

BVGer C-2865/2014 vom 20. Dezember 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-12-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2865_2014

FR: TAF C-2865/2014 du 20 décembre 2016

IT: TAF C-2865/2014 del 20 dicembre 2016

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 in Verbindung mit Art. 33 lit. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG, SR 831.20]) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (vgl. Art. 32 VGG). Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten (vgl. Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 IVG). In formellrechtlicher Hinsicht finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.3

Der Beschwerdeführer ist als primärer Adressat der angefochtenen Verfügung vom 15. April 2014 durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG und Art. 48 Abs. 1 VwVG). Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (Art. 60 ATSG, Art. 52 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der einverlangte Kostenvorschuss geleistet wurde, ist, da sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind, auf sie einzutreten.

E. 1.4

Mit der Beschwerde kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs von Ermessen), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG).

E. 1.5

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und zu prüfen, ob die Vorinstanz mit Verfügung vom 15. April 2014 die Rente des Beschwerdeführers zu Recht aufgehoben hat. Im Folgenden

sind vorab die im vorliegenden Verfahren dem Grundsatz nach anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

E. 2.1

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Entscheides eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Weiter sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 130 V 329). Ein allfälliger (weiterbestehender) Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis-Regel; vgl. BGE 130 V 445).

E. 2.1.1

Damit finden vorliegend grundsätzlich jene materiellen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 15. April 2014 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung des streitigen Sachverhalts im vorliegend massgebenden Zeitraum von Belang sind (für das IVG: ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IV-Revision], ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision] sowie in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659; 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket]; die Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] in den entsprechenden Fassungen).

E. 2.1.2

Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) sowie der Revision der Invalidenrente und anderer Dauerleistungen (Art. 17) entsprechen den von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der 5. und 6. IV-Revision nichts geändert, weshalb im Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

E. 2.2

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; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 E. 7.3). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen,

geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 2.3

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

E. 2.4

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 [in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung], Art. 28 Abs. 1 IVG [in der ab 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung])

E. 3.1

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, BGE 125 V 256 E. 4).

E. 3.2

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, BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 3.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen

Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen). Liegt ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG 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.w.H.). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. SVR 2010 IV Nr. 30 [9C_961/2008] E. 6.3; Urteil BGER 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.1).

E. 4.1

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung bildet vorliegend die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 21. Oktober 2003 (IV-act. 72), mit welcher dem Beschwerdeführer ab dem 1. Juli 1999 eine ganze IV-Rente zugesprochen wurde. Die spätere Rentenbestätigung der Vorinstanz vom 8. August 2005 (IV-act. 87) beruhte auf einem nicht abschliessenden Bericht von Dr. O. _____ vom 10. Mai 2005, welcher den Beschwerdeführer am 22. April 2005 in Hanoi untersuchte, mithin nicht auf einer umfassenden Sachverhaltsabklärung (vgl. IV-act. 82 S. 4, IV-act. 168 S. 3 am Ende, IV-act. 179 am Ende und BVGer-act. 1 S. 5 Mitte).

E. 4.2

Die rentenzusprechende Verfügung der IV-Stelle Bern vom 21. Oktober 2003 (IV-act. 72) stützte sich auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern (vgl. Aktennotiz vom 31. Juli 2003 [IV-act. 67 S. 1] und IV-act. 69 S. 3), welche auf den nachfolgenden ärztlichen Berichten und Gutachten basierte (Urteil [...] E. 5.2 f. [IV-act. 66 S. 9], vgl. auch BVGer-act. 1 S. 5 am Ende).

E. 4.2.1

Im Bericht der Dres. I. _____ und J. _____ vom 23. August 1999 (IV-act. 43) über die Hospitalisation des Beschwerdeführers in der Medizinischen Abteilung des Spitals F. _____ vom 16. Juni 1999 bis 29. Juli 1999 wurden als Diagnosen ein chronifiziertes zerviko-thorakales Schmerzsyndrom mit Krankheitswert (nach) schwerer Rückenkontusion 1993 sowie eine Schmerzverarbeitungsstörung bei narzisstischer Persönlichkeitsstruktur und pain proneness genannt. Die Dres. I. _____ und J. _____ führten aus, der 26-jährige ehemalige Grenadier leide an einem chronifizierten zerviko-thorakalen Schmerzsyndrom mit Krankheitswert. Durch den Sprung aus acht Metern Höhe in ein Sprungtuch sei es zu Verletzungen gekommen, die mit einer schweren Rückenkontusion einhergegangen seien. Das Ausmass der Beschwerden, der kommunikative Aspekt, der den Schmerzen zukomme,

und die Art und Weise der Beschwerden würden sich nicht allein mit dem organischen Korrelat einer Rückenkontusion erklären lassen. Die Ausgestaltung und Persistenz der Beschwerden würden auf eine Schmerzverarbeitungsstörung hinweisen, wobei es sich um eine narzisstische Schmerzregulation (nach Mainzer Schmerzwerkstatt) handle, bei der den Schmerzen eine psycho-protective Funktion zukomme. Ein bekannter Risikofaktor zur Ausbildung einer Schmerzverarbeitungsstörung sei das Vorhandensein einer pain proneness in der Anamnese, nämlich das Wissen darum, dass Menschen mit traumatischen Erfahrungen mit Schmerz während der Kindheit oder im Erwachsenenalter unter Belastung vermehrt mit Schmerzen reagieren würden. Der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 100% arbeitsunfähig. Eine Berentung sei sinnvoll, eine Neubeurteilung sei in zwei Jahren durchzuführen. Dann solle geprüft werden, inwieweit eine Umschulung sinnvoll sei. Zurzeit sei eine solche Massnahme nicht angezeigt, da der Beschwerdeführer nicht in der Lage sei, eine Tätigkeit länger als eine Stunde auszuführen.

E. 4.2.2

Im Gutachten von Dr. K._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Oberarzt Wirbelsäule / Orthopädie, L._____, Klinik, vom 5. Dezember 2000 wurden folgende Diagnosen erhoben: Subluxation der Facettengelenke Th7, Th8 sowie eine segmentale Instabilität (IV-act. 48 S. 3 Ziff. 2). Die klinische Untersuchung zeige eine Normalachse der Wirbelsäule in der sagittalen wie auch in der dorsalen Ansicht. Die Beweglichkeit lumbal sei nicht eingeschränkt. Es bestehe eine verstärkte Druck- und Palpationsdolenz im Bereich von Th7/8, welche durch Endkyphosierung erheblich verstärkt werde. Es bestünden keine radikulären Zeichen noch Hinweise auf eine andere neurologische Problematik. Die Sensibilität wie auch die rohe Kraft der oberen und unteren Extremitäten seien symmetrisch und nicht eingeschränkt (S. 2 f.). Die (anlässlich der Untersuchung in der L._____, Klinik erstellten) konventionellen Röntgenaufnahmen der Brustwirbelsäule vom 15. November 2000 zeigten laut Dr. K._____ eine Vermehrung des Abstandes der Prozessi spinosi Th7 und Th8 in der ap-Ansicht. In der seitlichen Ansicht wurde die Subluxation der Facettengelenke in diesem Bereich sichtbar. Es bestanden keine Hinweise auf Kompressionsfrakturen (S. 3 am Anfang). In Bezug auf zumutbare berufliche Tätigkeiten wurde im L._____-Gutachten erklärt, mit der segmentalen Instabilität seien dem Beschwerdeführer keine beruflichen Tätigkeiten zuzumuten (S. 4 Ziff. 9). Mit einer segmentalen Facettenverschraubung Th7, Th8 sei möglicherweise eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten (vgl. S. 4 Ziff. 10). Prognostisch wurde im Gutachten ausgeführt, die segmentale Instabilität mit den damit verbundenen Beschwerden werde sich auch langfristig spontan nicht bessern. Das Beschwerdebild werde bleiben und den Beschwerdeführer noch weiter in die Invalidität führen (S. 5 Ziff. 12). Abschliessend bemerkte Dr. K._____, im Zeitpunkt der Untersuchung (15. November 2000) hätten keine Vorakten vorgelegen, ebenso hätten sämtliche radiologisch-diagnostischen Untersuchungen gefehlt (S. 5 Ziff. 13).

E. 4.2.3

In ihrer versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 18. Juni 2001 (IV-act. 50 S. 1 - 3) erklärten die Dres. M._____ und N._____ des Chefärztlichen Dienstes des Bundesamtes für Militärversicherung insbesondere, entgegen der Beurteilung der Ärzte der Rheumatologischen Klinik des Spitals F._____ vom 29. Oktober 1998 (IV-act. 34) komme das L._____-Gutachten (IV-act. 48) zum Schluss, das vorliegende Beschwerdebild sei sehr wohl auf eine strukturelle Alteration der Wirbelsäule zurückzuführen. Es gehe nicht

auf die in den Vorakten erwähnte Schmerzverarbeitungsstörung (vgl. etwa Bericht Spital F. _____ vom 23. August 1999 [IV-act. 43]) ein (IV-act. 50 S. 2). Was die Schmerzfehlerverarbeitung betreffe, sei darauf hingewiesen, dass es nicht ungewöhnlich sei, dass ein Hochleistungssportler mit seiner vorwiegend körperzentrierten Lebensweise auf eine schmerzverursachende Verletzung anders reagiere als andere Personen. Diese etwas anders geartete Schmerzverarbeitung könne nicht von der militärversicherten Gesundheitsschädigung getrennt gedacht werden. Sie sei vielmehr in direktem Zusammenhang mit dem Militär-Unfall zu sehen. Das Gutachten der L. _____ Klinik berücksichtige die beklagten Beschwerden, beruhe auf allseitiger Untersuchung und sei in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend. Die Schlussfolgerungen seien, wenn auch kurz, begründet. Die Dres. M. _____ und N. _____ wiesen auch darauf hin, dass die Militärversicherung mit dem Beizug eines externen Gutachters die ärztliche Kompetenz für die entsprechende Fragestellung übertragen habe. Dies müsse respektiert werden, auch wenn die Schlussfolgerung nicht mit der eigenen Meinung übereinstimme und gewisse Zweifel am Gutachten durchaus berechtigt erscheinen. Erhebliche sachliche Gründe lägen jedoch nicht vor, um an der Ernsthaftigkeit des Gutachtens zu zweifeln. Wie die Fachärzte I. _____ und J. _____ (Bericht vom 23. August 1999, IV-act. 43) würde auch im L. _____-Gutachten (vom 5. Dezember 2000) davon ausgegangen, der Beschwerdeführer sei voll arbeitsunfähig. Deshalb sei der Moment gekommen, von Taggeldleistungen auf die Berentung des Beschwerdeführers überzugehen und nicht zuzuwarten, bis sich die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die im L. _____-Gutachten empfohlene Operation beurteilen lasse (IV-act. 50 S. 2 f.).

E. 4.3

In medizinischer Hinsicht stützte sich die Vorinstanz im Rahmen der vorliegend streitigen Rentenrevision bei ihrer Annahme, es bestehe beim Beschwerdeführer seit der P. _____-Untersuchung (vom 14. - 16. und 18. Januar 2013) ein verbesserter Gesundheitszustand und eine verbesserte, nunmehr volle Arbeitsfähigkeit - womit ab dem 1. Juni 2014 kein Anspruch mehr auf eine Rente der Invalidenversicherung bestehe (IV-act. 179) -, auf das P. _____-Gutachten der Dres. S. _____, Facharzt für Chirurgie, speziell Orthopädie und Traumatologie, T. _____, Facharzt Neurologie, U. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und V. _____, Facharzt für Innere Medizin, vom 17. März 2013 (IV-act. 151). Diese Gutachten wurde von Dr. Q. _____ des RAD Rhone als für die Anspruchsbeurteilung zuverlässig beurteilt (Stellungnahme vom 8. Mai 2013, IV-act. 155).

E. 4.3.1

In dem auf medizinischen Vorakten (IV-act. 151 S. 2 - 15) sowie auf eigenen fachärztlichen Untersuchungen beruhenden interdisziplinären Gutachten verneinten die P. _____-Gutachter Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 45 Ziff. 6.1). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine Schmerzverarbeitungsstörung bei akzentuierten narzisstischen Persönlichkeitszügen (ICD-10 F54, ICD-10 Z73.1) sowie einen Status nach Distorsionstrauma der HWS und BWS (S. 45 Ziff. 6.2).

E. 4.3.1.1

Der P. _____-Facharzt für Chirurgie, speziell Orthopädie und Traumatologie, Dr. S. _____ hielt anlässlich seiner Untersuchung in Bezug auf die geklagten "subjektiven Beschwerden" fest (IV-act. 151 S. 30), der Beschwerdeführer beschreibe Schmerzen im mittleren BWS-Bereich, welche in beide Schulterblätter und die HWS ausstrahlen würden, sowie auch Muskelzuckungen, welche spontan auslösbar seien und besonders in den beiden unteren Extremitäten sichtbar wären. Zweitweise komme es ausserdem zu Gefühlsstörungen, die von beiden Ohren ausgehend bis in die Hände ausstrahlen würden. Er könne wegen der Brustwirbelsäulenschmerzen maximal 30 Minuten sitzen. In seinem Untersuchungsbefund (S. 31 f.) hielt der Gutachter Dr. S. _____ fest, die Wirbelsäule zeige klinisch einen achsengerechten Aufbau. Die Nacken- und Rückenmuskulatur seien klinisch seitengleich, gut tonisiert und über das Normalmass muskulös ausgeprägt. Das Bewegungsspiel des Kopfes und des Rumpfes seien ohne auffällige Beeinträchtigung. Die Halswirbelsäule zeige altersgenügende entsprechend normale Bewegungsausschläge sowie symmetrische Funktionsverhältnisse. Weder anamnestisch noch klinisch-funktionell ergäben sich Hinweise auf eine segmentale dysfunktionelle Störung im HWS-Bereich. Symptome für eine zervikale Nervenwurzelreizung beständen nicht. Die Untersuchung der Brustwirbelsäule zeige eine Palpationsdolenz im Bereich des 6., 7. und 8. Brustwirbels über den Dornfortsätzen. Die Symptomatik werde in der Endkyphosierung erheblich verstärkt. Bei der Funktionsprüfung auf der Untersuchungsliege ergebe sich im Bereich der Brustwirbelsäule eine genügende Kraftentfaltung der Rumpfmuskulatur zum Anheben des Kopfes und des Brustkorbes. Die Lendenwirbelsäule zeige in der Reklination eine regelhafte Zunahme der Lordose, die sich in der Rumpfbeuge frei entfalte. Die Seitneigung und Rotation der Brustwirbelsäule zeige altersphysiologisch genügende Gesamtbewegungsausschläge ohne erkennbare Teilkontrakturen mit harmonischem Bewegungsfluss. Es beständen kein Stauchungsschmerz im Bereich der LWS sowie keine Druckdolenz im Bereich der Dornfortsätze. Die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule sei uneingeschränkt demonstrierbar. Hinweise auf eine segmentale Gefügelockerung oder Dysfunktion ergäben sich nicht. Die Sensibilität wie auch die grobe Kraft seien im Bereich der oberen und unteren Extremität symmetrisch und uneingeschränkt. Hinweise auf radikuläre Zeichen sowie andere neurologische Ausfälle ergäben sich nicht. Seitens des übrigen Bewegungsapparates würden keine krankhaften Symptome beklagt. In Bezug auf die "Röntgenuntersuchung (Praxis Dr. [...])" (S. 32) wurde hinsichtlich HWS festgehalten, es fänden sich achsengerechte Verhältnissen bei diskret harmonischer Kyphose, ohne Hinweis für eine stattgehabte knöcherne Verletzung oder eine bestehende segmentale Instabilität. Die Zwischenwirbelräume kämen nicht verschmälert zur Darstellung. In Bezug auf die BWS wurde ein 12-gliedriger Aufbau der Brustwirbelsäule mit weitgehend achsengerechten Verhältnissen in der Aufsicht festgehalten. Es fänden sich keine Hinweise für eine stattgehabte knöcherne Verletzung. Die Zwischenwirbelräume kämen in allen Segmenten regelrecht weit zur Darstellung (keine Höhenminderungen). Die Stellung der Wirbelhinterkanten sei harmonisch. Eine Vermehrung des Abstandes der Processi spinosi Th7 und Th8 in der a.p.-Ansicht sowie Hinweise auf Luxationen der Facettengelenke in diesem Bereich ergäben sich bei der aktuellen Röntgenuntersuchung nicht. In Bezug auf die LWS wurden achsengerechte Verhältnisse und homogen dichte Knochenfeinstrukturen angegeben. Die Grund- und Deckplatten der Wirbelkörper seien nicht verdichtet. Die Zwischenwirbelräume der Lendenwirbelsäule kämen regelhaft zur Darstellung. Es bestünde kein Anhaltspunkt für Drehgleiten oder seitliche Spondylosen. In seiner "chirurgisch-orthopädischen Beurteilung" (S. 33 f.) hielt der Gutachter Dr. S. _____ fest,

sämtliche Abklärungen der Wirbelsäule nach dem Unfallereignis seien ohne Nachweis pathologischer Befunde geblieben. Nach intensiver Physiotherapie habe der Beschwerdeführer seinen Dienst bei B. _____ antreten können, wo er ein Jahr lang Dienst absolviert habe. Im zweiten Jahr sei er aufgrund zunehmender Rückenbeschwerden dienstunfähig geworden und habe daher aus dem Dienst austreten müssen. Die Beschwerdesymptomatik sei laut Beschwerdeführer seit dem Unfall 1993 bis zum heutigen Tage unverändert vorhanden. Der Beschwerdeführer klagt aktuell über Schmerzen im mittleren BWS-Bereich, welche in beide Schulterblätter und die HWS ausstrahlen würden. Die Beschwerden hätten teils stechenden, teils dumpfen Charakter. Er verspüre tägliche Schmerzen mit Besserung nach Pilates-Therapie und Schwimmtraining. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung zeige sich als Hauptbefund eine Palpationsdolenz im Bereich der mittleren Brustwirbelsäule. Bewegungseinschränkungen oder dysfunktionelle Störungen ergäben sich nicht. Die neurologischen Befunde seien bei der Untersuchung normal. Die Nackenmuskulatur und Rückenmuskulatur seien selbsteig ausgebildet und gut tonisiert. Klinisch zeige sich ein athletisch konfigurierter Muskelmantel mit Betonung der oberen Extremitäten und des Schultergürtels. Die im Gutachten der L. _____-Klinik vom 15. November 2000 durch Dr. K. _____ diagnostizierte Subluxation der Facettengelenke Th7 und Th8 mit segmentaler Instabilität seien bei der aktuellen klinischen Untersuchung nicht verifizierbar. Anzumerken sei, dass zur Diagnosestellung im Rahmen des Gutachtens der L. _____-Klinik bildgebend ausschliesslich eine Röntgenuntersuchung beurteilt worden sei. Sämtliche Vorakten des Beschwerdeführers sowie radiologische Vorbefunde früherer MR- bzw. CT-Untersuchungen hätten dazu nicht vorgelegen. Die durch den Beschwerdeführer geäusserten Beschwerden mit massivsten Schmerzen und der Unmöglichkeit, mehr als 15 Minuten zu sitzen, stünden in erheblichem Gegensatz zur freien Beweglichkeit der gesamten Wirbelsäule sowie dem kräftig trainierten Gesamtzustand des Beschwerdeführers. Zusammenfassend seien die Beschwerden des Beschwerdeführers im Bereich der mittleren BWS durch die aktuelle Diagnostik nicht objektivierbar. Auf chirurgisch-orthopädischem Fachgebiet sei momentan keine begründbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben (S. 33 f.).

E. 4.3.1.2

Der neurologische P. _____-Gutachter Dr. T. _____ hielt anlässlich seiner Untersuchung in Bezug auf das "jetzige Leiden aus Sicht des Beschwerdeführers" (S. 34 f.) insbesondere fest, der Beschwerdeführer beklage einen massiven Rückenschmerz, welcher ihn am längeren Sitzen und am längeren Laufen hindere. Die überwiegende Zeit des Tages würde er liegend verbringen. Intermittierend trete ein massiver Juckreiz am Rücken und vor allem an den Fusssohlen auf. Die Lokalisation wechselnd, an Kopf und Armen stets symmetrisch und an den Beinen asymmetrisch, trete eine dumpfe Taubheit auf, welche nach einigen Stunden dann wieder spontan sistiere. Der Rumpf sei nie betroffen. Aktuell bestehe gemäss Beschwerdeführer eine Taubheit im Bereich beider Ohrmuscheln innen sowie streifenförmig am lateralen Hals bis zum Jugulum ziehend. Im Zeitpunkt der Begutachtung bestehe darüber hinaus eine Taubheit beider Hände sowie symmetrisch der Unterarm- und der Unterschenkelinnenseiten. Weiter würden seit über 19 Jahren am gesamten Körper in unterschiedlichen Lokalisationen auftretende Zuckungen beschrieben, welche auch mit einem kleinen Video dem Berichtersteller (P. _____-Gutachter Dr. T. _____) demonstriert worden seien. Im Begutachtungszeitpunkt verspüre der Beschwerdeführer feine Zuckungen im Bereich der linken Schulter. Die Zuckungen seien jeweils nur für 30 Sekunden sichtbar, unsichtbar verspüre er sie deutlich häufiger und länger. Nach Abschluss

der Untersuchung habe der Beschwerdeführer noch über Schwindelattacken beim Aufrichten aus dem Liegen sowie beim Einkaufen mit "Schwarzwerden vor den Augen" berichtet. Beim Einkaufen zwingt es ihn, sich vorsichtig auf die Knie zu gehen und für einen Moment eine sitzende Position einzunehmen. Anschliessend ziehe er sich an einer Regalwand wieder hoch. In seinem "fachneurologischen Untersuchungsbefund" (S. 35 f.) verneinte Dr. T._____ offensichtliche höhergradige kognitiv-mnestische Störungen. Die Konzentration während des Untersuchungsganges von ungefähr einer Stunde sei gut gewesen ("Allgemein", S. 35). In Bezug auf die "Motorik" (S. 36) gab Dr. T._____ eine sehr kräftige, gut modulierte Muskulatur am gesamten Rumpf und an den Extremitäten an. Die Arm- und Beinhalteversuche blieben ohne Hinweis auf latente Paresen. In seiner "Beurteilung" (S. 37) erklärte Dr. T._____, im fachneurologischen Untersuchungsbefund würden sich keine fokalneurologischen Defizite objektivieren lassen. Es falle insbesondere eine symmetrisch sehr gut ausgeprägte Muskulatur auf. Die sensiblen Ausfälle würden sich nicht auf ein radikuläres Muster zurückführen lassen, sie seien aufgrund der Verteilung nicht einer neuralen Struktur zuzuordnen. Die isolierte intermittierende Taubheit wechselnd an Stirn und an den Innenseiten der Ohrmuscheln sei nicht plausibel und entbehre mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer organischen Ursache. Aus fachneurologischer Sicht seien die Rückenschmerzen nicht zu erklären. Die vom Beschwerdeführer beklagten Muskelzuckungen seien nicht zu beobachten. Bei den im Video gezeigten Muskelzuckungen handle es sich nicht um Faszikulationen, sondern um Kontraktionen des Musculus quadriceps femoris. Bei über 19 Jahren anhaltenden Muskelzuckungen ohne aktuellen Nachweis von Atrophien oder Paresen könne ein neuropathisches Geschehen im Sinne einer Schädigung des zweiten Motorneurons oder der Nervenaxone als Ursache ausgeschlossen werden. Auch Zeichen der Schädigung des ersten Motorneurons ergäben sich aus dem Untersuchungsbefund nicht. Zusammenfassend ergebe sich auf fachneurologischem Bereich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

E. 4.3.1.3

Der psychiatrische P._____-Gutachter Dr. U._____ konnte anlässlich seiner psychiatrischen Untersuchung keine psychopathologischen Befunde erheben. Insbesondere lagen keine Hinweise für kognitive oder mnestische Defizite, Störungen der Aufmerksamkeit, Halluzinationen, Wahn oder Ich-Störungen, pathologische Ängste oder Zwänge, circadiane Besonderheiten, Freudlosigkeit, Interessensverlust, sozialer Rückzug oder für eine akute oder latente Suizidalität vor (S. 40 f.). In seiner "versicherungspsychiatrischen Beurteilung" (S. 41 ff.) erklärte Dr. U._____ unter anderem (S. 43 f.), auffallend im Gespräch seien narzisstische Persönlichkeitsanteile. So habe der Beschwerdeführer berichtet, er sei in der Schule der Beste gewesen, er sei ein sehr guter Sportler gewesen, er komme gut an bei den Frauen, einzig bei seiner Lebenspartnerin habe er etwas investieren müssen; diese habe ihn zunächst abgelehnt, das habe ihn fasziniert. Letztendlich habe der Beschwerdeführer stolz erzählt, er habe es geschafft, seine Lebenspartnerin "herumzubekommen". Jetzt lebe er seit Jahren mit ihr zusammen in einer Eigentumswohnung, in sehr harmonischen Verhältnissen. Bezüglich der Schmerzwahrnehmung sei festzustellen, dass der Beschwerdeführer zu Beginn des Gespräches sehr auf die Schmerzen fixiert gewesen sei. Nach zehn Minuten habe er sich auf den Boden setzen müssen, da er es im Sessel aufgrund der Rückenschmerzen nicht mehr ausgehalten habe. Das ganze 80-minütige Gespräch sei dann vom Versicherten im Schneidersitz auf dem Boden sitzend durchgeführt worden, mit Ausnahme eines Toilettenganges. Zu Beginn des Gespräches sei es auch zu verbalen und nonverbalen

Schmerzäußerungen gekommen (verzerrte Mimik), die allerdings während des Gesprächs deutlich abgenommen hätten. Eine Aggravationstendenz bezüglich der Schmerzschilderung sei nicht auszuschliessen. Ein Leidensdruck bezüglich der Schmerzen sei spürbar gewesen, allerdings habe insbesondere die Schilderung der Alltagseinschränkungen etwas diffus gewirkt, teilweise sei es auch zu Widersprüchen gekommen. So habe der Beschwerdeführer zu Beginn des Gespräches angegeben, er könne aufgrund der Schmerzen am Nachmittag nichts mehr tun, er liege nur auf dem Bett und schaue fern oder sei im Internet, später habe er berichtet, er mache am Nachmittag manchmal etwas Hausarbeit, helfe auch seiner Partnerin oder deren Vater bei Bedarf oder gehe einkaufen. Insgesamt sei der Alltag des Beschwerdeführers durch eine ausgeprägte Selbstlimitierung geprägt. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht zu verneinen, ein Leidensdruck sei nur bedingt spürbar, die Schmerzen hätten nur am Anfang im Hauptfokus der Aufmerksamkeit des Beschwerdeführers gestanden, er habe sich im Verlauf des Gespräches zunehmend von den Schmerzen distanzieren können, auch die spontanen Schmerzäußerungen hätten im Verlauf des Gespräches abgenommen. Schliesslich habe er auch minutenlang ohne Schmerzäußerungen im Schneidersitz auf dem Boden sitzen und adäquat Auskunft geben können. Auffallend sei auch, dass der Beschwerdeführer trotz der von ihm angegebenen massiven Schmerzen seit Jahren keinen Arzt mehr aufgesucht habe und auch sonst keine anderen Therapien (beispielsweise Physiotherapie) wahrnehme. Es liege seiner Ansicht nach eine Schmerzverarbeitungsstörung auf dem Boden von narzisstischen Persönlichkeitsanteilen vor, die allerdings versicherungspsychiatrisch keine Relevanz habe. Bezüglich der psychischen Situation gebe der Versicherte an, es gehe ihm sehr gut, er könne sich freuen, er habe Interessen, er habe gute soziale Kontakte, er berichte einzig von einer Abnahme der Konzentration, so könne er nur noch vier bis fünf Seiten am Stück lesen, vergesse dann das Gelesene. Grob orientierend seien im 80-minütigen Untersuchungsgespräch keine kognitiven oder mnestischen Defizite objektivierbar. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht liege keine Diagnose mit Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit vor, insbesondere könne eine depressive Symptomatik ausgeschlossen werden. Dies decke sich auch mit dem durchgeführten Testverfahren. In der Hamilton-Depressionsskala habe der Beschwerdeführer acht Punkte erreicht, was keiner depressiven Episode entspreche.

E. 4.3.2

In ihrer versicherungsmedizinischen Beurteilung und Synthese (IV-act. 151 S. 45 ff. Ziff. 7) hielten die P._____-Gutachter zunächst fest, Ende Oktober 1998 sei der Beschwerdeführer in der rheumatologischen Klinik des Spitals F._____ abgeklärt worden. Dort hätten weder klinisch noch radiologisch strukturelle Alterationen der Wirbelsäule objektiviert werden können. Die bisherige Entwicklung sei im Rahmen einer Schmerzfehlerverarbeitung bei narzisstischer Persönlichkeitsstörung und möglicherweise ungünstigen lebensgeschichtlichen Voraussetzungen interpretiert worden, wobei sich vor allem die zunehmende körperliche Dekonditionierung auf die Schmerzperpetuierung und das Verhalten des Beschwerdeführers ausgewirkt hätten; aus rein rheumatologisch-somatischer Sicht sei der Beschwerdeführer für jegliche mittelschwere körperliche Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig eingestuft worden (S. 47). Aufgrund des therapierefraktären Verlaufs der Rückenschmerzen verbunden mit neurovegetativen Beschwerden sei der Beschwerdeführer vom 16. Juni bis 29. Juli 1999 in der Abteilung Psychosomatik des Spitals F._____ stationär abgeklärt worden (Austrittsbericht der Dres. I._____ und J._____ vom 23. August 1999 [IV-act. 43]). Dort sei eine

Schmerzverarbeitungsstörung bei narzisstischer Persönlichkeitsstruktur vermutet worden. Bei Austritt sei von einer weiterhin bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen worden. Der nachbehandelnde Psychotherapeut Dr. (...) habe dem Beschwerdeführer die Suche einer behinderungsangepassten Stelle empfohlen. Im Auftrag der Militärversicherung sei der Beschwerdeführer im November 2000 in der L. _____ Klinik von Dr. K. _____ orthopädisch begutachtet worden. Dieser sei - entgegen der Beurteilung der Ärzte I. _____ und J. _____ - zum Schluss gekommen, dass das vorhergehende Beschwerdebild auf eine Subluxation der Facettengelenke Th7 und Th8 mit einer segmentalen Instabilität zurückzuführen sei, welcher Befund Folge der erheblichen Gewalteinwirkung auf die Wirbelsäule anlässlich des Sprunges aus acht Metern Höhe während der Rekrutenschule sei; aufgrund der segmentalen Instabilität sei dem Beschwerdeführer keine berufliche Tätigkeit zumutbar; mit einer operativen Facettenverschraubung sei jedoch von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes auszugehen. Die Ärzte des Chefärztlichen Dienstes des Bundesamtes für Militärversicherung Dres. N. _____ und M. _____ seien darauf der Meinung gewesen, dass auch wenn die Schlussfolgerung im L. _____-Gutachten nicht mit ihrer eigenen Meinung übereingestimmt habe, darauf abgestellt werden müsse, und empfehlen die Berentung des Beschwerdeführers (S. 48).

E. 4.3.2.1

Als aktuell geklagte Beschwerden wurde im Teil "Versicherungsmedizinische Beurteilung und Synthese" (S. 45 ff.) des P. _____-Gutachtens zusammenfassend festgehalten (S. 49 am Anfang), der Beschwerdeführer habe persistierende massive, bewegungs- und belastungsakzentuierte Rückenschmerzen angegeben, welche dauernd vorhanden seien. Die Schmerzen seien derart intensiv, dass er höchstens zehn bis fünfzehn Minuten sitzen und auch nicht lange stehen könne und die meiste Zeit deshalb im Liegen bzw. im Bett verbringe (80% des Tages [S. 22 am Anfang, 26 Mitte]). Er absolviere regelmässig Pilates-Übungen, die aber zu einer massiven Zunahme der Schmerzen führen würden. Trotzdem mache er diese, um beweglich zu bleiben und um seine Muskulatur zu erhalten. Früher habe er viele Schmerzmittel genommen. Diese versuche er jetzt zu meiden; er nehme sie nur noch im Extremfall. Immer wieder ziehe sich seine Muskulatur im Bereich der Arme oder Beine zusammen. Zudem bestünden intermittierend auftretende Gefühlsstörungen, einerseits im Gesichtsbereich, andererseits im Bereich der Unterarme und der Hände sowie im Bereich der unteren Extremitäten. Zwischendurch träten auch Lähmungserscheinungen im Bereich der Beine auf. Er müsse sich dann an der Wand entlang auf den Boden gleiten lassen und dann eine Zeitlang absitzen, bis das Gefühl in den Beinen wieder komme.

E. 4.3.2.2

In ihrer Arbeitsfähigkeitsbeurteilung erklärten die P. _____-Gutachter (S. 51 ff. Ziff. 7.4 und 7.6 f.), zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Befunde sei der Beschwerdeführer aus interdisziplinärer Sicht uneingeschränkt bzw. zu 100 % arbeitsfähig. Es würden sich weder somatische noch psychiatrische Diagnosen stellen lassen, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigen könnten. In der Ende der 90er Jahre zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Sicherheitsfachmann sowie in jeder mittelschweren körperlichen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. In Bezug auf frühere Arbeits(un)fähigkeitsbeurteilungen in den medizinischen Vorakten erklärten die P. _____-Gutachter (vgl. S. 52 Ziff. 7.5), retrospektiv könne die bisher attestierte

100%ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers "in keinster Art und Weise" nachvollzogen werden. Sämtliche Abklärungen der Wirbelsäule nach dem Unfallereignis seien ohne Nachweis pathologischer Befunde geblieben. Nach intensiver Physiotherapie habe der Beschwerdeführer seinen Militärdienst bei den Grenadiertruppen zu Ende leisten und später sogar bei der B._____ tätig sein können. Auch anlässlich der Ende Oktober 1998 in der Rheumatologischen Klinik Spitals F._____ durchgeführten Abklärungen hätten weder klinisch noch radiologisch strukturelle Alterationen der Wirbelsäule objektiviert werden können. Die bisherige Entwicklung sei im Rahmen einer Schmerzfehlverarbeitung bei narzisstischer Persönlichkeitsstörung und möglicherweise ungünstigen lebensgeschichtlichen Voraussetzungen interpretiert worden, wobei sich vor allem die zunehmende körperliche Dekonditionierung auf die Schmerzperpetuierung und das Verhalten des Beschwerdeführers ausgewirkt habe. Die aktuelle klinische Untersuchung zeige ebenfalls einen athletisch gebauten, muskulösen Beschwerdeführer ohne nachweisbare pathologische Veränderungen am Bewegungsapparat oder am Nervensystem. Insbesondere sei die im Gutachten der L._____ Klinik vom 15. November 2000 durch Dr. K._____ diagnostizierte Subluxation der Facettengelenke Th7 und Th8 mit segmentaler Instabilität bei der aktuellen klinischen Untersuchung nicht verifizierbar. Im einzigen psychiatrischen Bericht (Bericht der Dres. I._____ und J._____, IV-act. 43 S. 3) vom 23. August 1999 seien die Diagnosen chronifiziertes zervikozephalales Schmerzsyndrom mit Krankheitswert, schwere Rückenkontusion 1993 und Schmerzverarbeitungsstörung bei narzisstischer Persönlichkeitsstruktur gestellt worden. Die Diagnosen an sich seien nachvollziehbar, die dort postulierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. IV-act. 43 S. 4) jedoch nicht.

E. 4.3.2.3

Zur Frage nach einer Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Rentenzusprechung per Juli 1999 respektive seit der letzten Rentenrevision hielten die P._____ -Gutachter fest (S. 54 Mitte), die Dres. N._____ und M._____ des Chefärztlichen Dienstes der Militärversicherung seien trotz gewisser Zweifel (vgl. E. 6.2.3 hievon) der Meinung gewesen, gestützt auf die Schlussfolgerungen im Gutachten der L._____ Klinik sei der Beschwerdeführer zu berenten. Im Rahmen der ersten amtlichen Revision im Jahr 2004 habe sich der Beschwerdeführer in Hanoi von Dr. O._____ untersuchen lassen. Dieser habe lediglich einen Druckschmerz über der BWS auf Höhe T6/7 bei sonst unauffälligem Neurostatus objektivieren können. Aktuell fänden sich keine Hinweise für eine segmentale Instabilität der Facettengelenke und auch sonst keine pathologischen Veränderungen am Bewegungsapparat oder am Nervensystem. Somit könne zumindest medizinisch-theoretisch davon ausgegangen werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers inzwischen objektiv verbessert habe. Die wesentliche Veränderung bestehe darin, dass aktuell weder klinisch noch neurologisch irgendwelche pathologischen Befunde im Bereich des Achsenskelettes nachweisbar seien, welche die Schmerzen des Beschwerdeführers erklären könnten. Diese seien auch nicht Ausdruck einer psychiatrisch relevanten somatoformen Schmerzstörung, sondern seien als dysfunktionales Verhalten im Rahmen der Schmerzverarbeitungsstörung auf dem Boden von narzisstischen Persönlichkeitsanteilen zu interpretieren.

E. 5.1

Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob ab dem 1. Juni 2014 weiterhin ein Rentenanspruch besteht. Während die Vorinstanz dies gestützt auf das P._____ -Gutachten, nach welchem

sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert habe, verneint, bejaht der Beschwerdeführer einen weitergehenden Rentenanspruch, da im P._____-Gutachten der gleich gebliebene Gesundheitszustand anders gewertet werde, was keinen Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG darstelle. Bevor das P._____-Gutachten vom 17. März 2013 einer materiellen Prüfung unterzogen werden kann, sind die formellen Einwände des Beschwerdeführers gegen dieses Gutachten zu prüfen.

E. 5.2

Soweit der Beschwerdeführer allgemein die fehlende Eignung des internistischen Fachgutachters Dr. V._____(in Bezug auf die internistische P._____-Abklärung) geltend macht ("Einwendungen betreffend Fachkompetenz von Dr. V._____", vgl. BVGer-act. 1 S. 12 am Anfang), ist festzustellen, dass dieser über einen entsprechenden schweizerischen Facharztstitel (1999) verfügt, weshalb die fachliche Eignung von Dr. V._____ als internistischer Gutachter ohne Weiterungen zu bejahen ist.

E. 5.3

In Bezug auf den Hinweis des Beschwerdeführers auf eine "Manipulation von IV-Gutachten" durch Dr. V._____ (BVGer-act. 1 S. 12 am Anfang; siehe auch Einwandschreiben vom 16. September 2013 [IV-act. 168 S. 2 Mitte]) hat das Bundesgericht klargestellt, dass gegen den P._____-Gutachter Dr. V._____ kein Ausstandsgrund lediglich deswegen bestehe, weil er im Zusammenhang mit einer 2007 erfolgten Begutachtung angeklagt und inzwischen rechtskräftig freigesprochen worden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.2 mit Hinweisen).

E. 5.4.1

Weiter behauptet der Beschwerdeführer eine äusserliche Krafteinwirkung durch Dr. V._____ (BVGer-act. 1 S. 12 Mitte) bzw. - gemäss Schreiben des Beschwerdeführers an die Vorinstanz vom 18. Februar 2013 (IV-act. 149 S. 2 = Beilage 10 zu BVGer-act. 1 S. 2) - die Forcierung einer Übung mit massivem, sehr grobem Handflächendruck unter Einsatz des ganzen Körpergewichts anlässlich der Untersuchung vom 14. Januar 2013, da - gemäss dem Beschwerdeführer - der Eindruck bestanden habe, dass er die Übung nur sehr langsam mache.

E. 5.4.2

Nach der Rechtsprechung gelten für medizinische Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richter vorgesehen sind. Danach ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist. Es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. So kann etwa das Expertenverhalten während der Exploration objektiv den Anschein von Befangenheit erwecken. Zu denken ist an Äusserungen, welche die Glaubhaftigkeit der Angaben des Exploranden oder der Explorandin zum Gesundheitszustand und zur Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit von vornherein mehr oder weniger offen verneinen, an abschätzige

Bemerkungen persönlicher Natur oder unter Umständen an die Art und Weise, wie die Untersuchung durchgeführt wird. Die Objektivität der Beurteilung steht auch in Frage, wenn die begutachtende Person von weitgehend sachfremden Kriterien auf Aspekte des Gesundheitszustandes schliesst, welche für die zumutbare Arbeitsfähigkeit von Bedeutung sind. Schliesslich kann die Abfassung einer medizinischen Expertise in beleidigendem Ton oder sonst auf unsachliche Art und Weise objektiv Zweifel an der Unvoreingenommenheit der sachverständigen Person wecken. Dagegen ergeben sich aus gutachterlichen Angaben zum beobachteten Verhalten, Feststellungen über die Konsistenz der gemachten Angaben, wie auch aus Hinweisen, welche zur Annahme von Aggravation führen können, keine Anhaltspunkte, welche den Anschein der Befangenheit oder von Voreingenommenheit der Gutachter zu begründen vermöchten, da es zur Aufgabe des Gutachters gehört, den Befund anhand der Klinik zu überprüfen und dessen Auswirkungen bei der Untersuchung und im Alltag substanziiert darzulegen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_665/2015 vom 21. Januar 2016 E. 4 mit Hinweisen).

E. 5.4.3

Vorliegend sind aufgrund der Art und Weise, wie sie ihre Untersuchung durchführten, keine Anhaltspunkte für eine Befangenheit der P._____ -Ärzte, insbesondere von Dr. V._____, ersichtlich. Die vom Beschwerdeführer behauptete Krafteinwirkung von Dr. V._____ mit "ganzem Körpergewicht" ist schwer nachvollziehbar und es finden sich im Gutachten keine Hinweise dafür. Auch ein moderater "Krafteinsatz" anlässlich der klinisch-internistischen Prüfung stellte aufgrund der von Dr. V._____ festgestellten erheblichen Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und dem Untersuchungsbefund keinen genügenden Anhaltspunkt für eine Befangenheit des Gutachters. Ebenso wenig finden sich im Gutachten respektive in den übrigen Akten Anhaltspunkte für das vom Beschwerdeführer behauptete "sehr menschenverachtende, vorverurteilende Verhalten und Gelächter einiger anwesender Praxisassistentinnen" (vgl. IV-act. 149 S. 2). Aus dem Gutachten ergibt sich insbesondere nicht, dass bei den einzelnen Befragungen und Untersuchungen ausser dem begutachtenden Arzt und des Untersuchten weitere Personen anwesend gewesen waren, was der Beschwerdeführer auch nicht behauptet.

E. 5.5

Entgegen dem weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. BVGer-act. 1 S. 12) erfolgte in der P._____ -Begutachtung eine sorgfältige Anamneseerhebung. Das P._____ -Gutachten berücksichtigt geklagte Beschwerden, wie Rückenschmerzen, Muskelzuckungen in Armen und Beinen, Gefühlsstörungen im Gesicht, in den Unterarmen, in den Händen und in den unteren Extremitäten, Lähmungserscheinungen in den Beinen (vgl. IV-act. 151 S. 49) sowie die behauptete Abnahme der Konzentration (S. 51 Mitte). Auch wird die P._____ -Anamnese insbesondere nicht durch ein früheres Schreiben des Beschwerdeführers vom 10. Juni 2011 an die Militärversicherung (IV-act. 166 = Beilage 6 zu BVGer-act. 1) - also aus der Zeit von eineinhalb Jahren vor der P._____ -Begutachtung - in Frage gestellt, in welchem der Beschwerdeführer etwa über langes Warten, bis er Wasserlassen könne, unkontrolliertes Wasserlassen, tägliches Augenbrennen, manchmal Stechen und Krämpfe in der Brust, wobei eine Herzuntersuchung in Thailand normale Werte ergeben habe, Abnahme der Sehkraft, Gedächtnisprobleme, Schreib- und Ausdrucksschwierigkeiten, unkontrolliertes Verkrampfen der Finger und Zucken der Oberschenkelmuskeln, Schwäche in den Händen, Krämpfe in den Beinen, geschwollene

Füsse, starker Mundgeruch oder Übergewicht geklagt hatte. Anlässlich der P._____-Untersuchung vom 14. - 16. und 18. Januar 2013 wurden die zu dieser Zeit geklagten Beschwerden fachärztlich geprüft, konnten aber nur teilweise (vgl. Zumutbarkeitsprofil: nur mittelschwere körperliche Tätigkeit zumutbar [vgl. IV-act. 151 S. 52 Ziff. 7.5]) objektiviert werden. Pathologische internistische Befunde, Sensibilitätsstörungen, pathologische Veränderungen am Bewegungsapparat oder am Nervensystem und kognitive oder mnestiche Defizite konnten bei der P._____-Untersuchung nicht festgestellt werden (IV-act. 151 S. 40 am Ende, 49 ff.).

E. 5.6

Soweit der Beschwerdeführer weiter geltend macht, dass er aufgrund der behaupteten äusserlichen Krafteinwirkungen durch Dr. V._____- nun unter verstärkten Schmerzen, permanent anhaltenden Störungen und neu auch Lähmungserscheinungen an beiden Füßen leide (BVGer-act. 1 S. 12), ist festzustellen, dass im P._____-Gutachten vom Beschwerdeführer geäusserte Beschwerden bzw. Gefühlsstörungen an den Füßen bzw. im Bereich der Beine erwähnt werden ("zwischen durch Lähmungserscheinungen im Bereich der Beine" [IV-act. 151 S. 49], "dumpfe Taubheit an den Beinen asymmetrisch, welche nach einigen Stunden dann wieder spontan sistiere"), weshalb die vom Beschwerdeführer später behauptete "neue Problematik der Füsse" (IV-act. 149 S. 2 am Ende) nicht neu erscheint, wobei Lähmungserscheinungen in der Untersuchung auch nicht objektivierbar waren. Im Weiteren erklärte Dr. Q._____- des RAD Rhone in seiner Stellungnahme vom 8. Mai 2013, dass aufgrund des sehr ausführlichen und detaillierten pluridisziplinären medizinischen P._____-Gutachtens vom 17. März 2013 keine objektiven medizinischen Beweise vorlägen, weder klinisch noch radiologisch, welche eine Entwicklung, die durch zu erwartende Folgeschäden einer Lähmung charakterisiert sei, befürchten lassen würden (vgl. IV-act. 155 S. 3). Nichts anderes ergibt sich aus dem vom Beschwerdeführer mit Beschwerde neu eingereichten Bericht von Chiropraktor Dr. R._____- vom 12. Februar 2014 (BVG-act. 1 Beilage 9), in welchem Dr. R._____, der sich nicht zur Arbeitsfähigkeit äusserte, unter anderem einen neuen medizinischen Befund auf Höhe L5/L5 und L5/S1, lumbale Rückenschmerzen aber keine Schmerzausstrahlung oder Lähmungserscheinungen angab. Denn im darauffolgenden Besprechungsprotokoll vom 1. September 2014 der Expertensitzung der Vorinstanz vom 21. August 2014 (mit Fachärzten für Allgemeine und Innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie [vgl. Beilage zu BVGer-act. 3]) wurde festgehalten, dass sich aus dem nicht-ärztlichen Bericht von Chiropraktor Dr. R._____- keine neuen Aspekte ergeben und eine etwaige vom Beschwerdeführer geltend gemachte äusserliche Krafteinwirkung durch Dr. V._____- anlässlich der P._____-Untersuchung höchstens eine vorübergehende Störung hätte bewirken können, welche innert 48 Stunden abgeklungen wäre. Die vom Beschwerdeführer geklagten, seit der P._____-Untersuchung von Dr. V._____- verstärkten Lähmungserscheinungen in beiden Füßen würden mit der festgestellten Schmerzverarbeitungsstörung zusammenhängen, was plausibel erscheint. Zudem lässt sich gemäss RAD dem Attest von Dr. R._____- auch keine eindeutige Indikation für die darin vorgeschlagene MRI-Untersuchung entnehmen.

E. 6

Da wie dargestellt formelle Mängel beim P._____-Gutachten nicht festzustellen sind, ist im Weiteren zu prüfen, ob in revisionsrechtlicher Hinsicht materiell auf das P._____-Gutachten abgestellt werden kann. Es ist zu prüfen, ob eine wesentliche und

damit rentenrelevante Verbesserung des Gesundheitszustands respektive der Arbeitsfähigkeit im Sinne von Art. 17 ATSG eingetreten ist, wie dies einzig die Vorinstanz annimmt.

E. 6.1

Die Vorinstanz hielt in ihrer Verfügung vom 15. April 2014 fest, aufgrund der fachärztlichen P. _____-Untersuchungen ergebe sich, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem 18. Januar 2013 verbessert habe. Aktuell seien weder klinisch noch neurologisch irgendwelche pathologischen Befunde im Bereich des Achsenskeletts nachweisbar, welche die Schmerzen des Beschwerdeführers erklären könnten. Diese seien auch nicht Ausdruck einer psychiatrisch relevanten somatoformen Schmerzstörung (IV-act. 179 S. 2). Anlässlich der P. _____-Untersuchungen hätten keine Hinweise für eine segmentale Instabilität der Facettengelenke und auch sonst keine pathologischen Veränderungen am Bewegungsapparat oder am Nervensystem gefunden werden können. Im P. _____-Gutachten werde hervorgehoben, dass sich aus dem Unfall im Jahre 1993 keine fokalneurologischen Defizite objektivieren lassen. Die von Dr. K. _____ im L. _____-Gutachten beschriebene segmentale Instabilität könne nicht mehr festgestellt werden. Es liege demzufolge um eine Verbesserung des Gesundheitszustandes vor und der Versicherte sei aus medizinischer Sicht in der Lage, eine Erwerbstätigkeit in Vollzeit im Bereich Überwachung auszuüben (IV-act. 179 S. 3 am Ende).

E. 6.2

Der Beschwerdeführer macht dagegen geltend, die wesentliche Diagnose im aktuellen P. _____-Gutachten wie auch im Zeitpunkt der Rentenzusprache im Austrittsbericht der Dres. I. _____ und J. _____ vom 23. August 1999 würde übereinstimmen. Heute wie damals stehe die Schmerzverarbeitungsstörung im Zentrum, weshalb ein unveränderter medizinischer Zustand vorliege, der aktuell bloss in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit unterschiedlich beurteilt werde, was nicht zulässig sei. Zwar seien bei der Rentenzusprache auch noch physische Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule genannt worden, doch hätten diese gemäss Austrittsbericht der Dres. I. _____ und J. _____ vom 23. August 1999 bereits damals den Grad der Arbeitsunfähigkeit nur teilweise erklärt (vgl. BVGer-act. 9 S. 2 f. Ziff. 2).

E. 6.3

Entgegen der Vorinstanz kann bei einer inhaltlichen Analyse des P. _____-Gutachtens keine anspruchserhebliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit der Rentenzusprache festgestellt werden. Die Gutachter erhoben und stellten damals und 2013 auf psychischer Ebene vergleichbare Befunde und Diagnosen (chronifiziertes zerviko-thorakales Schmerzsyndrom mit Krankheitswert nach schwerer Rückenkontusion 1993 bei Schmerzverarbeitungsstörung bei narzisstischer Persönlichkeitsstruktur und pain proneness, vgl. Bericht der Dres. I. _____ und J. _____ vom 23. August 1999 [IV-act. 43 S. 3]; Schmerzverarbeitungsstörung bei akzentuierten narzisstischen Persönlichkeitszügen [ICD-10 F54, ICD-10 Z73.1] sowie einen Status nach Distorsionstrauma der HWS und BWS, vgl. P. _____-Gutachten [IV-act. 151 S. 45 Ziff. 6.2]) und erhoben auf somatischer Ebene dieselben klinischen Befunde (ausgeprägte Druck- und Palpationsdolenz im Bereich der mittleren Brustwirbelsäule verstärkt durch Endkyphosierung bei normalen neurologischen Befunden, vgl. Gutachten von Dr. K. _____; als Hauptbefund in der klinischen chirurgisch-orthopädischen

P. _____-Beurteilung Palpationsdolenz im Bereich der mittleren Brustwirbelsäule verstärkt durch Endkyphosierung bei normalen neurologischen Befunden, wobei die Beschwerdesymptomatik laut Beschwerdeführer seit dem Unfall 1993 bis zum heutigen Tage unverändert vorhanden sei [chirurgisch-orthopädische Beurteilung von Dr. S. _____ S. 33]). Soweit der P. _____-Gutachter Dr. S. _____ begründete, die im Gutachten der L. _____-Klinik vom 15. November 2000 durch Dr. K. _____ diagnostizierte Subluxation der Facettengelenke Th7 und Th8 mit segmentaler Instabilität sei bei der aktuellen klinischen (und radiologischen) Untersuchung nicht verifizierbar (IV-act. IV-act. 151 S. 33), welche Instabilität Dr. K. _____ allein gestützt auf einen Röntgenbefund (vgl. Angaben von Dr. K. _____ unter "klinische Untersuchung" und "konventionelle Röntgenaufnahmen" im L. _____-Gutachten [IV-act. 48 S. 2 f.; vgl. auch Hinweis von P. _____-Gutachter Dr. S. _____ in seiner chirurgisch-orthopädischen Beurteilung auf das Fehlen von radiologischen Vorbefunden früherer MR- bzw. CT-Untersuchungen anlässlich der L. _____-Begutachtung, IV-act. 151 S. 33 am Ende]) im Dezember 2000 noch eine volle Arbeitsunfähigkeit hatte annehmen lassen (vgl. IV-act. 48 S. 4 Ziff. 9 und S. 5 Ziff. 12), ist darauf hinzuweisen, dass rechtsprechungsgemäss eine radiologisch erhobene Veränderung im Wirbelsäulenbefund allein sich nicht zwingend im Ausmass der funktionellen Einschränkung niederschlägt, es vielmehr Aufgabe des Gutachters ist, deren Auswirkung anhand der Klinik zu überprüfen (Urteil des Bundesgerichts 9C_310/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.3 mit Hinweisen). Entsprechend hätten die P. _____-Gutachter medizinisch nachvollziehbar begründen müssen, warum sie bei gleichen klinischen Befunden in ihrer Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von der damaligen, bei der Rentenzusprache massgeblichen Einschätzung der Ärzte Dres. I. _____ und J. _____ und von Dr. K. _____ diametral abweichen. Allein die Erklärung im P. _____-Gutachten, die damalige Arbeitsfähigkeitsschätzung könne "in keiner Art und Weise nachvollzogen werden" (IV-act. 151 S. 52 am Anfang), genügt nicht. Dies umso weniger als den P. _____-Gutachtern die damaligen RX-Bilder offenbar nicht vorlagen, und weiter darauf hingewiesen ist, dass Dr. K. _____ festhielt, die segmentale Instabilität werde sich langfristig nicht bessern, vor einem operativen Eingriff wäre zu prüfen, ob damit eine namhafte Verbesserung erwartet werden könne (vgl. IV-act. 48 S. 4 Ziff. 10). Insgesamt lässt sich daher vorliegend nach dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht schliessen, die tatsächlichen Verhältnisse, namentlich die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit, bezogen auf die Situation anlässlich der Rentenzusprache, hätten sich tatsächlich anhaltend und erheblich verbessert. Vielmehr handelt es sich bei der P. _____-Expertise um eine unterschiedliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei im Wesentlichen unverändert gebliebenem Gesundheitszustand, womit invalidenversicherungsrechtlich kein Revisionsgrund gemäss Art. 17 ATSG vorliegt, auch insofern nicht, als eine bessere Anpassung an das Leiden vorliegen würde, denn die P. _____-Gutachter erklärten unter anderem, retrospektiv könne die bisher attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollzogen werden (IV-act. 151 S. 52 am Anfang). Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine entscheidungswesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 E. 4b; 122 V 162 E. 1d). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts wie hier nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es grundsätzlich unter revisionsrechtlichem Blickwinkel nach dem Prinzip der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. SVR 2010 IV Nr. 30 S. 94; Bundesgerichtsurteil 9C_701/2011 vom 3. Februar 2012 E. 2.1 mit Hinweis auf

9C_961/2008 E. 6.3). Dass sich am medizinischen Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 15. April 2014 etwas geändert hätte, ist nicht ersichtlich (vgl. Sachverhalt Lit. H und E. 5.6 betreffend "neue Problematik der Füsse"). Nichts anderes ergibt sich aus dem internen Expertenberichten vom 21. August 2014 (Beilage zu BVGer-act. 3).

E. 7

Angesichts der Kritik der P. _____-Gutachter (IV-act. 151 S. 52 Ziff. 7.5) am L. _____-Gutachten von Dr. K. _____ und an der Einschätzung der Dres. I. _____ und J. _____ ist weiter zu prüfen, ob die Revisionsverfügung vom 15. April 2014 mit der substituierten Begründung der zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) zu schützen ist.

E. 7.1

Gemäss ständiger Rechtsprechung kann das Gericht eine Revisionsverfügung des Versicherungsträgers mit der Begründung schützen, es liege zwar kein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vor, wohl aber sei die ursprüngliche Verfügung zweifellos unrichtig gewesen, weshalb gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG ein Wiedererwägungsgrund vorliege (BGE 140 V 85 E. 4.2 mit Hinweisen). Vorausgesetzt ist dabei, dass kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit der Verfügung möglich, also nur dieser einzige Schluss denkbar ist. Dies trifft in der Regel zu, wenn eine Leistungszusprechung aufgrund falscher Rechtsregeln erfolgte oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Soweit indessen ermessensgeprägte Teile der Anspruchsprüfung vor dem Hintergrund der damaligen Sach- und Rechtslage einschliesslich der Rechtspraxis in vertretbarer Weise beurteilt worden sind, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (Urteil 9C_173/2015 vom 29. Juni 2015 E. 2.1 mit Hinweisen). Qualifiziert unrichtig ist die Verfügung auch, wenn ihr ein unvollständiger Sachverhalt zugrunde liegt, z.B. in der Form, dass die Invaliditätsbemessung nicht auf einer nachvollziehbaren oder unvollständigen ärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit beruhte (Urteil 9C_862/2015 vom 23 Februar 2016 E. 1 mit Hinweisen).

E. 7.2

Vorliegend kann die ursprüngliche rentenzusprechende Verfügung, die sich wie dargestellt auf mehrere ärztliche Stellungnahmen stützte, nicht als zweifellos unrichtig bezeichnet werden. Daran ändert nichts, dass somatischerseits auf das Gutachten von Dr. K. _____ und nicht auf die frühere Einschätzung der Ärzte der rheumatologischen Klinik des Spitals F. _____ abgestellt wurde und eine interdisziplinäre medizinische Abklärung und Beurteilung nicht erfolgt war, noch dass die Dres. I. _____ und J. _____ in ihrem Austrittsbericht vom 23. August 1999 eine Neubeurteilung mit Umschulungsprüfung nach zwei Jahren - mithin per August 2001 und damit vor der am 21. Oktober 2003 erfolgten Rentenzusprache - empfohlen hatten (vgl. IV-act. 43 S. 4), was darauf schliessen lässt, dass aus psychiatrischer Sicht (es lag keine andere psychiatrische Untersuchung vor) damals nicht von einem von vornherein feststehenden irreversiblen psychischen Gesundheitsschaden ausgegangen wurde. Wesentlich ist zudem, dass das Verwaltungsgericht des Kantons Bern vorliegend im Juli 2003 die Einschätzung einer vollen Arbeitsunfähigkeit auf Beschwerde hin geschützt hat (vgl. oben Sachverhalts-Lit. C).

E. 8

Zu prüfen bleibt von Amtes wegen (vgl. BGE 140 V 197 E. 6), ob ein Anwendungsfall von lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; in Kraft seit 1. Januar 2012; nachfolgend: SchlB) vorliegt.

E. 8.1

Lit. a Abs. 1 SchlB lautet wie folgt: Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, werden innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG (im Vordergrund steht dessen Abs. 2) nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen nach Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Absatz 1 findet keine Anwendung auf Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen (Abs. 4 SchlB). Bei Revisionsverfahren, welche - wie hier - noch vor dem Inkrafttreten der 6. IV-Revision eingeleitet wurden, bildet der 1. Januar 2012 als erster Tag der dreijährigen Umsetzungsfrist gemäss lit. a Abs. 1 SchlB fiktiver Anknüpfungspunkt für die Ermittlung der massgebenden Rentenbezugsdauer (BGE 140 V 15 E. 5.3.5).

E. 8.2

Für eine entsprechende Herabsetzung oder Aufhebung der Rente ist erforderlich, dass die Rentenzusprache aufgrund der Diagnose eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage erfolgte und dieses Beschwerdebild auch im Revisionszeitpunkt vorliegt (BGE 139 V 547 E. 10.1.1 f.). Lassen sich unklare von erklärbaren Beschwerden trennen, können die SchlB auf erstere Anwendung finden (BGE 140 V 197 E. 6.2.3). Für den Fall, dass eine Invalidenrente sowohl für unklare als auch erklärbare Beschwerden zugesprochen wurde, welche diagnostisch zwar unterscheidbar sind, die aber für die ursprüngliche Rentenzusprache bezüglich der darauf zurückzuführenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit keine exakte Abgrenzung erlauben, fällt eine Herabsetzung oder Aufhebung unter dem Titel der SchlB. ausser Betracht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_697/2014 E. 5.1 und 5.2, 9C_180/2015 E. 3). Im vorliegenden Fall wurde die IV-Rente gemäss der rentenbegründenden Verfügung sowohl für unklare als auch erklärbare Beschwerden zugesprochen, welche diagnostisch zwar unterscheidbar waren (vgl. Bericht der Dres. I. _____ und J. _____ vom 23. August 1999 und Gutachten von Dr. K. _____, L. _____ Klinik, vom 5. Dezember 2000). Eine exakte Abgrenzung bezüglich der je darauf zurückzuführenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit lässt sich aber für die ursprüngliche Rentenzusprache aufgrund der als relevant berücksichtigten Berichte (Gutachten Dr. K. _____ und Bericht der Dres. I. _____ und J. _____) nicht machen. Während Dr. K. _____ die vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit rein somatisch begründete, wurden die Schmerzen im Bericht der Dres. I. _____ und J. _____ aus psychiatrisch-psychosomatischer Sicht im Rahmen eines chronifizierten Schmerzsyndroms nur teilweise als durch ein organisches Korrelat erklärbar betrachtet, mit der Folge einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus rein psychiatrisch-psychosomatischer Sicht. Damit sind die SchlB in casu nicht anwendbar.

E. 9

Zusammengefasst ergibt sich, dass weder eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts im Sinne von Art. 17 ATSG mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, noch die SchlB anwendbar sind, weshalb es beim bisherigen Rechtszustand bleibt. Damit hat der Beschwerdeführer in Gutheissung der Beschwerde über den 1. Juni 2014 hinaus weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente der schweizerischen Invalidenversicherung.

E. 10

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

E. 10.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind keine Kosten aufzuerlegen und der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.- (vgl. BVGer-act. 7) ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 10.2

Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Da der anwaltliche Vertreter keine Kostennote eingereicht hat, 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 vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- gerechtfertigt (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu etwa Urteil des BVGer C-3110/2015 vom 28. September 2016]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE).

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