

BVGer C-2748/2016 vom 7. März 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-03-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2748_2016

FR: TAF C-2748/2016 du 7 mars 2018

IT: TAF C-2748/2016 del 7 marzo 2018

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung zur Erhebung der Beschwerde legitimiert (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem der Kostenvorschuss - unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern (Art. 38 Abs. 4 Bst. a ATSG) - fristgerecht geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 3. Mai 2016 einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2.1

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

E. 2.2

Das Gericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Urteil des BGer 2C_393/2015 vom 26. Januar 2016 E. 1.2; BGE 132 II 47 E. 1.3 m.H.).

E. 2.3

Nach ständiger Rechtsprechung beschränkt sich die Prüfung des Sozialversicherungsgerichts auf die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verwaltungsverfügung entwickelt haben (vgl. Urteil des BGer 8C_489/2016 vom 29. November 2016 E. 5.2 m.H. auf BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Bosnien und Herzegowina, wohnt aktuell in seinem Heimatstaat und war in den Jahren von 1986 bis 2001 in der Schweiz

erwerbstätig. Da die Schweiz nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien mit Bosnien und Herzegowina kein neues Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen hat, bleibt das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung vom 8. Juni 1962 (SR 0.831.109.818.1, nachfolgend: Abkommen Schweiz-Jugoslawien) anwendbar (vgl. BGE 126 V 198 E. 2b; 122 V 381 E. 1 m.H.). Nach Art. 2 dieses Abkommens sind die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in den Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleichgestellt, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist. Entsprechend richtet sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung grundsätzlich nach schweizerischem Recht.

E. 3.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des 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 18. März 2016 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

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Bestimmungen eine abweichende Regelung vorsehen. Im vorliegenden Fall sieht Art. 8 Bst. e des Abkommens Schweiz-Jugoslawien ausdrücklich keine abweichende Regelung vor. Die Regelung in Art. 29 Abs. 4 IVG stellt nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

E. 4.3

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 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. 4.4

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, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb). 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). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

E. 4.5

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). Anlass zur Revision von Invalidenrenten gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die

geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch 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. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich. 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 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 mit Hinweis).

E. 4.6

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, 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). 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 109 V 262 E. 4a; 130 V 71 E. 3.2.3).

E. 4.7

Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben. Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische

Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen 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 Schweregrads der Störungen geführt haben (Urteil des BGer 9C_143/2017 vom 7. Juni 2017 E. 4.1 m.H.).

E. 5

Zunächst ist der massgebende zeitliche Referenzpunkt für die Prüfung der Frage, ob sich der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers in anspruchsvollere Weise verändert hat, festzustellen.

E. 5.1

Wie bereits ausgeführt, ist von der letzten materiellen Überprüfung des Leistungsanspruches auszugehen. Diese erfolgte im Hinblick auf die erstmalige Rentenzusprache mit Verfügung vom 26. Mai 2003. Im Rahmen der im Dezember 2005 eingeleiteten Rentenrevision wurde die ursprüngliche Rente bei gleichbleibendem Invaliditätsgrad - ohne umfassende Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung - lediglich bestätigt und ist deshalb für die Bestimmung der zeitlichen Vergleichsbasis nicht relevant.

E. 5.2

Die rückwirkend ab 1. Januar 2002 ausgerichtete ganze IV-Rente beruhte auf der Annahme, dass beim Beschwerdeführer eine langandauernde Krankheit vorliege, aufgrund welcher es ihm nicht mehr möglich gewesen sei, einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachzugehen, dies bei einem Invaliditätsgrad von 100 % (k-act. 26 S. 4). Als wesentliche Entscheidungsgrundlage dürften die Berichte der Rehaklinik D. _____ - insbesondere der Austrittsbericht vom 2. Oktober 2002 - gedient haben. Gemäss diesem Bericht habe der Beschwerdeführer unverändert über täglich vorhandene Nackenschmerzen mit Ausstrahlung nach rechts in den Schulterbereich geklagt. Hinzu seien jeden 2. bis 3. Tag Hinterkopfschmerzen mit dem Gefühl eines Kopfdruckes sowie Schwindel gekommen (k-act. 17 S. 9). Gestützt auf psychiatrische, neurootologische und neuropsychologische medizinische Abklärungen (k-act. 17 S. 11-20) wurden folgende Diagnosen gestellt (vgl. k-act. 17 S. 4): - zervikozephalisches Schmerzsyndrom mit wahrscheinlich zervikogener zentraler vestibulärer Funktionsstörung - mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung; - depressive Anpassungsstörung in Rückbildung Im Rahmen der Beurteilung wurde im Austrittsbericht vom 2. Oktober 2002 weiter ausgeführt, gut eineinhalb Jahre nach Auffahrkollision mit milder traumatischer Hirnverletzung und HWS-Distorsion bestehe heute mit grosser Wahrscheinlichkeit eine zervikogene zentrale vestibuläre Funktionsstörung. Im Vergleich zur neurootologischen Voruntersuchung vor einem Jahr seien heute eindeutig mehr pathologische Befunde nachweisbar. Wie weit diese Entwicklung durch eine Verschlimmerung der zervikogenen Pathologie oder durch andere Einflüsse entstanden ist, lasse sich im Moment noch nicht abschliessend beurteilen.

Neuropsychologisch finde sich wie bei den vorhergehenden Untersuchungen eine mittelschwere Störung, wobei die kognitive Leistungsfähigkeit wahrscheinlich vor allem schmerzbedingt und durch die visuellen Störungen eingeschränkt sei. Die zervikozephalen Beschwerden, teils mit Schwindel einhergehend, seien im Vergleich zum letzten Aufenthalt subjektiv etwas stärker geworden. In psychischer Hinsicht liege nach wie vor eine Anpassungsstörung im Sinne einer depressiven Reaktion vor, welche jedoch in Rückbildung begriffen sei. Als Behinderungen bzw. Funktionsstörungen wurden Störungen des Gleichgewichtssystems mit Schwindelsensationen bei Kopfbewegungen sowie der Aufmerksamkeitsfunktionen mit Schwerpunkt bei der visuellen Aufmerksamkeit festgestellt. Besonders bei längerem Arbeiten in fixierter Körperposition und visuell anspruchsvollen Aufgaben würden die Sehprobleme und der Kopfdruck zunehmen, was sich auf die Leistungen der Daueraufmerksamkeit auswirke. Leicht vermindert, wahrscheinlich sekundär dazu, seien die mnesticen Leistungen sowie allgemein verminderte psychophysische Belastbarkeit genannt. Hinsichtlich der beruflichen und sozialen Auswirkungen wurde ausgeführt, aufgrund der mittelschweren neuropsychologischen Störung, der wahrscheinlich zentralen vestibulären Funktionsstörung und der Anpassungsstörung sei der Beschwerdeführer nicht in der Lage, eine verwertbare Arbeitsleistung zu erzielen (k-act. 17 S. 6). Demnach erfolgte die ursprüngliche Rentenzusprache aufgrund somatischer, neuropsychologischer und psychiatrischer Beeinträchtigungen.

E. 6

Alsdann umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 18. März 2016 - im Vergleich zum Gesundheitszustand im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache (vgl. E. 5.2 vorstehend) - eine rentenrelevante Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten ist.

E. 6.1

Ausgangspunkt dieser Prüfung bildet dabei das im Rahmen der Abklärung der vorliegenden Rentenrevision eingeholte polydisziplinäre Gutachten, auf welches die Vorinstanz im Wesentlichen abstellte. Das vom 25. April 2015 datierende Gutachten der E. _____ AG umfasst die Disziplinen Orthopädie/Traumatologie, Neuropsychologie, Otoneurologie (HNO), Neurologie, Innere Medizin und Psychiatrie und wird im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

E. 6.1.1

Auf die Frage nach dem jetzigen Leiden gab der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung im Wesentlichen Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS), Nacken- und Kopfschmerzen, psychische Probleme sowie Schwindel an (vgl. act. 76 S. 30, 37, 45, 51 f., 62, 68).

E. 6.1.2

In orthopädisch/traumatologischer Hinsicht stellte Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, als Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei röntgenologisch beschriebenen frühen osteochondrotischen und spondylarthrotischen Aufbrauchbefunden L4-S1 sowie klinisch uneingeschränkter Rumpfbeweglichkeit. Im Weiteren hielt er fest, rein orthopädisch somatisch seien die Folgen des Unfallereignisses vom 10. Januar 2001 heute nicht mehr feststellbar. Die HWS sei in allen Ebenen aktiv und passiv frei beweglich. Die vom

Beschwerdeführer vorgetragenen zervikal lokalisierten Beschwerden könnten orthopädisch-traumatologisch-somatisch nicht mehr anhand pathologischer Befunde nachvollzogen werden (act. 76 S. 34). Die in diversen Austrittsberichten der Rehaklinik D. _____ u.a. dokumentierten zervikozephalen Schmerzsyndrome hätten aktuell orthopädisch nicht mehr verifiziert werden können. Ein von Dr. med. G. _____ am 10. Oktober 2004 beschriebener paravertebraler Muskelhartspann mit Druckdolenz C3-Th12 und eine Bewegungseinschränkung der Hals- und Brustwirbelsäule hätten aktuell ebenfalls nicht mehr bestätigt werden können (act. 76 S. 35). Mit Blick auf das Belastungsprofil sei der Beschwerdeführer aus rein orthopädisch-somatischer Sicht für alle leichten und mittelschweren Tätigkeiten geeignet. Zu meiden seien schwere und rückenbelastende Arbeiten. Die bisherige Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter in einer metallverarbeitenden Fabrik entspreche einer hinreichend angepassten Tätigkeit und könne auf einem 80 %-Niveau wieder aufgenommen werden (act. 76 S. 35).

E. 6.1.3

Dr. med. H. _____, Fachärztin für Neurologie, stellte keine neurologischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie Status nach Commotio cerebri (10. Januar 2001); Status nach Distorsionstrauma der HWS (11. Januar 2001) und radikuläres Defektsyndrom S1 rechts (act. 76 S. 41). Bei der neurologischen Untersuchung seien ausser einer leichten Abschwächung des Achillessehnenreflexes rechts und sensiblen Störungen im Kleinzehenbereich rechts bei negativem Lasègue alle Befunde im Normbereich. Weiter fänden sich keine Ausfälle an den oberen Extremitäten und den Hirnnerven. Diagnostisch sei beim Beschwerdeführer unter Berücksichtigung des Unfallmechanismus und der daraus resultierenden Beschwerden eine Distorsion der HWS zu beschreiben, unter Berücksichtigung der Bewusstlosigkeit zusätzlich eine Commotio cerebri. Aufgrund dessen, dass es zu keinen traumatischen Veränderungen an der HWS oder im Bereich des Schädels gekommen sei, dürfe man davon ausgehen, dass die unmittelbaren Traumafolgen nach spätestens einem Jahr abgeklungen seien. Die noch persistierenden Beschwerden seien schwierig einzuordnen, sicher würden funktionelle Momente eine Rolle spielen. Der Leidensdruck sei aller Wahrscheinlichkeit nach nicht sehr hoch, da Analgetika nicht regelmässig eingenommen werden müssten und physio- sowie psychotherapeutische Massnahmen nicht konsequent verfolgt würden. Auch die Commotio cerebri spiele zum heutigen Zeitpunkt keine Rolle mehr, da nie eine Contusio cerebri mit bleibender Auswirkung vorhanden gewesen sei. Die in den letzten Jahren aufgetretenen Rückenschmerzen mit sensiblen Störungen an der Aussenseite des rechten Fusses seien dem lumbalen Segment S1 zuzuschreiben. Dazu passe auch die leichte Abschwächung des Achillessehnenreflexes. Um eine akute Situation handle es sich in keiner Weise, da der Lasègue negativ sei. Unter Berücksichtigung des Fehlens von neurologischen Beeinträchtigungen und Ausfällen in der ganzen Zeit seit dem Unfall dürfe man davon ausgehen, dass eine volle Arbeitsfähigkeit vorhanden sei. Aus neurologischer Sicht sei das lumbo-radikuläre residuelle Schmerzsyndrom nicht akut und betreffend Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigend (act. 76 S. 42).

E. 6.1.4

Dr. med. I. _____, Facharzt für Innere Medizin, stellte keine internistischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er Extrasystolie bzw. paroxysmale Tachykardie sowie

Hypercholesterinämie (act. 76 S. 49). Aus rein internistischer Sicht bestehe für die früher durchgeführten Tätigkeiten im Hotelbereich bzw. Gastronomie sowie für die zuletzt durchgeführte Tätigkeit als Maschinenarbeiter eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Wegen der Extrasystolie/Tachykardie-Neigung sollten schwere körperliche Tätigkeiten nicht ausgeübt werden (act. 76 S. 50).

E. 6.1.5

Dr. med. J._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte keine psychiatrischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) und Grenzwertintelligenz. Psychische relevante Beschwerden seien bis auf neuropsychologische Funktionsstörungen nicht festgestellt worden. Die psychiatrische Vorgeschichte sei bis vor 5 Jahren unauffällig. Damals seien nicht näher klassifizierte Herzrhythmusstörungen aufgetreten und dem Beschwerdeführer sei nahegelegt worden, sich wegen der Frage eines Angstäquivalentes psychiatrisch vorzustellen. Geschildert würden seitdem Ängste, insbesondere beim Einschlafen, leichte psychomotorische Unruhe und innere Gedanken von Katastrophisierung. Sonstige spezifische psychische Symptome seien nicht erfragbar. Im psychischen Befund würden sich eine leichte Agitation und ein etwas erhöhter Angstaffekt zeigen. Der Bildungsgrad sei einfach. Es hätten sich Hinweise für eine Grenzwertbegabung ergeben, die im neuropsychologischen Gutachten bestätigt worden seien. Hier seien leichte kognitive Einschränkungen und ein etwas verlangsamtes Reaktionsvermögen gesehen worden, dies allerdings ausgelöst durch eine diskrete psychische Störung und eine prämorbid Veranlagung. Sonstige Psychopathologien seien nicht zu erheben. In psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht sei der Beschwerdeführer medizinisch-theoretisch als arbeitsfähig anzusehen (act. 76 S. 57).
Betreffend Vorakten führte Dr. med. J._____ aus, es würden diverse psychiatrische Befundberichte aus Bosnien vorliegen, die jeweils übersetzt worden seien. Es seien gemäss Beschwerdeschilderung des Beschwerdeführers depressive Verstimmungen beschrieben worden. Nach gutachterlicher Würdigung könne jedoch retrospektiv keine affektive Erkrankung, wie z.B. eine Depression, festgestellt werden. Insofern bestehe hier eine gewisse Diskrepanz zwischen den Behandlerberichten und der gutachterlichen Auffassung (act. 76 S. 57 f.). Zum Belastungsprofil hielt Dr. med. J._____ schliesslich fest, dass Tätigkeiten mit höherem intellektuellem Anspruchsprofil sowie Erfordernis von geistiger Wendigkeit und Flexibilität vermieden werden sollten. Als geeignet seien sämtliche Tätigkeiten mit vorgegebenen Routineabläufen anzusehen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit als Hilfsarbeiter (act. 76 S. 58).

E. 6.1.6

Aus neuropsychologischer Sicht würden gemäss Dipl. Psych. K._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, bei als valide anzusehenden kognitiven Testleistungen und unter Berücksichtigung des prämorbid Niveaus Hinweise auf leichte erworbene kognitive Defizite im Rahmen der chronifizierten Schmerzstörung und der psychiatrischen Erkrankung vorliegen. Hierbei handle es sich um ein verlangsamtes Reaktionsvermögen bei einfachen und komplexen Anforderungen, Defizite im verbalen Lernen und Behalten sowie verminderte exekutive Fähigkeiten. Der Einfluss dieser Leistungsminderungen auf die Arbeitstätigkeit als ungelernter Arbeiter sei als eher gering einzuschätzen (act. 76 S. 65 f.).

E. 6.1.7

Dr. med. L. _____, Eidg. Fachärztin FMH für ORL, stellte die Diagnose unspezifische Schwindelbeschwerden bei geringer allgemeiner Bewegungsintensität, wobei peripher vestibulär keine pathologischen Befunde zu erheben seien (act. 76 S. 68). Aus otologischer Sicht sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. Die Restschwindelbeschwerden, welche er subjektiv spüre, hätten einen anderen Ursprung. Mit Sicherheit könne aber der Schwindel durch ein geeignetes Gleichgewichtstraining und psychiatrischer Begleitung gebessert werden. Die Verdachtsdiagnose des zervikogenen Schwindels, welche in der Rehaklinik D. _____ 2001 gestellt worden sei, sei mit äusserster Vorsicht zu interpretieren. In der Literatur werde diese Krankheit sehr kontrovers diskutiert; objektive Befunde finde man dabei nicht (act. 76 S. 69).

E. 6.1.8

Zusammenfassend wurden im polydisziplinären Gutachten vom 25. April 2015 folgende Diagnosen gestellt (vgl. act. 76 S. 19, 34, 41, 49, 57, 68): mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei röntgenologisch beschriebenen frühen osteochondrotischen und spondylarthrotischen Aufbrauchbefunden L4-S1 sowie bei klinisch uneingeschränkter Rumpfbeweglichkeit ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - anamnestisch Status nach Verkehrsunfall 10. Januar 2001 mit damaliger HWS-Distorsion und Commotio cerebri, keine Folgen - generalisierte Angststörung (F41.1) - Grenzwertintelligenz - Radikuläres Defektsyndrom S1 rechts - Unspezifische Schwindelbeschwerden bei geringer allgemeiner Bewegungsintensität - peripher vestibulär sind keine pathologischen Befunde zu erheben - Extrasystole bzw. paroxysmale Tachykardie - Hypercholesterinämie

E. 6.1.9

Gemäss Synthese aus allen untersuchten Fachgebieten nach Konsens vom 20. April 2015 habe der 2001 erlittene Verkehrsunfall mit einer HWS-Distorsion bei einer kritischen retrospektiven Interpretation einer Distorsion Schweregrad maximal QTF II entsprochen. In einem Arztbericht vom 12. Januar 2001 sei von einer leichten HWS-Bewegungseinschränkung berichtet worden. Die unfallzeitpunktnahe MRI-Abklärung der HWS vom 5. Februar 2001 habe keine posttraumatischen HWS-Pathologien ergeben. Gemäss Bericht vom 22. Februar 2001 habe es auch keine harten Facts für eine durchgemachte milde Traumatic brain injury (TBI) gegeben; auch klinisch-pathologisch habe es keinen Hinweis für eine Verletzung im Bereich des Rückenmarkes und/oder der Nerven in den oberen Extremitäten gegeben. Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung der SUVA vom 22. Februar 2001 sei bereits ab dem 26. Februar 2001 eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit interpretiert worden. Der sich anschliessende subjektiv mitgeteilte Beschwerdeverlauf sei auffallend prolongiert und protrahiert gewesen. Nach einer stationären Behandlung in der Rehaklinik D. _____ vom 30. Mai bis zum 11. Juli 2001 fänden sich die Diagnosen einer ängstlich gefärbten depressiven Anpassungsstörung und eine ausgeprägte vestibuläre Störung. Letztere habe aktuell im Rahmen der ORL-Abklärung nicht mehr gesehen werden können. Die am 18. September 2002 neuro-otologisch vermuteten zervikogenen zentralvestibulären Funktionsstörungen würden ebenfalls nicht mehr vorliegen. Die vom Hausarzt am 26. Juni 2006 dokumentierten, immer noch auftretenden plötzlichen Schwindelanfälle könnten retrospektiv nicht mehr organ-pathologisch zugeordnet werden. In der RAD-Stellungnahme vom 1. Juli 2012 sei unter anderem von einem relevanten «Delta-V» berichtet worden. Im Gesamtkontext sei trotz der Vermutung eines relevanten «Delta-V» bei dem

Unfallmechanismus, bei negativem MRI-Befund und bei unauffälliger Neurologie keine über einen Schweregrad QTF II hinausgehende HWS-Schädigung eingetreten. Aktuell gelte die HWS-Funktion als vollständig unauffällig. In einer retrospektiven Sicht sollten sämtliche Einwirkungen und Folgen des Ereignisses vom 10. Januar 2001 spätestens nach Ablauf des dritten Unfalljahres (2004) vollständig regredient gewesen sein. Bei einer aktuell klinisch freien LWS- und Rumpffunktion seien röntgenologisch dem Lebensalter vorausseilende degenerative Aufbrauchbefunde (Osteochondrosen, Spondylarthrosen) der kaudalen Bewegungssegmente L4-S1 beschrieben worden. Diese könnten die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen, was einem reduzierten Arbeitstempo und einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 % entspreche (act. 76 S. 20). Retrospektiv seien unfallassoziierte und zervikal gründende Beschwerden maximal für einen Zeitrahmen von zwei bis drei Jahren nachvollziehbar. Der vorliegend ungewöhnlich protrahierte und prolongierte Verlauf von Beschwerden gründe zumindest nicht orthopädisch somatisch. Rein orthopädisch sei auf dem Wege einer Schätzung spätestens nach Ablauf des dritten Unfalljahres von einer 100 %-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die gleiche Einschätzung dürfte auch aus neurologischer Sicht Gültigkeit haben, wobei die Neurologin der Ansicht sei, dass sogar bereits nach einem Jahr nach dem Unfall wieder eine normale Arbeitsfähigkeit vorhanden gewesen sei. Die tieflumbal lokalisierten Rückenbeschwerden würden seit ca. fünf Jahren vorliegen und vom Versicherten seit ca. einem Jahr in einer gesteigerten Intensität empfunden. Grundend auf diesen tieflumbalen Rückenbeschwerden werde von einem reduzierten Arbeitstempo entsprechend einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 % ausgegangen. Zusammenfassend habe aus heutiger Sicht eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit von 2001 bis ca. 2003 und ab 2004 bis 2013 eine 100 % Arbeitsfähigkeit bestanden. Seit anfangs 2014 bestehe eine 80 %-ige Arbeitsfähigkeit (act. 76 S. 21).

E. 6.2

Zu prüfen ist in einem nächsten Schritt, ob dieses Gutachten den beweisrechtlichen Anforderungen genügt (vgl. E. 4.4 vorstehend).

E. 6.2.1

Das polydisziplinäre Gutachten vom 25. April 2015 ist umfassend und beruht auf allseitigen Untersuchungen durch entsprechend qualifizierte Fachärzte in den Disziplinen Orthopädie/Traumatologie, Neuropsychologie, Otoneurologie (HNO), Neurologie, Innere Medizin und Psychiatrie. Dabei wurden sowohl die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden als auch die medizinischen Vorakten berücksichtigt, was sich einerseits aus den Anamneseerhebungen der jeweiligen Gutachter und andererseits aus der zusammenfassenden Auflistung der medizinischen Vorgeschichte gemäss Aktenlage ergibt. Die medizinischen Zusammenhänge wurden sodann im Einzelnen dargelegt und es wurde auch Bezug auf abweichende frühere Beurteilungen genommen. Schliesslich enthält das Gutachten auch eine zusammenfassende Konsensbeurteilung aller Gutachter. Einem solchen Gutachten ist grundsätzlich volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen.

E. 6.2.2

In formeller Hinsicht brachte der Beschwerdeführer zunächst vor, das psychiatrische Teilgutachten entspreche nicht den rechtlichen Anforderungen, da einzig der Passus enthalten sei, dass die Untersuchungen in Anwesenheit eines professionellen Übersetzers

stattgefunden hätten. Gemäss den als anerkannten Standard für eine sachgerechte und rechtsgleiche (versicherungs-)psychiatrische Begutachtung geltenden Qualitätsrichtlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) müssten Name des Dolmetschers sowie die vermittelnde Organisation erwähnt werden (BVGer act. 10 S. 5). Es ist zutreffend, dass die Rechtsprechung diese Richtlinien als anerkannten Standard bezeichnet. Jedoch verstehen sich die Qualitätsleitlinien als Empfehlung, von welcher im begründeten Einzelfall abgewichen werden kann; dem Rechtsanwender sollen sie bei der Beurteilung der Gutachtensqualität nützlich sein (BGE 140 V 260 E. 3.2.2). Darüber hinaus hat das Bundesgericht ausgeführt, dass weder Gesetz noch Rechtsprechung den Psychiatern eine Begutachtung nach den entsprechenden Richtlinien vorschreiben. Die Leitlinien stellen eine Orientierungshilfe für die gutachtenden Fachpersonen dar und sollen die Gutachtenspraxis im Hinblick auf die normativ massgeblichen Gesichtspunkte konkretisierend anleiten. Ein Gutachten verliert demnach nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an diese anlehnt (Urteile des BGer 8C_433/2017 vom 12. September 2017 E. 3.4.1 m.H.; 8C_105/2017 vom 6. Juni 2017 E. 4.4 m.H.). Des Weiteren ist nicht ersichtlich, welche Änderungen hinsichtlich der Qualität und Aussagekraft des Gutachtens resultieren könnten, wenn der Name des beigezogenen professionellen Übersetzers aufgeführt worden wäre. Jedenfalls ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer die Übersetzung als solche nicht beanstandet hat. Im Übrigen hat der Beschwerdeführer im weiteren Verlauf des Verfahrens nie Ablehnungsgründe gegen den betreffenden Übersetzer vorgetragen, weshalb auch nicht nachvollziehbar ist, inwiefern dem Beschwerdeführer aus dem nicht bekannten Namen des Übersetzers ein Nachteil entstanden sein sollte.

E. 6.2.3

Im Weiteren bemängelte der Beschwerdeführer bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens, eine zuverlässige Diagnosestellung sei in Anbetracht eines kurzen anamnestischen Gesprächs unter Beizug eines Dolmetschers kaum möglich. Zunächst ist festzuhalten, dass im psychiatrischen Kontext die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung die wichtigste Grundlage gutachterlicher Feststellungen und Schlussfolgerungen bilden. Dem Gespräch, d.h. der direkten Auseinandersetzung des oder der Sachverständigen mit der zu begutachtenden Person kommt somit massgebende Bedeutung zu (vgl. Urteile des BGer 9C_410/2016 vom 4. August 2016 E. 2.2.1; 8C_323/2014 vom 23. Juli 2014 E. 5.2.1). Vorliegend ist nicht ersichtlich, inwiefern die von der psychiatrischen Gutachterin persönlich durchgeführte klinische Untersuchung mit ausführlicher Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (vgl. act. 76 S. 52-56) ungenügend sein soll. Überdies vermerkte die Gutachterin, am Ende der 60-minütigen Untersuchung habe der Beschwerdeführer angegeben, dass alle seine Beschwerden vollständig erfasst seien und dass er keine Ergänzungen gewünscht habe (act. 76 S. 55). Hinsichtlich der Dauer des anamnestischen Gesprächs ist ausserdem festzuhalten, dass es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt, sondern vielmehr massgebend ist, ob die darauf basierenden ärztlichen Folgerungen inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig sind (vgl. Urteile des BGer 8C_924/2014 vom 2. April 2015 E. 4.2; 8C_848/2012 vom 16. April 2013 E. 3.2.2). Ferner ist darauf hinzuweisen, dass die Dauer der Untersuchung, die Anzahl der notwendigen psychiatrischen Explorationen und die Durchführung von Tests der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des Experten unterliegen (Urteil 8C_433/2017 E. 3.4.1). Ebenfalls ins

Ermessen des Gutachters fällt die Entscheidung, ob eine medizinische Abklärung in der Muttersprache des Exploranden oder unter Beizug eines Übersetzers im Einzelfall geboten ist. Dazu gehört auch die Wahl des Dolmetschers sowie die Frage, ob allenfalls bestimmte Teile der Abklärung aus sachlichen und persönlichen Gründen in dessen Abwesenheit durchzuführen sind. Entscheidend dafür, ob und in welcher Form bei medizinischen Abklärungen dem Gesichtspunkt der Sprache resp. der sprachlichen Verständigung Rechnung getragen werden muss, ist letztlich die Bedeutung der Massnahme im Hinblick auf die in Frage stehende Leistung. Es geht um die Aussagekraft und damit die beweismässige Verwertbarkeit des Gutachtens als Entscheidungsgrundlage für die IV-Stelle und gegebenenfalls das Sozialversicherungsgericht. Danach müssen die Feststellungen des Experten nachvollziehbar sein, seine Beschreibung der medizinischen Situation muss einleuchten und die Schlussfolgerungen müssen begründet sein (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 245/00 vom 30. Dezember 2003 E. 4.2.1, in: AHI 2004, 147). Nach der Rechtsprechung ist bei psychiatrischen Begutachtungen eine Übersetzungshilfe beizuziehen, sofern sprachliche Schwierigkeiten bestehen und das Untersuchungsgespräch nicht in der Muttersprache des Exploranden geführt werden kann (BGE 140 V 260 E. 3.2.1). Vor diesem Hintergrund erscheint eine Untersuchungszeit von einer Stunde jedenfalls nicht unangemessen und war der Beizug eines professionellen Übersetzers geboten.

E. 6.2.4

Sodann rügte der Beschwerdeführer, im psychiatrischen Teilgutachten seien wesentliche medizinische Unterlagen nicht berücksichtigt worden. Zudem müsse bezweifelt werden, dass Dr. med. J._____ die in französischer Übersetzung vorliegenden Berichte aus Bosnien verstanden habe. Überdies seien die Diskrepanzen zu früheren medizinischen Berichten nicht diskutiert worden. Der Beschwerdeführer bezieht sich dabei insbesondere auf die Berichte seines behandelnden Neuropsychiaters Prim. Dr. med. M._____. So habe dieser in seinem fachärztlichen Bericht vom 19. August 2013 ausgeführt, beim Beschwerdeführer bestehe in affektiver Hinsicht die meiste Zeit des Tages eine depressive Stimmung mit einer deutlichen Reduktion fast aller Aktivitäten und einer Unfähigkeit, Momente der Zufriedenheit zu erleben. Der Blick in die Zukunft sei düster, verbunden mit einem Verlust von Selbstvertrauen und Selbstachtung sowie einem starken Schuldgefühl. Der Schlaf sei häufig unterbrochen, er sei den ganzen Tag müde und es mangle ihm an Energie. Zudem bestehe eine psychomotorische Verlangsamung (vgl. act. 37). Auch die Psychologin N._____ spreche von niedergeschlagener Stimmung, Verlust von emotionaler und vitaler Energie, geringem Mass an Intentionalität und Spontaneität, Gefühl der Wertlosigkeit und Perspektivlosigkeit sowie von chronisch und tief in die Persönlichkeitsstruktur integrierten depressiven Zügen und Ängsten (vgl. act. 35).

E. 6.2.4.1

Angeichts des hohen Stellenwerts, der medizinischen Gutachten im Sozialversicherungsprozess zukommt, sind an deren Qualität entsprechend hohe Anforderungen zu stellen. Unter dem Aspekt der Vollständigkeit ist deshalb nicht nur zu verlangen, dass der Gutachter die Anknüpfungstatsachen, d.h. die tatsächlichen Grundlagen des Gutachtens, die er nicht selber beschafft hat, einzeln und mit ihrem wesentlichen Inhalt rekapituliert. Gleichermassen erforderlich ist, dass das Gutachten in Kenntnis der Vorakten erstellt wird. Dies bedingt die Kenntnis und Beachtung - wenn auch nicht sämtlicher - so doch der wesentlichen Vorakten. Eine Stellungnahme und gegebenenfalls

Auseinandersetzung mit ärztlichen (Vor-)Berichten, welche von Gutachten abweichen, ist auch deshalb notwendig, weil das Gericht ansonsten bei divergierenden Arztberichten häufig nicht in der Lage ist, das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht die andere medizinische These abstellt, wie dies die Rechtsprechung verlangt (Urteil des BGer 9C_986/2009 vom 11. November 2010 E. 4.5.1 f.).

E. 6.2.4.2

Im Hauptgutachten, welches auch von Dr. med. J. _____ unterzeichnet wurde, wurden einleitend die den Gutachtern zur Verfügung gestellten Vorakten zusammenfassend aufgeführt, sodass entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers davon ausgegangen werden kann, dass auch die psychiatrische Gutachterin Kenntnis der Vorakten hatte und diese somit in ihre Begutachtung einbezogen hat. Dafür spricht ausserdem, dass Dr. med. J. _____ in ihrem Teilgutachten unter dem Punkt Würdigung der Akten ausdrücklich festhielt, es würden diverse psychiatrische Befundberichte aus Bosnien vorliegen, die übersetzt worden seien, und in denen gemäss Beschwerdeschilderung des Beschwerdeführers depressive Verstimmungen beschrieben worden seien. Weiter führte sie aus, nach gutachterlicher Würdigung lasse sich retrospektiv keine affektive Erkrankung, wie z.B. eine Depression, feststellen. Auch wenn die gutachterliche Stellungnahme zu den Vorberichten relativ kurz ausfiel, lassen sich daraus jedenfalls keine Anhaltspunkte dafür ableiten, dass Dr. med. J. _____ die auf Französisch übersetzten Berichte - wie vom Beschwerdeführer vermutet - nicht verstanden hätte.

E. 6.2.4.3

Dr. med. J. _____ stellte die Diagnosen generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) und Grenzwertintelligenz. Überdies hielt sie bezüglich der Vorakten ausdrücklich fest, aufgrund der dort beschriebenen depressiven Verstimmungen lasse sich retrospektiv keine affektive Erkrankung feststellen (act. 76 S. 57). Demgegenüber hatte Prim. Dr. med. M. _____ die psychiatrische Diagnose Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) gestellt (act. 37 S. 3 f.). Die Psychologin N. _____ übernahm diese Diagnose als Arbeitshypothese und stellte mit Hilfe eines standardisierten psychometrischen Tests sekundäre depressive Merkmale fest (act. 35). Soweit die psychiatrischen Diagnosen divergieren, ist zu beachten, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Entsprechend kann die ärztliche Beurteilung abhängig von der Gutachterperson und von den Umständen der Begutachtung eine grosse Varianz aufweisen und trägt deshalb ebenfalls von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge (vgl. Urteile des BGer 9C_794/2012 vom 4. März 2013 E. 4.2; BGer 9C_564/2016 vom 24. November 2016 E. 3.1; BGE 137 V 210 E. 3.4.2.3). Vorliegend gehören sowohl die Diagnose generalisierte Angststörung als auch diejenige der Angst und depressive Störung, gemischt, gemäss der ICD-10-Klassifizierung zur Kategorie Andere Angststörungen (ICD-10 F41.-). Während bei der Diagnose generalisierte Angststörung die Angst im Vordergrund steht, bestehen bei der Diagnose Angst und depressive Störung, gemischt, Angst und Depression, wobei keine der beiden Störungen eindeutig vorherrscht und keine für sich genommen eine eigenständige Diagnose rechtfertigt (vgl. Kommentar zu ICD-10 F41.2). Entsprechend divergieren die gestellten Diagnosen nur leicht voneinander,

was letztlich auf das zulässige und zu respektierende Ermessen der Experten zurückzuführen ist.

E. 6.2.4.4

Soweit der Beschwerdeführer das Bestehen depressiver Verstimmungen geltend macht, ist festzuhalten, dass Dr. med. J. _____ ausdrücklich keine affektive Erkrankung feststellte. Dies ist aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers anlässlich der Begutachtung auch nachvollziehbar. So kann der Beschwerdeführer mit Bekannten Karten spielen, besucht regelmässig Restaurants, besucht regelmässig seine Eltern und kauft für sie ein, versucht ein wenig die Landwirtschaft der Eltern aufrecht zu erhalten, spielt gerne mit dem Hund im Freien, trifft Kollegen und Bekannte und macht gelegentlich Spaziergänge auf einer Teerstrasse mit dem Hund des Bruders (act. 76 S. 53 f. und 68). Diese familiären und ausserfamiliären sozialen Kontakte sind nicht geeignet, depressive Verstimmungen zu belegen.

E. 6.2.4.5

Schliesslich erweist sich auch die psychiatrische und neuropsychologische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als nachvollziehbar, zumal keine Gründe ersichtlich sind, dass sich die festgestellte leichte kognitive Einschränkung und das etwas verlangsamte Reaktionsvermögen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in relevanter Weise auswirken könnten.

E. 6.2.4.6

Vor diesem Hintergrund vermögen die vom Beschwerdeführer ins Feld geführten psychiatrischen Vorberichte keine Zweifel an der Zuverlässigkeit des psychiatrischen Teilgutachtens zu erwecken.

E. 6.2.5

Betreffend die somatischen Unfallfolgen fällt sodann ein Widerspruch in den Angaben des Beschwerdeführers auf. So gab er gemäss Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Fällen der Suva vom 22. Februar 2001 an, die Sicherheitsgurten getragen und keinen Bewusstseinsverlust erlitten zu haben (k-act. 6 S. 41). Hingegen gab er im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung an, beim Unfall anfänglich bewusstlos gewesen zu sein (act. 76 S. 31 und 37). Vor dem Hintergrund, dass die sogenannten spontanen Aussagen der ersten Stunde in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2a), erscheinen die Angaben kurze Zeit nach dem Unfall, wonach infolge des Unfalls keine Bewusstlosigkeit auftrat, glaubwürdiger. Während im Austrittsbericht der Rehaklinik D. _____ vom 2. Oktober 2002 unter anderem von einer milden traumatischen Hirnverletzung die Rede ist, ergeben sich aus dem polydisziplinären Gutachten - unter ausdrücklicher Berücksichtigung der früheren Berichte und Untersuchungen - weder harte Facts noch klinisch-pathologische Hinweise für eine Hirnverletzung. Im Ergebnis wird dies zusätzlich durch den Bericht der Kommission «Whiplash-associated Disorder» der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft bestätigt, wonach es bis anhin keinen Beleg dafür gibt, dass ein reines Beschleunigungs-Verzögerungstrauma ohne initiale Bewusstseinsstörung mit einer strukturellen Hirnschädigung einhergehen kann (vgl. Schnider et al., Beschwerdebild nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma, in: Schweizerische Ärztezeitung, 2000, S. 2218). Entsprechend ist - wie im polydisziplinären Gutachten bereits nachvollziehbar

ausgeführt - davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aufgrund des Unfalls jedenfalls keine Hirnverletzung erlitten hat.

E. 6.2.6

Zusammenfassend bestehen nach dem Gesagten keine konkreten Anhaltspunkte, die gegen die Zuverlässigkeit des vorliegenden polydisziplinären Gutachtens sprechen, womit auf dieses beweismässig abgestellt werden kann. Bei diesem Ergebnis erübrigt sich eine erneute Begutachtung, da in antizipierter Beweiswürdigung keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind.

E. 6.3

Zu prüfen bleibt, ob und inwiefern sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verändert hat.

E. 6.3.1

Der Beschwerdeführer machte diesbezüglich geltend, an seinem Gesundheitszustand habe sich nichts verändert - jedenfalls nichts verbessert. Namentlich sei im Gutachten in somatischer Hinsicht lediglich eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts vorgenommen worden. In psychiatrischer Hinsicht wurde sinngemäss nach wie vor das Bestehen psychiatrischer Beschwerden geltend gemacht.

E. 6.3.2

Anders als im Zeitpunkt der Rentenzusprache konnten gemäss Gutachten vom 25. April 2015 beim Beschwerdeführer keine orthopädischen Folgen des Unfallereignisses mehr festgestellt werden; insbesondere war die HWS frei beweglich und es waren keinerlei pathologische Befunde mehr nachvollziehbar. Bezüglich der Schwindelbeschwerden konnten aus otologischer Sicht peripher vestibulär ebenfalls keine pathologischen Befunde mehr erhoben werden.

E. 6.3.3

Auch in neuropsychologischer Sicht konnte die ursprünglich festgestellte mittelschwere Einschränkung anhand der aktuellen Testung nicht mehr bestätigt werden und die gegenwärtig erhobenen Leistungsminderungen wurden als eher gering und ohne Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit eingeschätzt.

E. 6.3.4

In psychiatrischer Hinsicht fällt auf, dass im Zeitpunkt der Rentenzusprache vor dem Hintergrund, dass der Beschwerdeführer etwas ruhiger und weniger dysphorisch sei, festgehalten wurde, die Anpassungsstörung sei in Rückbildung begriffen. Aktuell konnte die Gutachterin im psychischen Befund - abgesehen von einer leichten Agitation und einem etwas erhöhten Angstaffekt - keine invalidenversicherungsrechtlich relevanten Psychopathologien mehr erheben. Insbesondere wurde das Vorliegen einer affektiven Erkrankung verneint.

E. 6.3.5

Hingegen wurde neu ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom diagnostiziert, das eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Umfang von 20 % zur Folge habe. Im Weiteren lagen die neurologischen Befunde jedoch abgesehen von einem nicht akuten lumbo-radikulären residuellen Schmerzsyndrom im Normbereich.

E. 6.3.6

In internistischer Sicht sind eine Extrasystolie bzw. paroxysmale Tachykardie sowie eine Hypercholesterinämie hinzugekommen, welche jedoch keine Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit zeitigen und in invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht somit nicht relevant sind.

E. 6.3.7

Aus dem Vergleich des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache mit demjenigen gemäss Gutachten vom 25. April 2015 ergibt sich insgesamt eine deutliche Verbesserung. Gemäss den nachvollziehbaren Ausführungen der Gutachter hat aktuell einzig das lumbovertebrale Schmerzsyndrom eine Minderung der Leistungsfähigkeit zur Folge. Zusammenfassend wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei für alle leichten und mittelschweren Tätigkeiten geeignet. Zu meiden seien schwere und rückenbelastende Arbeiten. Die bisherige Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter in einer metallverarbeitenden Fabrik entspreche einer hinreichend angepassten Tätigkeit und könne zu 80 % wieder aufgenommen werden (act. 76 S. 20 f.). Für diese Verbesserung spricht überdies der Umstand, dass der Beschwerdeführer - nachdem er in der Schweiz im Jahr 2003 freiwillig auf den Führerausweis verzichtet hatte - wieder regelmässig Auto fährt (act. 76 S. 54). Im Rahmen der otoneurologischen Begutachtung gab er an, er könne noch gut Auto fahren und fahre immer mit dem Auto zum Psychiater, welcher etwa 40 km von seinem Wohnort entfernt tätig sei. Er fahre auch auf Strecken, die er nicht kenne (act. 76 S. 68). Dem steht entgegen, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung erklärte, er habe das Gefühl, dass er zu spät bei Fussgängern reagiere. Einen Unfall habe er in den letzten Jahren aber nicht gehabt (act. 76 S. 62). Indem sich der Beschwerdeführer trotzdem regelmässig ans Steuer setzt, manifestiert er seine subjektive Fahrtüchtigkeit. Offensichtlich sieht er anders als im Jahr 2003, als er freiwillig auf seinen Führerschein verzichtet hatte, im Autofahren keine Selbst- und Fremdgefährdung mehr.

E. 6.3.8

Somit hat sich der Gesundheitszustand in tatsächlicher Hinsicht verändert. Beim Wegfall bestehender Befunde und Auftreten neuer Befunde handelt es sich nicht um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts. Vielmehr haben sich der Sachverhalt und damit die Grundlagen der Invaliditätsbemessung verändert.

E. 6.4

Da die bisherige Tätigkeit einer hinreichend angepassten Tätigkeit entspricht und diese dem Beschwerdeführer wieder im Umfang von 80 % zumutbar ist, entspricht die Einkommenseinbusse dem Invaliditätsgrad, womit sich die Durchführung eines Einkommensvergleichs erübrigt. Bei dem vorliegenden Invaliditätsgrad von 20 % besteht jedoch kein Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 6.5

Soweit der Beschwerdeführer Anspruch auf Wiedereingliederungsmassnahmen erhebt, ist darauf hinzuweisen, dass dem Beschwerdeführer als Staatsangehöriger von Bosnien und Herzegowina ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen nur zusteht, solange er in der Schweiz Wohnsitz hat und wenn er unmittelbar vor dem Eintritt der Invalidität während

mindestens eines vollen Jahres Beiträge an die schweizerische Versicherung entrichtet hat (Art. 8 Bst. a Abkommen Schweiz-Jugoslawien). Demnach besteht im vorliegenden Fall mangels Wohnsitzes in der Schweiz kein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Zudem ist der Beschwerdeführer bei weiterhin zumutbarer Ausübung der letzten Erwerbstätigkeit auf den Weg der Selbsteingliederung zu verweisen (vgl. Urteil des BGer 8C_746/2017 vom 22. Dezember 2017 E. 4.3).

E. 6.6

Zusammenfassend ergibt sich, dass sich der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers erheblich verbessert hat, womit die Vorinstanz die laufende Invalidenrente mit Verfügung vom 18. März 2016 gestützt auf Art. 17 Abs. 1 ATSG und unter Berücksichtigung von Art. 88 Abs. 2 Bst. a IVV (SR 831.201) zu Recht per 1. Mai 2016 aufgehoben hat. Entsprechend ist die vorliegende Beschwerde abzuweisen.

E. 7.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Entsprechend sind die auf Fr. 800.- festzusetzende Verfahrenskosten dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

E. 7.2

Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.

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