsschwankungen, welche sich negativ auf die Fehlerkontrolle und andere kognitive Funktionen, wie beispielsweise das Gedächtnis oder komplexere Aufgaben auswirkten. In Bezug auf die selbständige Erwerbstätigkeit seien diese Defizite als mittelschwer einzustufen, so dass aus neuropsychologischer Sicht von einer momentanen Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen sei (act. 10 S. 18 f.).

E. 6.3.13

Am 31. August 2006 attestierte Dr. M._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, Sportmedizin und manuelle Medizin, dem Beschwerdeführer eine verminderte Leistungsfähigkeit in seinem Beruf als selbständiger Geschäftsführer einer grösseren Bäckerei ab 1. Dezember 2005 von 50 % (act. 10 S. 1 - 3).

E. 6.4

Die Vorinstanz legte die vorgenannten medizinischen Unterlagen ihrem regionalen ärztlichen Dienst vor. Mit Stellungnahme vom 25. Februar 2008 hielt Dr. S._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, als Hauptdiagnose ein schweres Schädelhirntrauma mit persistierenden kognitiven Defiziten fest. Als arbeitsunfähig in der bisherigen Tätigkeit und einer Verweisungstätigkeit hielt er den Versicherten ab 2. Juni 2005 zu 100 % und ab 1. Dezember 2005 zu 50 %. Er führte aus, das schwere Schädelhirntrauma mit Hirnblutung habe zu schweren neurologischen Störungen geführt, von denen sich der Versicherte recht gut erholt habe. Für die angestammte Tätigkeit als Bäcker und für vergleichbare Arbeiten leicht bis mittelschwer belastend sei aufgrund der neuropsychologischen Untersuchung eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % gut belegt (act. 20).

E. 6.5

Beim Erlass der Verfügung der IVSTA vom 14. März 2018 (act. 141; Vergleichszeitpunkt) stellte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt dar:

E. 6.5.1

Dr. med. L._____, Facharzt für Neurologie, Chefarzt Stv. der Klinik für Neurologie und Neurorehabilitation der Klinik G._____, hielt nach einer ambulanten Verlaufskontrolle vom 13. Januar 2010 Folgendes fest: Status nach schwerem Schädelhirntrauma am 31. Mai 2005 mit Kontusionen fronto-temporal links. Zu Beginn hätten noch mittelschwere neuropsychologische Defizite mit einer reduzierten Krankheitseinsicht bestanden. Aktuell klagt der Versicherte noch über eine verminderte allgemeine Belastbarkeit mit rascher Ermüdbarkeit, eine noch eingeschränkte geteilte Aufmerksamkeit und eine reduzierte Stresstoleranz. Die Impulskontrolle aufgrund der Beschreibung des Versicherten sei nicht gestört. Er arbeite zu 50 % als Hauptverantwortlicher für ein Detailhandelsgeschäft (25 Mitarbeiter). In der aktuellen klinischen neurologischen Untersuchung fänden sich durchwegs normale Befunde. Insgesamt dürften sicherlich noch neurokognitive und möglicherweise auch neuropsychiatrische Störungen als Folge des Schädelhirntraumas bestehen. Aufgrund der Schilderungen des Versicherten sei es jedoch sehr schwierig das Ausmass und die Art der residuellen hirnorganischen Probleme zu bestimmen. Er werde ihn noch für eine detaillierte neuropsychologische Verlaufskontrolle anmelden sowie für ein Schädel-MRI zur genauen Bestimmung der residuellen Läsionen und Defizite im Sinne einer umfassenden Bestandesaufnahme (act. 29).

E. 6.5.2

Am 30. Dezember 2010 diagnostizierte Dr. med. O._____, Facharzt für Radiologie: bis zu 3,2 cm grosse posttraumatische Residuen corticomedullär hochfrontal beidseits mit Residuen von Hirnparenchymblutungen vor allem links sowie zentralem, schmalem Substanzdefekt. Mässige Erweiterung der inneren und äusseren Liquorräume sowie erhebliche Atrophie des Corppus callosum, v.a. das Corpus und den Truncus betreffend. Etwas asymmetrisch erweiterte Seitenventrikel zu Gunsten von links, möglicherweise nur als Normvariante. Normales übriges Neurocranium (act. 30).

E. 6.5.3

Dr. M._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, Sportmedizin und manuelle Medizin hielt im Formular an die IVSTA am 11. Juli 2011 unter Prognose fest, es handle sich um eine posttraumatische, chronische Situation. Aufgrund der Schwere der Verletzung müsse

die jetzige Situation als sehr gut angesehen werden. Die aktuellen Probleme der neuropsychologischen Defizite und der Schlafstörung würden allerdings weiterhin persistieren und immer wieder Behandlungen nach sich ziehen. Die gegenwärtige Behandlung bestehe aus ärztlichen Kontrollen, intermittierend Psychotherapie, Physiotherapie und Selbsttraining. Aufgrund der Defizite im kognitiven Bereich könne er die Leistungsfähigkeit als Geschäftsführer nicht mehr bringen. Es bestehe eine rasche Erschöpfung und Ermüdung, so dass eine max. Stundendauer von 4 - 5 Stunden im Betrieb bestehe. Die Tätigkeit sei nach wie vor medizinisch zumutbar im Rahmen von 50 % (act. 31).

E. 6.5.4

Dem neuropsychologischen Untersuchungsbericht von Dr. phil. N._____, leitender Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP/SVNP und Verkehrspsychologie VfV und Mag. U._____, klinische Psychologin FSP Abteilung Neuro- und Verkehrspsychologie, der Klinik G._____ vom 20. Juli 2011 können folgende Diagnosen entnommen werden: Stand nach schwerem Schädelhirntrauma am 31. Mai 2005 mit: - Kontusionsblutung frontal links sowie minimal temporal links, leichte Einblutung in das Seitenventrikel - diskoligamentäre Läsion HWK 5/6 mit Wirbelbogenfraktur C5 links - initial Dysphagie, Dysarthrie und Aphasie - persistierende kognitive Defizite Insgesamt ergebe die neuropsychologische Untersuchung ein mittelgradig beeinträchtigtes kognitives Leistungsprofil mit mittelschweren Einschränkungen in geteilten Aufmerksamkeit und Reaktionsverarbeitung, im verbalen Gedächtnis sowie im Organisieren und Planen. Leichte Beeinträchtigungen seien in der gerichteten Aufmerksamkeit und im figurativen Gedächtnis objektivierbar. Die Leistungen in der räumlich-visuellen Wahrnehmung, sowie der verbalen und figurativen Flexibilität entsprächen der Norm. Der Versicherte schätzt seine psychische Stabilität in einer Skala von 0 - 10 mit einem Wert von 5 - 6 ein, wobei er erwähnt habe, dies betreffe eher das Geschäft (Unstimmigkeiten in der Familie) und nicht die Ehe, welche er als positiv geschildert habe. Aus neuropsychologischer Sicht sei anzunehmen, dass sich die oben genannten Faktoren negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden (act. 105).

E. 6.5.5

Am 29. Oktober 2012 hielt Dr. med. M._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, Sportmedizin und manuelle Medizin, in seinem Bericht fest, es bestehe ein stationärer Gesundheitszustand mit unverändertem stabilem Verlauf ohne wesentliche Verbesserung oder Verschlechterung. Die therapeutischen Massnahmen bestünden in selbständigem Alltagstraining, intermittierender Physiotherapie und Psychotherapie nach Bedarf. Als Prognose hielt er fest, es handle sich um eine posttraumatische Hirnverletzung mit chronischem Verlauf. Berufliche Massnahmen seien keine angezeigt. Der Versicherte erhalte bei alltäglichen Lebensverrichtungen keine Hilfe von Drittpersonen. Die bisherige Tätigkeit sei zumutbar, aber es bestehe dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit im bisherigen Rahmen. Insgesamt habe sich an der Situation des Versicherten nichts verändert. Der Invaliditätsgrad sollte entsprechend beibehalten werden (act. 40).

E. 6.5.6

Dr. med. P._____, Leitender Arzt und Leiter Angiologie des Kantonsspitals Graubünden, diagnostizierte am 9. April 2015 Folgendes: Verdacht auf posttraumatische autonome Innervationsstörung des distalen Unterschenkels und Fusses rechts, normale Ruheperfusion beider Beine, kein Hinweis für eine reale Perfusionseinschränkung des rechten Beines,

Zustand nach Schädelhirntrauma 2005 und Gleitschirmabsturz mit komplexem Wirbelsäulentrauma 2013. Die angiologische Untersuchung habe eine unauffällige arterielle Grossgefässsituation im Bereich des rechten Beines gezeigt. Sowohl die Ober- als auch die Unterschenkelarterien und auch die Arterien bis zum Fuss würden normale pulsatile Flussprofile und keine Hinweise für eine Engstellung oder entzündliche Veränderungen zeigen. Insgesamt passe das Bild am ehesten zu einer posttraumatischen Störung der autonomen Innervation in Form eines reduzierten Sympathikotonus im Bereich des distalen Unterschenkels und Fusses mit entsprechender Weitstellung der Widerstandsgefässe und damit etwas reduzierter akraler Perfusion im Bereich des Vorfusses rechts im Vergleich zu links. Bei Verdacht auf eine reduzierte sympathische Innervation des rechten Unterschenkels und Fusses empfehle er eine ergänzende neurologische Untersuchung (act. 123).

E. 6.5.7

Am 24. Juni 2015 hielt Dr. med. R._____, Leitender Arzt Wirbelsäulenchirurgie des Kantonsspitals St. Gallens, Folgendes fest (act. 124): Diagnosen: - Status nach dorso-ventraler Spondylodese L3 - L5 bei inkompletter Berstungsspaltfraktur LWK4 mit Verlegung des Spinalkanals ohne Neurologie 6/2013 - Sternumfraktur mit minimalem Pneumothorax - Deckplattenimpression BWK12, LWK1 und LWK2 Nebendiagnosen: - Status nach ventraler Spondylodese C5/6 mit trikortikalem Beckenkammspan vom rechten Beckenkamm, 18er-Morscher-Plattenosteosynthese 2005 mit/bei - Status nach Velosturz mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma - C5-Bogenfraktur links mit Verdacht auf partielle Läsion hinteres Längsband sowie Diskopathie und Osteochondrose C5/6 Er führte aus, der Verlauf sei sehr zufriedenstellend. Es seien lediglich diese Dysregulationen in den Füßen geblieben. Der Versicherte könne sich jedoch damit arrangieren.

E. 6.5.8

Am 21. Juni 2016 berichtete Dr. med. M._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, Sportmedizin und manuelle Medizin, es würden sich beim Versicherten keine Veränderungen zeigen, weshalb die Arbeitsfähigkeit beizubehalten sei (act. 109 S. 3 f.).

E. 6.6

Die Vorinstanz legte die vorgenannten medizinischen Unterlagen jeweils ihrem regionalen ärztlichen Dienst vor.

E. 6.6.1

Mit medizinischer Stellungnahme vom 4. August 2011 bestätigte Dr. med. S._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, eine unveränderte Arbeitsunfähigkeit (act. 33).

E. 6.6.2

Am 28. März 2013 hielt Dr. V._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, in seinem Schlussbericht vom 28. März 2013 fest, es bestehe eine unveränderte Arbeitsunfähigkeit. Die Einschätzung des Hausarztes (vgl. Bericht von Dr. med. M._____ vom 29. Oktober 2012; E. 6.5.5) sei medizinisch gut nachvollziehbar (act. 48).

E. 6.6.3

Mit Stellungnahme vom 5. September 2013 führte Dr. V._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, aus, eine seit Januar 2010 gleichzeitigen Tätigkeit als Produktionsleiter, Verwaltungsrat und Vertreiber von B._____ sei medizinisch schwer mit mittelschweren

kognitiven und neuropsychiatrischen Defiziten vereinbar. Er schlug eine neuropsychologische Untersuchung vor (act. 58). Am 3. Dezember 2013 hielt er fest, nach sachdienstlicher Klärung (Bestätigung der unveränderten Arbeitsunfähigkeit des Versicherten durch die Invalidenversicherung des Fürstentums Liechtenstein) erübrige sich eine neuropsychologische Untersuchung (act. 68).

E. 6.6.4

Auf die Frage der IVSTA, ob eine neuropsychologische Untersuchung notwendig sei, um zu überprüfen, ob sich aufgrund seiner ausgeführten Tätigkeit der Gesundheitszustand heute evtl. verbessert habe bzw. ob die ausgeübte Tätigkeit mit seinem Gesundheitszustand zumutbar sei (act. 102), führte Dr. med T. _____, Fachärztin für Neurologie, am 15. September 2017 aus, der neuropsychologische Untersuchungsbericht der Klinik G. _____ vom 20. Juli 2011 zeige klar eine Verbesserung der kognitiven Beschwerden, insbesondere der Aufmerksamkeit, des verbalen Lernens und der verbale Umstellfähigkeit. Es bestehe weiter eine reduzierte Belastbarkeit, die sich in Schwierigkeiten der geteilten Aufmerksamkeit sowie in der verminderten Frustrationstoleranz und erhöhten Fehleranfälligkeit zeige. Seit dem 20. Juli 2011 sei der Versicherte für eine angepasste Tätigkeit voll arbeitsfähig. In der bisherigen Tätigkeit bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Der Gesundheitszustand habe sich fünf Jahre nach dem Unfall stabilisiert. Eine Aggravation wäre ohne neue neuropsychologische Beeinträchtigung nicht gerechtfertigt. Es werde gebeten, alle Berichte nach 2011 einzufordern, um eine neue Gesundheitsbeeinträchtigung auszuschliessen (act. 103).

E. 6.6.5

Dr. med T. _____, Fachärztin für Neurologie, hielt in ihrer Stellungnahme vom 23. November 2017 folgende Diagnosen fest (act. 131): Hauptdiagnose: - nach Verkehrsunfall vom 31. Mai 2005 Kontusionsblutung frontal links sowie minimal temporal links leichte Einblutung Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Status nach Diskektomie und Fusion auf der Höhe C5 - C6 am 17. Juni 2005 - Verdacht auf eigenständige posttraumatische Störung der autonomen Innervation im Bereich des rechten Unterschenkels und Fusses werde Die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bestehe ab 1. Dezember 2005 zu 50 % und jene in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % seit dem 1. Dezember 2005 und zu 0 % seit dem 20. Juli 2011. Sie führte aus, der neuropsychologische Untersuchungsbericht der Klinik G. _____ vom 20. Juli 2011 habe bei der letzten Revision (9. Dezember 2013) nicht vorgelegen. Dieser zeige klar eine Verbesserung des Gesundheitszustands des Versicherten gegenüber dem Gutachten vom 26. Juli 2007 auf. Dies mit andauernden unauffälligen Beeinträchtigungen und Verbesserung der kognitiven Beschwerden. Diese Verbesserung sei durch die medizinischen Berichte, welche sie nach ihrer Stellungnahme vom 15. September 2017 erhalten habe, bestätigt worden. Der Arztbericht vom 29. Oktober 2012 bestätige die Schlussfolgerungen des Berichts vom 20. Juli 2011 und zeige des Weiteren auf, dass er nicht auf regelmässige Hilfe bei alltäglichen Lebensverrichtungen von Drittpersonen angewiesen sei und dass berufliche Massnahmen nicht nötig seien. Gemäss diesem Bericht sei die angestammte Tätigkeit immer noch und ohne Leistungsverminderung ausübbar. Die Diagnose eines Verdachts auf eigenständige posttraumatische Störung der Innervation im Bereich des rechten Unterschenkels und Fusses werde erwähnt, jedoch würden die Ärzte präzisieren, dass diese keine funktionellen Einschränkungen auslöse. Ausserdem mache der Versicherte wieder Gleitschirmfliegen, was bestätige, dass keine Einschränkungen der

Beweglichkeit bezüglich dieser Beeinträchtigung sowie der zervikalen post-traumatischen Einschränkungen bestehe.

E. 6.6.6

Am 9. Februar 2018 führte Dr. med T._____, Fachärztin für Neurologie, aus, aufgrund der Verbesserung der neuropsychologischen Beeinträchtigungen sowie der Tatsache, dass der Versicherte bereits eine selbständige Arbeit ausübe, welche eine hohe intellektuelle Anforderung erfordere, sei es nachvollziehbar, dass eine Tätigkeit ohne hohe intellektuelle Anforderung zu 100 % zumutbar sei. Auch wenn M._____ in seinem Bericht vom 29. Oktober 2012 von einem stationären Gesundheitszustand ausgehe, präzisiere er allerdings nicht, seit wann der Zustand als stationär zu betrachten sei. Dies schliesse eine progressive Verbesserung des Zustandes zwischen 2005 und 2011 nicht aus. Er sage nur aus, dass der Versicherte vermindert Leistungsfähig sei, aber mache keine prozentualen Angaben dazu. Zur Ausübung einer angepassten Tätigkeit äussere er sich nicht. Ausserdem sei die Verbesserungsmöglichkeit bei einer Person, welche zum Zeitpunkt des Unfalls 25 Jahre alt gewesen sei, vereinfacht. Die Fähigkeit zur Verbesserung bestehe typischerweise in den ersten Jahren nach dem Schädelhirntrauma. Der Verlauf zwischen August 2007 und Juli 2011 sei nicht dokumentiert. Möglicherweise habe die Verbesserung bereits vor Juli 2011 stattgefunden (act. 124).

E. 7

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausgegangen ist, dass beim Beschwerdeführer keine anspruchrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr vorliegt, beziehungsweise ob sich der medizinische Sachverhalt als genügend abgeklärt erweist.

E. 7.1.1

Die Vorinstanz stützt sich in ihrer Verfügung auf die Stellungnahme von Dr. med T._____, Fachärztin für Neurologie des RAD, vom 23. November 2017 und führte aus, der neuropsychologische Untersuchungsbericht der Klinik G._____ vom 20. Juli 2011 zeige klar eine Verbesserung des Gesundheitszustandes gegenüber dem Gutachten vom 26. Juli 2007 auf, mit andauernden unauffälligen Beeinträchtigungen. Weiter werde in diesem Bericht angegeben, dass der Beschwerdeführer seit dem Austritt aus der Rehaklinik G._____ stetig Fortschritte in der Konzentration und allgemein in den kognitiven Fähigkeiten gemacht habe.

E. 7.1.2

Dem neuropsychologischen Untersuchungsbericht der Klinik G._____ von 20. Juli 2011 kann entnommen werden, dass - wie der Beschwerdeführer korrekt ausführte - die neuropsychologische Untersuchung ein mittelgradig beeinträchtigtes kognitives Leistungsprofil mit mittelschweren Einschränkungen in der geteilten Aufmerksamkeit und Reaktionsverarbeitung, im verbalen Gedächtnis sowie im Organisieren und Planen ergeben habe. Leichte Beeinträchtigungen seien in der gerichteten Aufmerksamkeit und im figurativen Gedächtnis objektivierbar. Weiter wurde im Bericht ausgeführt, wenngleich das kognitive Leistungsprofil im Vergleich zum Gutachten vom 26. Juli 2007 in den Bereichen gerichteten Aufmerksamkeit, verbales Lernen und verbale Umstellfähigkeit besser ausfalle, so müsse dennoch von einer reduzierten Belastbarkeit, die sich in Schwierigkeiten der geteilten Aufmerksamkeit sowie in der verminderten Frustrationstoleranz und erhöhten Fehleranfälligkeit, wie es sich bei der Vorgabe von mehreren gleichzeitig vorgegebenen

Reizen und der Problemlöseaufgabe während der Untersuchung gezeigt habe, ausgegangen werden. Aus neuropsychologischer Sicht sei anzunehmen, dass sich die oben genannten Faktoren negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden (act. 105).

E. 7.1.3

Dr. med T. _____ schliesst gestützt auf den Untersuchungsbericht der Klinik G. _____ vom 20. Juli 2011 auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes gegenüber einem Gutachten vom 26. Juli 2007. Dieses Gutachten befindet sich jedoch nicht in den Akten. Aus den Stellungnahmen von Dr. med T. _____ ist auch nicht ersichtlich, dass sie dieses konsultiert hätte. Vielmehr ist davon auszugehen, dass sie lediglich die Formulierung des Untersuchungsberichts übernommen hat. Im neuropsychologischen Bericht wird zwischen der gerichteten und der geteilten Aufmerksamkeit unterschieden. Die Beeinträchtigung in der gerichteten Aufmerksamkeit wird als leicht, diejenigen in der geteilten Aufmerksamkeit hingegen als mittelschwer qualifiziert. Dr. med T. _____ äussert sich nicht zu dieser Unterscheidung und schliesst pauschal auf stetige Fortschritte in der Konzentration und allgemein in den kognitiven Fähigkeiten, obwohl das kognitive Leitungsprofil im Untersuchungsbericht insgesamt als mittelgradig beeinträchtigt beschrieben wurde. Auch Dr. med. L. _____, Facharzt für Neurologie, Chefarzt Stv. der Klinik für Neurologie und Neurorehabilitation der Klinik G. _____, hielt nach einer ambulanten Verlaufskontrolle vom 13. Januar 2010 fest, dass insgesamt sicherlich noch neurokognitive und möglicherweise auch neuropsychiatrische Störungen als Folge des Schädelhirntraumas bestehen dürften (vgl. act. 29; E. 6.5.1). So wurde dann im Untersuchungsbericht der Klinik G. _____ vom 20. Juli 2011 auch ausgeführt, aus neuropsychologischer Sicht sei anzunehmen, dass sich die genannten Faktoren negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden.

E. 7.2.1

Des Weiteren führte Dr. med T. _____ in ihrer Stellungnahme vom 23. November 2017 aus, der Bericht von Dr. med. M. _____ vom 29. Oktober 2012 bestätige die Schlussfolgerungen des Berichtes vom 20. Juli 2011 und zeige auf, dass der Beschwerdeführer nicht auf regelmässige Hilfe bei alltäglichen Lebensverrichtungen von Drittpersonen angewiesen sei und berufliche Massnahmen nicht nötig seien. Die angestammte Tätigkeit sei immer noch und ohne Leistungsminderung ausübbar. Auch wenn Dr. med. M. _____ von einem stationären Gesundheitszustand ausgehe, werde nicht präzisiert, ab welchem Zeitpunkt der Zustand als stationär zu betrachten sei.

E. 7.2.2

Wie der Beschwerdeführer zu Recht festhielt, kann dem Bericht von Dr. med. M. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin, Sportmedizin und manuelle Medizin, vom 29. Oktober 2012 keine Verbesserung des Gesundheitszustands entnommen werden. Im Gegenteil, diesem kann entnommen werden, dass ein stationärer Gesundheitszustand mit unverändertem stabilem Verlauf ohne wesentliche Verbesserung oder Verschlechterung bestehe. Weiter gab er an, die bisherige Tätigkeit sei zumutbar, aber es bestehe dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit im bisherigen Rahmen und nicht, wie die Dr. med. T. _____ festhielt, "ohne Leistungsminderung". Ferner schlussfolgerte Dr. med. M. _____, insgesamt habe sich an der Situation des Versicherten nichts verändert. Der Invaliditätsgrad sollte entsprechend beibehalten werden. Diesem Bericht kann demzufolge keine Verbesserung des Gesundheitszustandes entnommen werden.

E. 7.3

Der neuropsychologische Untersuchungsbericht der Klinik G._____, auf welchen sich Dr. med. T._____ in ihrer Stellungnahme stützte, datiert vom 20. Juli 2011. Danach wurden keine neuropsychologischen oder neurologischen Untersuchungen mehr vorgenommen. Bis zur Verfügung der IVSTA vom 14. März 2018 fehlen somit rund sechs Jahre und acht Monate, welche nicht dokumentiert sind. Ein lückenloser Befund liegt somit nicht vor und ein Vergleich zwischen den früheren und aktuellen Verhältnissen ist nicht möglich. Da Dr. med. T._____ keine eigene Untersuchung vorgenommen hat, sind ihre Stellungnahmen nicht beweiskräftig (vgl. E. 5.4).

E. 7.4.1

Die Vorinstanz hielt ferner gestützt auf die Stellungnahme von Dr. med. T._____ vom 23. November 2017 weiter fest, die Diagnose eines Verdachts auf eigenständige posttraumatische Störung der autonomen Innervation im Bereich des rechten Unterschenkels und Fusses werde erwähnt, jedoch würden die Ärzte präzisieren, diese löse keine funktionellen Einschränkungen aus. Ausserdem würde der Beschwerdeführer wieder Gleitschirm fliegen, was bestätige, dass keine Einschränkung der Beweglichkeit bezüglich dieser Beeinträchtigung sowie der zervikalen posttraumatischen Einschränkungen bestehe.

E. 7.4.2

Dr. med. R._____, Leitender Arzt Wirbelsäulenchirurgie des Kantonsspitals St. Gallens berichtete am 24. Juni 2015, der Verlauf sei sehr zufriedenstellend. Es seien lediglich diese Dysregulationen in den Füßen geblieben. Der Versicherte könne sich jedoch damit arrangieren (act. 124). Dr. med. P._____, Leitender Arzt und Leiter Angiologie des Kantonsspitals Graubünden, hielt in seinem Bericht vom 9. April 2015 fest, dass der Beschwerdeführer im Alltag nicht wesentlich beeinträchtigt sei und wahrscheinlich keine weitergehenden Massnahmen erforderlich seien. Dennoch empfahl er, bei Verdacht auf eine reduzierte sympathische Innervation des rechten Unterschenkels und Fusses, eine ergänzende neurologische Untersuchung (act. 123). Ob diese Untersuchung stattgefunden hat, ist aus den Akten nicht ersichtlich. Des Weiteren fehlt es den vorhandenen Berichten an einer fachärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sowie einer Umschreibung des funktionellen Leistungsvermögens des Beschwerdeführers. Bei Gesundheitsschäden im Bereich der Orthopädie ist eine Diagnose des Funktionsausfalles (Funktionsdiagnose), d.h. eine qualitative und quantitative Analyse der Funktionsstörung des Bewegungsapparates und seiner Folgen für die versicherte Person von zentraler Bedeutung (vgl. Urteil des BGer 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.2.2). Überdies führte der Beschwerdeführer aus, er habe das vorübergehend ausgeübte Gleitschirmfliegen wieder aufgegeben.

E. 7.5.1

Dr. med. T._____, Fachärztin für Neurologie des RAD, stellte sich in ihrer Beurteilung hauptsächlich auf die neuropsychologische Untersuchung von Dr. phil. N._____, leitender Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP/SVNP und Verkehrspsychologie VfV, und Mag. U._____, klinische Psychologin FSP Abteilung Neuro- und Verkehrspsychologie der Klinik G._____, vom 20. Juli 2011 ab. Dabei handelt es sich jedoch nicht um eine fachärztliche Beurteilung, sondern lediglich um eine Zusatzuntersuchung von Neuropsychologen (Urteil des BGer 9C_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.1), welche jedenfalls nicht durch einen Facharzt der Neurologie validiert wurde. Der medizinische Sachverhalt wurde somit nicht fachärztlich festgestellt. Die

RAD-Fachärztin hätte somit selber eine ärztliche Untersuchung vornehmen müssen (Urteile des BGer 9C_730/2018 vom 27. März 2019 E. 5.1.3 m. H. und 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 m. H.).

E. 7.5.2

In der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen von Dr. med T._____ bestehen somit Zweifel. Ein Vergleich des Gesundheitszustandes im Ausgangs- (8. August 2008, act. 25) und im Vergleichszeitpunkt (14. März 2018, act. 141) ist mit den vorhandenen Akten daher nicht möglich.

E. 7.6

Beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen, wie vorliegend, ist eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen und der Grad der Arbeitsfähigkeit jeweils aufgrund einer sämtliche Behinderungen umfassenden fachärztlichen Gesamtbeurteilung zu bestimmen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 850/02 vom 3. März 2003 E. 6.4.1). Die aktenkundigen fachärztlichen Berichte beinhalten aber keine solche Gesamtbeurteilung.

E. 7.7

Unter diesen Umständen hätte sich die Vorinstanz nicht mit den RAD-Aktenberichten begnügen dürfen, sondern hätte ein polydisziplinäres Gutachten veranlassen müssen. Indem sie dies unterliess und damit den medizinischen Sachverhalt nicht hinreichend abklärte, verletzte sie Bundesrecht.

E. 8.1

Mangels einer zuverlässigen medizinischen Entscheidungsgrundlage ist es vorliegend nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob die Aufhebung der Invalidenrente zu Recht erfolgt ist. Bei dieser Sachlage kann nicht auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden. In Gutheissung des Antrags des Beschwerdeführers ist die Sache daher an die Vorinstanz zurückzuweisen.

E. 8.2

Angezeigt ist eine Begutachtung in den Fachdisziplinen Orthopädie, Neurologie, Angiologie und Psychiatrie. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemessen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1).

E. 8.3

Mit der interdisziplinären Begutachtung kann, sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1; Urteil des BVGer C-2713/2015 vom 13. Oktober 2016 E. 5.1). Die gutachterliche Beurteilung der allenfalls psychischen Leiden des Beschwerdeführers und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat dabei in Anwendung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu erfolgen, wobei unter dem Indikator Komorbidität im Sinne einer Gesamtbetrachtung auch allfällige im konkreten

Fall ressourcenhemmende Wechselwirkungen der verschiedenen Störungen zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 418 E. 6 ff.; BGE 141 V 281 E. 3.6 ff.; Urteil des BGer 9C_21/2017 E. 5.2.1). Weiter hat das polydisziplinäre Gutachten die Anforderungen an ein Revisionsgutachten zu erfüllen und insbesondere einen Zustandsvergleich zu enthalten.

E. 8.3.1

Betreffend den zu beurteilenden Zeitraum haben die Gutachter sinnvollerweise die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bis zum Zeitpunkt der Begutachtung miteinzubeziehen. Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.2 f.).

E. 8.3.2

Um eine vollständige und umfassende Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu ermöglichen, ist die Durchführung der interdisziplinären medizinischen Begutachtung in der Schweiz unumgänglich, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteile des BVGer C-5862/2014 vom 5. April 2016 E. 5.2 und C-329/2014 vom 8. Juli 2015 E. 5.3.1 je m.H. auf C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Gründe, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen, sind vorliegend keine ersichtlich. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (BGE 139 V 349 E. 5.2.1), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt

E. 9

Nach neuer Ermittlung des vollständigen medizinischen Sachverhalts hat die Vorinstanz auch einen neuen Einkommensvergleich durchzuführen und abzuklären, ob und in welchem Ausmass der Beschwerdeführer zufolge seines Gesundheitszustandes auf dem ihm nach seinen Fähigkeiten noch offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch erwerbstätig sein könnte (Urteil des BGer 9C_921/2009 vom 22. Juni 2010, E. 5.3). Dabei ist zu berücksichtigen, dass an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen sind (Urteile des BGer 9C_744/2008 vom 19. November 2008 E. 3.2 und 9C_236/2008 vom 4. August 2008 E. 4.2; Urteil des EVG I 349/01 vom 3. Dezember 2003 E. 6.1) und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person nach der Tätigkeit zu beurteilen ist, die sie - im Rahmen der Schadenminderungspflicht (vgl. Art. 21 Abs. 4 ATSG) - nach ihren persönlichen Verhältnissen und gegebenenfalls nach einer gewissen Anpassungszeit bei gutem Willen ausüben könnte (Urteil des BVGer C-4315/2009 vom 22. August 2011 E. 5.2 m.H.).

E. 10

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Vorinstanz unterliess, eine umfassende medizinische Abklärung zu veranlassen. Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen, als die Verfügung vom 14. März 2018 aufzuheben und die Sache zur umfassenden Prüfung des Leistungsanspruchs in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. 11.Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung. 11.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis

IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Eine Rückweisung gilt praxismässig als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6), so dass dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der Vorinstanz sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). 11.2 Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz (Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ([VGKE, SR 173.320.2])). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen, [infolge ausländischen Wohnsitzes des Mandanten aber] ohne Mehrwertsteuer) gerechtfertigt (Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE). (Dispositiv nächste Seite)

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