

# **BVGer C-5552/2015 vom 11. Mai 2018**

Bundesverwaltungsgericht, 2018-05-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-5552\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5552_2015)

FR: TAF C-5552/2015 du 11 mai 2018

IT: TAF C-5552/2015 del 11 maggio 2018

## **Regeste**

Rentenrevision

## **Erwägungen**

### **E. 1**

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

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 17. Juli 2015, mit welcher die Vorinstanz die seit dem 27. April 1998 (rückwirkend ab 1. Juli 1994) ausgerichtete ganze Invalidenrente des Beschwerdeführers infolge der durchgeführten Revision auf eine halbe Invalidenrente herabgesetzt hat. Mit Blick auf das Haupt- und Eventualbegehren des Beschwerdeführers und die Beschwerdebegründung ist streitig und zu prüfen, ob der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat bzw. ob die Vorinstanz den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Deutschland, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Freizügigkeitsabkommen (FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Anhang II des FZA betreffend die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit wurde per 1. April 2012 geändert (vgl. zum Ganzen Urteil des BVGer C-6546/2010 vom 13. November 2013 E. 2.3).

### **E. 3.1.1**

Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (geändert durch die Verordnung [EG] Nr. 988/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009, SR 0.831.109.268.1) haben die Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Dabei ist im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

### **E. 3.1.2**

Gemäss Art. 8 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 tritt diese Verordnung im Rahmen ihres Geltungsbereichs an die Stelle aller zwischen den Mitgliedstaaten geltenden Abkommen über soziale Sicherheit. Einzelne Bestimmungen von Abkommen über soziale Sicherheit, die von den Mitgliedstaaten vor dem Beginn der Anwendung dieser Verordnung geschlossen wurden, gelten jedoch fort, sofern sie für die Berechtigten günstiger sind oder sich aus besonderen historischen Umständen ergeben und ihre Geltung zeitlich begrenzt ist. Um weiterhin Anwendung zu finden, müssen diese Bestimmungen in Anhang II aufgeführt sein. Ist es aus objektiven Gründen nicht möglich, einige dieser Bestimmungen auf alle Personen auszudehnen, für die diese Verordnung gilt, so ist dies anzugeben.

### **E. 3.1.3**

Gemäss Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Mitgliedstaats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger jedes anderen in Betracht kommenden Mitgliedstaats verbindlich, sofern die in den Rechtsvorschriften dieser Mitgliedstaaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII als übereinstimmend anerkannt sind. Letzteres ist mit Bezug auf das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz nicht der Fall.

### **E. 3.1.4**

Vorliegend beurteilt sich demnach die Frage, ob Anspruch auf IV-Rentenleistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, allein aufgrund der innerstaatlichen schweizerischen Rechtsvorschriften. Die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe richten sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4). Ferner besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch Zeitschrift für die Ausgleichskassen [ZAK] 1989 S. 320 E. 2).

### **E. 3.2**

Nach ständiger Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Entscheides (hier: 17. Juli 2015) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 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).

### **E. 3.3**

Weiter sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 329). Im vorliegenden Verfahren finden demnach jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 17. Juli 2015 in Kraft standen (so auch die Normen der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Fassung des IVG vom 18. März 2011 [6. IV-Revision]); weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

### **E. 3.3.1**

Damit sind vorliegend für das IVG folgende Fassungen beachtlich: 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 ab dem 1. Januar 2012 in der Fassung vom 18. März 2011 (AS 2011 5659; 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket). Ebenso ist die Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] in den entsprechenden Fassungen zu beachten.

### **E. 3.3.2**

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. 3.4**

Mit der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht 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. 3.5**

Das Bundesverwaltungsgericht 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. 3.6**

Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht darf eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten

Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3; SVR 2011 UV Nr. 11 S. 39, 8C\_693/2010 E. 10; vgl. auch Urteil des BGer 9C\_732/2015 vom 29. März 2016 E. 3.1.2).

### **E. 3.7**

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (BGE 125 V 351 E. 3a).

### **E. 4**

In formeller Hinsicht macht der Beschwerdeführer zunächst eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend.

#### **E. 4.1**

Im Einzelnen moniert der Beschwerdeführer, dass die Vorinstanz nach den aufgrund seines Einwands gegen den Vorbescheid vom 4. Dezember 2013 vom 20. Oktober 2014 bis zum 23. Januar 2015 durchgeführten beruflichen Abklärungen im C.\_\_\_\_\_ keinen neuen Vorbescheid erlassen hatte, obwohl sie sich in der angefochtenen Verfügung auch auf nach dem Vorbescheid produzierte Akten stütze. Bereits aus diesem Grunde sei die Verfügung aufzuheben, da eine Heilung des rechtlichen Gehörs im Beschwerdeverfahren von der Doktrin abgelehnt werde.

#### **E. 4.2**

Eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör führt grundsätzlich ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung (BGE 132 V 387 E. 5.1; Waldmann/Bickel, in: Waldmann/Weissenberger [Hrsg.], Praxiskommentar VwVG, 2. Aufl. 2016, Rz. 106 zu Art. 29 VwVG). Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 431 E. 3d/aa). Von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung ist aber selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1; 136 V 117 E. 4.2.2.2 m.w.H.).

#### **E. 4.3**

Mit Blick auf die im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten Vernehmlassungen der Vorinstanz vom 9. November 2015 sowie der dieser beigefügten und undatierten Stellungnahme der IV-Stelle X.\_\_\_\_\_ ist festzuhalten, dass die Vorinstanz bei einer Rückweisung aus formellen Gründen in materieller Hinsicht im Ergebnis erneut gleich

entscheiden würde. Daraus folgt, dass selbst wenn die vom Beschwerdeführer behauptete Gehörsverletzung gegeben wäre, die Aufhebung der Verfügung und Rückweisung zur Neuverfügung einem formalistischen Leerlauf gleichkäme. Da dem Bundesverwaltungsgericht als Beschwerdeinstanz volle Kognition zukommt sowie die Vorinstanz bzw. die IV-Stelle X. dem Beschwerdeführer nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 17. Juli 2015 und nach Beschwerdeerhebung vom 10. September 2015 umfassende Akteneinsicht gewährt hat, kann die Gehörsverletzung als geheilt betrachtet und von einer Kassation der angefochtenen Verfügung bereits aus diesem Grund abgesehen werden (vgl. BGE 124 V 180 E. 4a mit Hinweisen).

## **E. 5**

In materieller Hinsicht umstritten und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Vorinstanz die ganze IV-Rente des Beschwerdeführers zu Recht auf eine halbe Rente herabgesetzt hat.

### **E. 5.1**

Invaliddität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invaliddität 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. 5.2**

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b); und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

### **E. 5.3**

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. Art. 28 Abs. 2 IVG (in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 28 Abs. 1ter IVG (in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen

bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40 % eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie - wie vorliegend - in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (vgl. 130 V 253 Regeste und E. 2.3).

#### **E. 5.4**

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. 5.5**

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 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4, 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. 5.6**

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. 5.7**

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 130 V 71 E. 3.2.3; 109 V 262 E. 4a).

### **E. 5.8**

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. 6**

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

### **E. 6.1**

Wie bereits ausgeführt, ist von der letzten materiellen Überprüfung des Leistungsanspruches auszugehen. Diese erfolgte im Hinblick auf die erstmalige Rentenzusprache mit ursprünglicher Verfügung vom 27. April 1998 (act. 1 S. 6-10). Im Rahmen der im Dezember 2000 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 (vgl. act. 6-9). Danach hat die IV-Stelle - soweit aus den Akten ersichtlich und wohl auch mit Blick auf die Mitteilung der SUVA vom 26. Juni 2007 (keine Änderung des Rentenanspruchs; vgl. act. 16) - bis zur vorliegend umstrittenen Rentenrevision keine weitere Rentenüberprüfung durchgeführt.

### **E. 6.2**

Die rückwirkend ab 1. Juli 1994 ausgerichtete ganze IV-Rente beruhte auf der Annahme, dass beim Beschwerdeführer eine langandauernde Krankheit vorliege, aufgrund welcher es ihm nicht mehr möglich gewesen sei, im 1. Arbeitsmarkt einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, dies bei einem Invaliditätsgrad von 80 % (vgl. act. 5 S. 1). Als wesentliche Entscheidungsgrundlage dienten dabei nebst den eigenen insbesondere die Akten der SUVA, welche diverse ärztliche Berichte enthielten, die eigenen beruflichen Abklärungen im D.\_\_\_\_\_ sowie schliesslich die abschliessende kreisärztliche Beurteilung des SUVA-Arzttes vom 4. Juni 1997. Der ursprünglichen Rentenverfügung vom 27. April 1998 lag insbesondere der folgende medizinische Verlauf bzw. folgender Sachverhalt bzw. zugrunde:

#### **E. 6.2.1.1**

Nachdem beim Beschwerdeführer infolge des Unfalls vom 5. Juli 1993 im Rahmen der Erstversorgung im E.\_\_\_\_\_ in (...) ein geschlossenes Schädelhirntrauma (mit multiplen

kleineren Blutungen frontal rechts; hoch-parietal bds.; paraventrikulär und im Interventrikulärseptum), eine neurologische Ausfallsymptomatik (mit initialem Koma; spastischem Hemisyndrom links in Regredienz; St.n. linksbetonter inkompletter Tetraspastik [Hirnödem]; schwere Sprachstörungen und neuropsychologische Ausfälle), eine Mandibulafraktur rechts und eine subkondyläre Mandibulafraktur links, eine distale Ulna-Fraktur rechts sowie ein St.n. Claviculafraktur links 1989 festgestellt worden war, wurde der Beschwerdeführer ca. nach einem Monat bei ausgeprägten Vigilanzschwankungen, erschwerter averbaler Kommunikation und deutlicher, initial stark armbetonter Hemiparese links am 4. August 1993 zur Erstneurorehabilitation in die B.\_\_\_\_\_ weiterverlegt. Zuvor wurden noch die Frakturen der Maxilla und Mandibula im Spital in (...) osteosynthetisiert (vgl. Berichte der B.\_\_\_\_\_ vom 15. Und 30. September 1993 [act. 2 und act. 3 S. 93-96]; Suva-Akten 9).

#### **E. 6.2.1.2**

Die Hospitalisation im B.\_\_\_\_\_ dauerte vom 4. August 1993 bis zum 21. Januar 1994. Im zuhanden des Hausarztes erstatteten Bericht vom 2. Februar 1994 hielten die Ärzte der B.\_\_\_\_\_ folgende Diagnosen fest: (1.) schweres, geschlossenes Schädelhirntrauma nach Verkehrsunfall vom 5. Juli 1993 mit multiplen kleineren Blutungen frontal rechts, hoch-parietal bds., paraventrikulär und im Interventrikulärseptum; Einlage einer Hirndrucksonde vom 5. bis 7. Juli 1993; Fraktur an der lateralen Wand des Sinus maxillaris links; (2.) Konsekutive neurologische Ausfälle: initial GCS 3 und linksbetonte Tetraspastik; spastisches Hemisyndrom links im Verlauf; schwere Sprachstörungen; Rekurrenspares links; zentrale Facialisparesie; Trochlearisparesie; posttraumatische neuropsychologische Defizite; residuelle Gangataxie; (3.) Begleitverletzungen: kleine Ausrissfrakturen am distalen Radius rechts dorsal und palmar (radio-carpale Luxation); Mandibulafraktur rechts und subkondyläre Mandibulafraktur links (operativ stabilisiert mit 4-Lochplatte und einer langen Zugschraube am 22. Juli 1993 im E.\_\_\_\_\_ in [...]; Entfernung der langen Zugschraube am 19. Januar 1994 im F.\_\_\_\_\_); RQW linke Schulter (primär chirurgisch versorgt am 5. Juli 1993 im gleichen Spital in [...]); sowie (4.) St.n. Claviculafraktur links 1989 (primär operativ stabilisiert, St.n. Osteosynthese-Metallentfernung). Nach der stationären Rehabilitation wurden ambulante Therapien (Ergo- und Physiotherapie sowie Neuropsychologie) vorgesehen. Zudem wurde ein ophthalmologisches Kontrollkonsilium vorgesehen. Es wurde bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (vgl. act. 3 S. 81-88).

#### **E. 6.2.1.3**

Im Verlaufsbericht vom 17. März 1994 nennen die Ärzte der B.\_\_\_\_\_ die bereits bekannten Diagnosen. Im Weiteren berichten sie von einer Verbesserung des Gangbildes und des Gedächtnisses. Bezüglich einer beruflichen Wiedereingliederung sei der Beschwerdeführer gegen einen Arbeitsversuch im D.\_\_\_\_\_. Hingegen habe er sich mit seinem Chef so besprochen, dass er bei weiterhin attestierter Arbeitsunfähigkeit von 100 % einen Arbeitsversuch im alten Betrieb machen werde (vgl. act. 3 S 78 f.). Im Verlaufsbericht vom 21. Juli 1994 teilen die Ärzte nebst den bekannten Diagnosen mit, dass der Beschwerdeführer im Rahmen eines Arbeitsversuches an drei Tagen pro Woche beim alten Arbeitgeber arbeite. Der Beschwerdeführer selbst schätze seine Arbeitsleistung auf 50 % ein. Er sei bei der Arbeit im Allgemeinen viel langsamer, müsse mehr überlegen und sei öfters auf die Unterstützung seiner Arbeitskollegen angewiesen. Hinsichtlich der beruflichen Eingliederung werde in den nächsten Wochen mit dem Vorgesetzten und den

behandelnden Therapeuten eine Standortbestimmung durchgeführt. Schliesslich attestierten sie weiterhin eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. 3 S. 76 f.).

#### **E. 6.2.1.4**

Im neuropsychologischen Verlaufsbericht vom 18. August 1994 hielten die Ärzte fest, dass der Beschwerdeführer während der Testuntersuchung gute Konzentration und Ausdauer gezeigt habe. Im Vergleich zur ersten Untersuchung vom 15. November 1993 zeige er tendenziell deutliche Verbesserungen. Die Orientierung, das Aussprechen von automatisierten Frequenzen, die Erfassungsspanne, das Lernen, das Altgedächtnis, die Spontansprache und das Sprachverständnis, das Rechnen in den Grundoperationen, die figural-räumliche Wahrnehmung und Verarbeitung, das kategorische Denken und das Beurteilen und Schlussfolgern hätten sich im Normbereich erwiesen.

Konzentrationsleistungen seien noch nicht im Normbereich, seien jedoch deutlich besser geworden. Das verbale Neugedächtnis sei noch reduziert wie auch das Gedächtnis für figural-räumliche Informationen. Die Flexibilität in der Zeichenproduktion und beim Unterdrücken von automatisierten verbalen Impulsen sei noch leicht erschwert.

Verlangsamungen vor allem in komplexen Situationen seien vorhanden (vgl. act. 3 S. 71-73).

#### **E. 6.2.1.5**

Im Zwischenbericht vom 8. September 1994 berichten die Ärzte der B. \_\_\_\_\_ weiterhin von einem erfreulichen Verlauf. Der Beschwerdeführer mache beim Laufen deutliche Fortschritte und bemerke gleichzeitig, dass sich seine Gedächtnisschwierigkeiten zurückbildeten. Im Rahmen eines Arbeitsversuches arbeite der Beschwerdeführer wieder an seinem alten Arbeitsplatz während drei Tagen in der Woche. Jedoch sei er bei der Arbeit nach wie vor im Allgemeinen viel langsamer, müsse mehr überlegen und sei öfters auf die Unterstützung seiner Arbeitskollegen angewiesen (vgl. act. 24 S. 14).

#### **E. 6.2.1.6**

Der Ophthalmologe Dr. med. G. \_\_\_\_\_ berichtet am 2. Dezember 1994, dass weiterhin eine Trochlearisparese links mit Bewegungseinschränkung bestehe. Indessen bestünden keine störenden Doppelbilder (act. 24 S. 6).

#### **E. 6.2.1.7**

Im Bericht vom 9. August 1995 stellten die Ärzte der B. \_\_\_\_\_ als Diagnosen einen St.n. schwerem, primär geschlossenem Schädelhirntrauma nach Verkehrsunfall am 5. Juli 1993 mit residueller linksbetonter Tetraspastik, deutlicher Gangataxie, Rekurensparese links, zentraler Facialisparese links in Rückbildung, Trochlearisparese links in Rückbildung sowie posttraumatischen neuropsychologischen Defiziten. Es zeige sich im Vergleich zur letzten Untersuchung vom 8. September 1994 weiterhin ein erfreulicher Verlauf. Das Gangbild habe sich deutlich verbessert. Der Arbeitsversuch sei zwischenzeitlich auf vier Tage pro Woche Anwesenheit am Arbeitsplatz unter weiterhin 100 % Arbeitsunfähigkeit ausgedehnt worden. Noch immer habe er Mühe, mehrere Handlungsabläufe zu koordinieren und sei auch immer noch verlangsamt und habe Schwierigkeiten mit der Feinmotorik. Ein Endzustand sei noch nicht erreicht und weitere Verbesserungen seien zu erwarten. Der Arbeitsversuch beim Arbeitgeber werde weitergeführt und im September 1995 werde eine Neubeurteilung in Absprache mit dem Arbeitgeber durchgeführt (vgl. act. 3 S. 54 f.).

#### **E. 6.2.1.8**

In der Anmeldung zur Aufnahme in das D. \_\_\_\_\_ vom 9. Februar 1996 nannten die Ärzte der B. \_\_\_\_\_ erneut den bekannten Diagnosekatalog und berichteten, dass der Arbeitsversuch beim Arbeitgeber nach gut dreiviertel Jahren als gescheitert betrachtet werden müsse, da bei 80 %-iger Anwesenheit dem Beschwerdeführer nur eine sehr geringe Arbeitsleistung vom Arbeitgeber attestiert werden konnte. Im D. \_\_\_\_\_ solle gezielt eine Abklärung hinsichtlich der Arbeitsbelastung sowie der Frage, inwieweit die feinmotorischen Schwierigkeiten tatsächlich die berufliche Ausübung behindern würden, durchgeführt werden (vgl. act. 3 S. 45 f.).

### **E. 6.2.2**

Im Bericht des D. \_\_\_\_\_ vom 31. Oktober 1996 wird zusammengefasst festgehalten, dass der Beschwerdeführer durch die Folgen des Schädel-Hirntraumas auf vielen Ebenen beeinträchtigt sei. Nach einer Stunde habe er Mühe mit dem Stehen, Schmerzen im Handgelenk sowie Konzentrationsschwierigkeiten. Bei intellektueller Herausforderung setzten ebenfalls nach einer Stunde Kopfschmerzen ein. Die Abklärung bezüglich einer mit seinem ursprünglichen Beruf verwandte Tätigkeit hätte gezeigt, dass er im handwerklichen Bereich sich eher für gröbere Arbeiten eigne, diese indes körperlich zu belastend seien. Der Beschwerdeführer überschätze dabei seine Fähigkeiten massiv. Für eine Umschulung in kaufmännischer Richtung fehlten ihm die Voraussetzungen, vor allem die notwendige Konzentrationsfähigkeit, die vorhandenen Lücken systematisch aufzuarbeiten. In diesem Bereich käme höchstens eine praktische Einarbeitung im geschützten Bereich in Frage, was vom Beschwerdeführer jedoch abgelehnt werde. An eine Vermittlung in die freie Wirtschaft sei im Moment nicht zu denken, weshalb vorgeschlagen werde, die Rentenfrage zu prüfen (vgl. act. 3 S. 36-38 und act. 4 S. 8-10).

### **E. 6.2.3.1**

Am 20. November 1996 stellten die Ärzte der B. \_\_\_\_\_ schliesslich folgende Diagnosen: (1.) St.n. schwerem, primär geschlossenem Schädelhirntrauma bei Verkehrsunfall vom 5. Juli 1993 mit multiplen kleineren Blutungen und Fraktur an der lateralen Wand des Sinus maxillaris links; (2.) Konsekutive neurologische Ausfälle: spastisches Hemisyndrom links, im Verlauf regredient; schwere Sprachstörungen (regredient); Rekurrensparese links; zentrale Facialisparesie links; Trochlearisparesie links; posttraumatische neuropsychologische Defizite; residuelle Gangataxie; (3.) Begleitverletzungen: kleine Ausrissfrakturen am distalen Radius; Mandibulafraktur bds. Im Weiteren weisen sie darauf hin, dass seit dem letzten Bericht vom 9. August 1995 nur unwesentliche Änderungen des Zustandes eingetreten seien. Beschwerden träten linksbetont in den Hüftgelenken auf, vor allem bei längerem Stehen. Daneben bestehe unverändert eine leichte ataktische Gangstörung. Ausserdem bestünden leichte anstrengungsabhängige Kopfschmerzen, leichte Wortfindungsstörungen sowie Doppelbilder beim Blick nach rechts, unten und oben. Es sei ein bleibender Nachteil zu erwarten. Es persistierten die linksbetonte Tetraspastik mit einer Gangataxie, die neurologischen Defizite sowie Hüftschmerzen bei körperlichen Belastungen. Im Weiteren wiesen die Ärzte auf die Abklärungsergebnisse im D. \_\_\_\_\_ hin (vgl. act. 3 S. 32 f.).

### **E. 6.2.3.2**

Der Augenarzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ teilt am 28. November 1996 mit, dass der Beschwerdeführer Doppelbilder nur noch beim Blick nach unten habe. Diese würden nicht mehr wahrgenommen und störten im Alltag nicht. Es finde sich nur noch ein kleines

Residuum der Trochlearisparese links ohne funktionelle Einschränkungen. Aus augenärztlicher Sicht bestehe gegen das Führen eines Fahrzeuges ohne Brille kein Einwand (vgl. act. 3 S. 31).

#### **E. 6.2.4**

Schliesslich nahm am 4. Juni 1997 der SUVA-Kreisarzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ gestützt auf die Akten und auf seine eigene Untersuchung des Beschwerdeführers eine abschliessende Beurteilung vor. Die abschliessende kreisärztliche Untersuchung ergebe eine residuelle linksbetonte Ataxie aller Extremitäten, ein freies aber schmerzhaftes rechtes dominantes Handgelenk, unklare Restbeschwerden in der linken Hüfte, weitgehend kompensierte Doppelbilder und Anhaltspunkte für ein etwa mittelgradiges psychoorganisches Syndrom. Im rechten Handgelenk entwickle sich allenfalls eine leichte Arthrose, während in der linken Hüfte eine eher leichte Knorpelinkongruenz vorliege. Mit den aktuellen psychischen, intellektuellen und physischen Restanzen könnte der Beschwerdeführer effektiv am besten im geschützten Rahmen wieder eingegliedert werden, da nur dort auf die diversen Einschränkungen individuell Rücksicht genommen werden könne. Ein mindestens halbtägiger Einsatz scheine zumutbar, wobei nur leichte mittelmotorische Serienarbeiten ohne gefährliche Werkzeuge oder Maschinen oder exponierte Arbeitsplätze in Betracht kämen. Wechselbelastende Bedingungen wären von Vorteil (vgl. act. 3 S. 22-26).

#### **E. 6.2.5**

Im Lichte des soeben Dargelegten erfolgte die ursprüngliche Rentenzusprache insbesondere aufgrund von fachärztlich festgestellten ophthalmologischen sowie neuropsychologischen Beeinträchtigungen.

#### **E. 7**

Die im Zeitraum vom 28. April 1999 bis zum 9. Januar 2013 erstellten medizinischen Berichte berichten jeweils von einem unveränderten Zustand des Beschwerdeführers (vgl. act. 3 S. 13-18, act. 10 S. 1-5, act. 24 S. 161, S. 182, S. 186, S. 194-199, S. 219-221 und S. 232-235 sowie act. 59.5 S. 19-49).

#### **E. 8**

Alsdann umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 17. Juli 2015 - im Vergleich zum Gesundheitszustand im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache -eine rentenrelevante Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten ist.

#### **E. 8.1**

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 8. November 2013 datierende Gutachten der I. \_\_\_\_\_ umfasst die Disziplinen Ophthalmologie, Orthopädie/Traumatologie, Innere Medizin, Neuropsychologie und Psychiatrie. Diese Expertise sowie weitere medizinische Dokumente sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

#### **E. 8.1.1**

Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (vgl. act. 59.1 S. 20 f.): - Status nach schwerem Schädel-Hirntrauma mit Contusio cerebri (05.07.1993) - Mittelschwere Hirnfunktionsstörungen (ICD-10 F06.9) - Organisches

Psychosyndrom nach Schädel-Hirntrauma (ICD-10: F07.2) - Trochlearisparese links nach Schädel-Hirntrauma (05.07.1993) Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (vgl. act. 59.1 S. 21): - Ophthalmische Migräne mit Aura - Leichter Astigmatismus, beginnende Presbyopie - Status nach Osteosynthese einer Mandibulafraktur beidseits 1993 - Kleine Abrissfraktur am distalen Radius rechts - Status nach Osteosynthese einer Klavikulafraktur links 1989, Metall entfernt - Anamnestiche Mikrohämaturie, vom Versicherten nach Angabe mit Teststreifen festgestellt, normale Nierenfunktion (22.07.2013) - Nikotinabusus

### **E. 8.1.2**

Im neurologischen Hauptgutachten berichtet die Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, der Beschwerdeführer klage heute von neurologischer Seite her über Kopfschmerzen, die als Migräne mit Aura gedeutet werden müssten. Bei der aktuellen neurologischen Untersuchung fänden sich nur minimale neurologische Ausfälle, eine leichte Trochlearisparese links, die durch die Kopfhaltung kompensiert werde, eine gewisse Hyperpathie im Bereich der linken Hand, ein unharmonisches Gangbild, Befunde, die nicht sehr beeinträchtigend seien. Bei einer Kernspintomographie des Schädels hätten sich residuelle Befunde der stattgehabten Verletzung dargestellt; ein sekundärer Hydrozephalus habe sich nicht gebildet. Auch weise die Migräne keine sicher symptomatische Ursache auf. Es sei nie zu traumatisch bedingten epileptischen Anfällen gekommen. Zu den geklagten Kopfschmerzen (Migräne mit Aura) sei festzustellen, dass diesbezüglich dringen eine konsequente Grundbehandlung mit einem Betablocker oder einem anderen geeigneten Präparat durchgeführt werden sollte unter Einbezug eines Migränekalenders. Von somatisch neurologischer Seite her würden die festgestellten neurologischen Befunde keine Konsequenzen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit aufweisen (act. 59.1 S. 15).

### **E. 8.1.3**

Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Ophthalmologie, stellt im ophthalmologischen Teilgutachten vom 25. Juli 2013 fest, dass die linksseitige Trochlearisparese immer noch bestehe. Jedoch scheine sie den Beschwerdeführer wenig zu stören. Diese schränke den Patienten im Alltag wenig bis gar nicht ein. Sie sei nicht rentenbestimmend. Gemäss Integritätsentschädigung UVG sei sie schätzungsweise 5 %, wobei je nach Lage und Grösse des diplophen Blickfeldes 5-30 % angegeben würden. Es könnten Arbeiten ausgeführt werden, die keines feinen stereoskopischen Sehens bedürften und die Augen nicht durch Lesen und Bildschirmarbeit belasteten. Zudem sollten keine Leitern, Gerüste und Treppen bestiegen werden, da es beim Hinuntersteigen zu einer Unsicherheit mit Doppelbildern komme. Wegen der raschen Ermüdung und der immer drohenden Augenmigräne sollten bei der Arbeit kurze Erholungspausen eingelegt werden, was die Leistungsfähigkeit bzw. das Arbeitstempo um etwa 20 % vermindern dürfte. Eine echte Therapiemöglichkeit sei nicht gegeben (act. 59.1 S. 16 sowie act. 59.5 S. 11-16).

### **E. 8.1.4**

Im orthopädischen bzw. traumatologischen Gutachten vom 12. August 2013 hält Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, spez. Allg. Chirurgie und Traumatologie und Sportmedizin SGSM, keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit fest. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nennt er einen Status nach schwerem Schädelhirntraum mit Contusio cerebri (5. Juli 1993), einen Status nach Osteosynthese einer Mandibulafraktur beidseits 1993, kleine

Abrissfraktur am distalen Radius rechts 1993 sowie einen Status nach Osteosynthese einer Klavikulafraktur links 1989, Metall entfernt. Im Weiteren führt er aus, dass orthopädische Beschwerden insgesamt nie im Vordergrund gestanden hätten. Im Verlauf würden vermehrt neuropsychologische Defizite, Gleichgewichtsstörungen, Doppelbilder sowie Konzentrationsschwächen konstatiert. Im heutigen Status fänden sich aus orthopädischer Sicht keine pathologischen Befunde. Es zeige sich eine gut bewegliche HWS, eine vorzüglich bewegliche LWS. Es bestünden keine muskulären Defizite. Die grossen Gelenke seien symmetrisch normal beweglich, ohne Impingement. Es zeige sich eine leichte Beinlängendifferenz zu Ungunsten von rechts von 1 cm. Zudem bestehe eine angedeutete Ataxie. Verglichen mit den initialen Berichten zeigt sich eine Abnahme der pathologisch-neurologischen Symptome. Initial habe eine links und beinbetonte Tetraspastik mit Hirnnervenausfällen bestanden. Diese seien in neueren Berichten regredient. Orthopädische Mängel seien nicht primär ersichtlich. Aus rein orthopädischer Sicht sei der Beschwerdeführer auch für passager schwere Arbeiten zu 100 % arbeitsfähig. Eine Arbeitsunfähigkeit habe aus orthopädischer Sicht lediglich während der Rekonvaleszenz bestanden. Das Schädelhirntrauma habe neurologische Ausfälle verursacht, weshalb auf die neurologische resp. neuropsychologische Beurteilung abgestützt werden müsse (vgl. act. 59.1 S. 16 f. und act. 59.2).

#### **E. 8.1.5**

Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte im internistischen Teilgutachten vom 12. August 2013 als Diagnose lediglich eine anamnestische Mikrohämaturie bei normaler Nierenfunktion ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ansonsten fänden sich keine Hinweise für eine Erkrankung aus dem Fachgebiet Innere Medizin. Aus internistischer Sicht könnten aktuell alle Tätigkeiten ausgeübt werden. Im Weiteren hätten aus allgemein-internistischer Sicht - abgesehen von interkurrenten Erkrankungen - zu keiner Zeit dauerhafte und wesentliche Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergeben (act. 3 S. 17 und act. 59.3).

#### **E. 8.1.6**

Im Neuropsychologischen Teilgutachten vom 12. August 2013 nennt Dr. phil. N. \_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP und zertifizierte neuropsychologische Gutachterin SIM, einen St.n. schwerem Schädelhirntrauma mit/bei mittelschweren Hirnfunktionsstörungen (ICD F06.9) und deutlicher Persönlichkeitsveränderung (ICD F07.2: organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma; DD mitbedingt durch mögliche depressive Symptomatik) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Sie führt zur Begründung aus, dass in einem aktuell durchgeführten Schädel-MRI vom 27. Juli 2013 (vgl. act. 59.5 S. 17) sich eine frontoparietal betonte Hirnatrophie beidseits gezeigt habe sowie eine partielle Aplasie des Corpus callosum, zudem eine kleine Läsion im linken Kleinhirn, und die vorbeschriebenen Shearing Injuries bilateral frontoparietal. Bei unauffälliger Anstrengungsbereitschaft ergäben sich aktuell mittelschwere Hirnfunktionsstörungen. Diese äusserten sich als mittelschwere Gedächtniseinbusen und leichte Einschränkungen in Aufmerksamkeits- und exekutiven Funktionen. Daneben bestehe entsprechend der Selbst- und Fremdanamnese eine deutliche Persönlichkeitsveränderung mit einem verminderten Antrieb, einer gewissen Enthemmung und einem dysexekutiven Syndrom sowie Auffälligkeiten im Sozialverhalten. Eventuell liege jedoch auch noch eine gewisse depressive Symptomatik vor, welche diese Auffälligkeiten verstärke. Gesamthaft wäre entsprechend der SUVA-Tabelle 8 vom

Schweregrad her von einer mittelschweren Störung auszugehen. Verglichen mit den Voruntersuchungen zeige sich ein von der Art und dem Schweregrad her relativ vergleichbares kognitives Leistungsprofil mit im Vordergrund stehenden Gedächtniseinbußen und leichteren Aufmerksamkeits- und exekutiven Funktionsstörungen mit einer - soweit beurteilbar - eventuell leichten Verschlechterung hinsichtlich der Gedächtnisdefizite. Hinsichtlich der Persönlichkeitsveränderungen mit u.a. sozialem Rückzug und Antriebsmangel seien diese in den Vorbefunden zwar immer wieder beschrieben worden, eine Diagnose sei jedoch diesbezüglich nicht explizit festgehalten worden. Insgesamt zeige sich somit ein unverändertes Zustandsbild. Entsprechend der Anamnese, der Bildgebung und des Verlaufs ist hinsichtlich der Ätiologie von Folgen des erlittenen schweren Schädelhirntraumas auszugehen. Die kognitiven Einschränkungen könnten das berufliche Scheitern jedoch nicht allein vollumfänglich erklären. Hier seien die Persönlichkeitsveränderungen mit Antriebsmangel etc. von Belang, sehr wahrscheinlich seien auch körperliche Einschränkungen (Feinmotorik, Gleichgewicht etc.), die Kopfschmerzproblematik und eventuell auch eine depressive Symptomatik von Bedeutung. Aus therapeutischer Sicht wäre eine neuropsychologische Behandlung mit dem Ziel der Schaffung einer Tagesstruktur und einer vermehrten Selbstständigkeit, am sinnvollsten im geschützten Rahmen empfehlenswert. Entsprechend den kognitiven Einbußen dürfte die Leistungsfähigkeit als Maschinenschlosser um 50 % reduziert sein, wobei im Weiteren die zeitliche Belastbarkeit aufgrund der Gedächtnisschwierigkeiten um 30 % vermindert sein dürfte. In angepassten Tätigkeiten dürfte die Leistungsfähigkeit für einfache, repetitive manuelle Hilfstätigkeiten im Werkstattbereich ohne hohe kognitive Anforderungen nach einer erhöhten Einlernzeit nicht mehr als 20 % beeinträchtigt sein. Auch hier entspreche die zeitliche Belastbarkeit 30 % (vgl. act. 59.1 S. 17-19 und act. 59.5 S. 1-10).

#### **E. 8.1.7**

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 16. Oktober 2013 stellt Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10: F07.2) als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren führt er aus, seit dem Unfallereignis seien keine dauerhaften und behandlungswürdigen depressiven Zustände aktenkundig geworden. Spätestens seit der Reisetätigkeit könne keine ausgeprägte und dauerhafte Störung der Auffassung, der Orientierung, des Denkens und der Affektivität festgestellt werden. Die psychiatrische Untersuchung bestätige das Fehlen eines typisch amnestischen Syndroms. Es könne von einer weitgehenden Erhaltung der intellektuellen Funktionen ausgegangen werden. Die Persönlichkeitsdiagnostik ergebe Hinweise auf eine beschriebene regressive Syntonisierung. Depressive anhaltende Störungen hätten spätestens seit 2010 nicht mehr vorgelegen. Ein sozialer Rückzug liege seither auch nicht mehr vor. Die jahrelange Berentung habe neben der krankheitsbedingten Einschränkung der Leistungsfähigkeit auch zu einer heute gänzlich fehlenden Leistungsmotivation geführt, die sich aus der psychosozialen Desintegration ableite. Seine Art und Weise der regen Reisetätigkeit spreche deutlich dagegen, dass er trieb- oder affektgesteuert sei. Auch fahre er selber Auto und besorge teilweise seinen Haushalt selber. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit müsse von einer eingeschränkten Stresstoleranz ausgegangen werden. Aus medizinisch-theoretischer Sicht bestehe für die bisherige berufliche Tätigkeit eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit. In einer intellektuell weniger anspruchsvollen Tätigkeit, bei welcher das Erlernen von neuem eine geringe Rolle spiele und Ansprüche an zwischenmenschliches Konfliktpotenzial nicht zu groß seien, könne von einer etwas höheren Arbeitsfähigkeit als

im angestammten Beruf von 60 % bis 70 % ausgegangen werden. Dabei seien sowohl die Leistungsfähigkeit als auch die zeitliche Präsenz berücksichtigt. Diese Beurteilung beruhe einzig auf der krankheitsbedingten Einschränkung der Leistungsfähigkeit mit verminderter Stresstoleranz und habe die psychosoziale Desintegration mit deutlich eingeschränkter Leistungsmotivation dabei unberücksichtigt gelassen. Da objektiv festgestellte aktenkundige Befunde aus psychiatrischer Sicht fehlten, könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angegeben werden, seit wann rückwirkend diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Es könne lediglich mit einer Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass ab Beginn der regelmässigen Auslandsreisen die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen sei (vgl. act. 59.1 S. 19 f. und act. 59.4).

#### **E. 8.1.8**

Im Hauptgutachten hielten die Gutachter aufgrund einer polydisziplinären Besprechung zusammenfassend fest, im Zusammenhang mit der ophthalmologischen Untersuchung werde die linksseitige Trochlearisparese bestätigt. Diese sei im Alltag wenig einschneidend, vom Besteigen von Leitern, Gerüsten werde abgeraten, auf Treppen sei Vorsicht geboten. Die Arbeitsfähigkeit sei nicht eingeschränkt, wenn Arbeiten, die ein feines stereoskopisches Sehen benötigten und die Augen nicht durch Lesen und Bildschirmarbeit belastet würden, vermieden würden. Wegen überhöhter Ermüdung und der Augenmigräne sei eine Leistungseinbusse von 20 % anzurechnen. Aus orthopädischer Sicht werde nach Abheilung aller beim Unfall erlittenen peripheren Verletzungen am Bewegungsapparat eine volle Arbeitsfähigkeit bestätigt. Auch von internistischer Seite her bestünden keine Einschränkungen des Gesundheitszustandes, zumal sich auch in der Vorgeschichte keine diesbezüglichen Belastungen fänden. Hingegen belege die neuropsychologische Exploration deutliche Beeinträchtigungen, die die Arbeitsfähigkeit in eingreifender Weise betreffen. Es bestünden mittelschwere Hirnfunktionsstörungen sowie eine Persönlichkeitsveränderung mit einem verminderten Antrieb, einer gewissen Enthemmung und einem dysexekutiven Syndrom sowie Auffälligkeiten im Sozialverhalten. Im erlernten Beruf bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und in einer adaptierten Tätigkeit eine solche von 80 %. Bei einer aufgrund der neuropsychologischen Defizite zusätzlich zu berücksichtigenden reduzierten Präsenzzeit von 70 % errechne sich eine Arbeitsfähigkeit von 35 % im erlernten Beruf und von 56 % in einer adaptierten Tätigkeit mit hohem Routineanteil. Die psychiatrische Untersuchung ergebe keine Hinweise auf eine depressive Stimmung, zudem werde das Fehlen eines typisch anamnestischen Syndroms bestätigt. Es müsse von einer weitgehenden Erhaltung der intellektuellen Funktionen ausgegangen werden. Die Persönlichkeitsdiagnostik ergebe jedoch Hinweise auf eine beschriebene regressive Syntonisierung. Zudem sei von einer fehlenden Leistungsmotivation, die sich aus der psychosozialen Desintegration ableite, auszugehen. Die Arbeitsfähigkeit im erlernten Beruf sei auf 50 % und in einer angepassten Tätigkeit auf 60 % bis 70 % zu beziffern. Zusammenfassend werde die Arbeitsfähigkeit von ophthalmologischer und neuropsychologischer/psychiatrischer Seite her bestimmt. Sie betrage in der ursprünglichen Tätigkeit 35 % und in einer angepassten Tätigkeit ca. 56 %. Darin eingeschlossen sei eine Leistungsminderung von 20 % von ophthalmologischer Seite, die nicht kumulierend wirke, da bezüglich der Migräne Behandlungsoptionen bestünden. Hinsichtlich des Belastungsprofils müsse von einer eingeschränkten Stresstoleranz (Arbeiten unter erhöhten Zeitdruck und zwischenmenschliche Spannungen in einem Team) ausgegangen werden. Es sei zudem eine erhöhte Ermüdbarkeit bei intellektueller Arbeit zu erwarten. Da mögliche Unkonzentriertheiten bei Routinearbeiten zu Fehlmanipulationen führen könnten, sei das

Bedienen von Maschinen mit erhöhter Verletzungsgefahr aus psychiatrischer Sicht abzuraten. In Bezug auf die Augen könnten Arbeiten ausgeführt werden, die keines feinen stereoskopischen Sehens bedürften und die Augen nicht durch Lesen und Bildschirmarbeit belasteten. Zudem sollten keine Leitern, Gerüste und Treppen bestiegen werden. Beim Hinuntersteigen komme es zu einer Unsicherheit mit Doppelbildern. Diese Arbeitsfähigkeitseinschätzung gelte seit 2010, als selbständige Auslandsreisen möglich geworden seien und subjektiv eine Verbesserung von langandauernden Verstimmungen eingetreten sei (vgl. act. 59.1 S. 21-23).

### **E. 8.2**

Das Gutachten wurde dem RAD zur Stellungnahme unterbreitet. Am 19. November 2013 nahm die Ärztin Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie zertifizierte Gutachterin SIM, zum Gutachten Stellung und führte aus, auf das für die streitigen Belange umfassende, vollständige, auf allseitigen Untersuchungen beruhende, qualitativ einwandfreie, in Kenntnis der Vorakten erstellte, in sich konsistente und in der Begründung eindeutige Gutachten könne vollumfänglich abgestellt werden. Die Schlussfolgerungen seien gut begründet und nachvollziehbar. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei versicherungsmedizinisch überzeugend und mit den erhobenen medizinischen Befunden erklärbar. Dr. med. P.\_\_\_\_\_ schloss sich den Feststellungen und Beurteilungen der Gutachter an und ergänzte hinsichtlich des Zeitpunkts, ab welchem eine Verbesserung des Gesundheitszustandes festgestellt werden könne, dass der Versicherte die Fernreisen ungeachtet der kognitiven Einschränkungen und der Migräneattacken selbständig habe unternehmen können. Hinsichtlich der Augenleiden sei aufgrund der Ausführungen im Gutachten keine Meldung an das Strassenverkehrsamt notwendig (vgl. act. 61).

### **E. 8.3**

Im Vorbescheidverfahren wurde der Beschwerdeführer nach dessen Einwand vom 20. Oktober 2014 bis zum 23. Januar 2015 im C.\_\_\_\_\_ hinsichtlich seiner Leistungsfähigkeit und Wiedereingliederungsmöglichkeiten abgeklärt. Im Bericht vom 3. Februar 2015 wird dem Beschwerdeführer - nach anfänglich negativer Einstellung - ein steter Wille, alle standardisierten Aufgaben und die ihm übertragenen Projektarbeiten möglichst gut zu lösen, attestiert. Die Auswertungen hätten jedoch aufgezeigt, dass er schon mit einfachsten technischen Aufgaben an seine Leistungsgrenzen gestossen sei. Die handwerklichen und auch planerischen Fähigkeiten entsprächen nicht mehr dem Können eines erlernten Berufsmannes. Dazu kämen zusätzliche Beeinträchtigungen wie Doppelbilder und stark schmerzende Augen, die es ihm verunmöglichten, konstant an einer Aufgabe zu arbeiten. Seine Belastbarkeit sei stark eingeschränkt, was sich sehr negativ auf die Arbeitsleistung auswirke. Der Beschwerdeführer sei aufgrund der Abklärungsergebnisse nicht mehr in der Lage, eine wirtschaftlich verwertbare Arbeitsleistung im ersten Arbeitsmarkt zu erbringen (vgl. act. 101).

### **E. 8.4**

Gestützt auf diesen Abklärungsbericht hielt die Berufsberaterin der IV-Stelle X.\_\_\_\_\_ in ihrem Abschlussbericht betreffend berufliche Integration vom 27. Februar 2015 fest, dass es dem Beschwerdeführer nicht gelungen sei, eine Arbeitsleistung von vier Stunden aufzubauen. Nach vier Stunden sei die Konzentration vollständig eingebrochen und es seien starke Augenbeschwerden sowie Kopfschmerzen eingetreten. Am Morgen sei eine

Konzentrationszeit von ca. zwei Stunden gelungen, dann seien Doppelbilder aufgetreten. Das Arbeitsergebnis sei im Zusammenspiel mit den Gedächtnisleistungsstörungen nicht den Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes entsprechend gewesen. Praktische und theoretische Aufgaben seien nur mit viel Unterstützung und Führung lösbar gewesen und die Werkstücke in der Regel trotz guter Motivation unbrauchbar. Die Abklärungsergebnisse zeigten zudem, dass der Versicherte nicht mehr auf seine Berufskenntnisse als Metallbauer habe zugreifen können. Die Lernfähigkeit sei durch die Gedächtnisstörung massgeblich eingeschränkt gewesen, so dass eine Wiedereinschulung oder Umschulung eindeutig nicht mehr durchführbar sei. Berufliche Massnahmen führten aufgrund seiner Einschränkungen nicht zu einem Erhalt oder Aufbau einer Erwerbsfähigkeit. Verdienstmöglichkeiten bestünden keine; gegebenenfalls im geschützten Rahmen, aber eher im Rahmen einer Beschäftigung (vgl. act. 103).

#### **E. 8.5**

Mit Stellungnahme vom 27. März 2015 hielt der RAD-Arzt Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, fest, dass es sich bei der beruflichen Abklärung C.\_\_\_\_\_ um eine Beurteilung durch nichtärztliche Personen handle, welche die bisherige Einschätzung der Gutachter und des RAD nicht in Frage stellen könne (vgl. act. 108).

#### **E. 8.6**

Im während des laufenden Vorbescheidverfahrens eingereichten Bericht der B.\_\_\_\_\_ vom 19. Mai 2015 werden die seit Jahren bekannten sowie die zusätzlich im Rahmen der I.\_\_\_\_\_ -Begutachtung festgestellten Diagnosen wiedergegeben. Im Weiteren führen die Ärzte der B.\_\_\_\_\_ aus, dass sich gegenüber der Voruntersuchung vom Februar 2014 keine Befundänderungen hinsichtlich der fokal neurologischen Defizite ergeben hätten. Diese und die ebenso unverändert verbliebenen neuropsychologischen Defizite mit im Vordergrund stehenden Problemen des Antriebs, formalen Denkens und Gedächtnisses seien im Alltag jetzt durch Hilfe der zugezogenen Lebensgefährtin kompensiert. Eine Arbeitsfähigkeit bestehe - wie auch im Rahmen der C.\_\_\_\_\_ Abklärung vom Oktober 2014 bis Januar 2015 vermerkt - keine. Die Defizite seien durch die auch im letzten Verlaufs-MRI 2013 nochmals dargestellten Läsionen plausibel begründet. Bei der Antriebsstörung bemühe sich der Beschwerdeführer soweit möglich und es ergebe sich kein Anhalt für eine Aggravationstendenz (vgl. BVGer-act. 1 Beilage 4).

#### **E. 8.7**

Am 5. Juni 2015 nahm der RAD-Arzt Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ zum nachgereichten Bericht der B.\_\_\_\_\_ vom 19. Mai 2015 Stellung und führte aus, dass der Bericht keine neuen Diagnosen erwähne. Die mitgeteilten Befunde zeigten keine Abweichungen von bereits im I.\_\_\_\_\_ -Gutachten vom 8. November 2013 vorliegenden auf. Es sei zudem nicht korrekt, dass keine zusammenfassende Beurteilung oder Berücksichtigung der Interaktionen erfolgt sei, da diese Frage unter Ziffer sechs beantwortet worden sei. Die Festlegung einer 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit sei nicht aus neuropsychologischen Gründen, sondern von nichtärztlichen Personen erfolgt. Daher könne die Einschätzung im neuropsychologischen Teilgutachten vom 19. August 2013 nicht in Frage gestellt werden. Es könne weiterhin am Gutachten festgehalten werden (vgl. act. 117).

#### **E. 8.8**

Vergleicht man den im Jahr 1998 festgestellten medizinischen Sachverhalt mit demjenigen im Jahr 2015, fällt auf, dass beim Beschwerdeführer im Wesentlichen immer noch dieselben Beschwerden vorliegen. Das heisst, nach wie vor stehen die ophthalmologischen sowie insbesondere die neuropsychologischen Defizite im Vordergrund, was sich explizit aus dem neuropsychologischen Teilgutachten vom 12. August 2013 sowie aus der zusammenfassenden Beurteilung der Gutachter ergibt. Die Gutachter weisen denn auch darauf hin, dass die Arbeitsfähigkeit von ophthalmologischer und neuropsychologischer/psychiatrischer Seite her bestimmt wird (vgl. act. 59.1 S. 174 ff. und S. 21 f. sowie act. 59.5 S. 8 ff.; vgl. auch betreffend das neuropsychologische Teilgutachten E. 7.1.6 hiervor). Sie gingen jedoch in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit - entgegen den früheren ärztlichen Einschätzungen - davon aus, dass der Beschwerdeführer seit 2010 im ersten Arbeitsmarkt eine Arbeitsfähigkeit von 50 % im angestammten und in einer angepassten Tätigkeit mit hohem Routineanteil eine solche von 80 % aufweise, wobei jeweils noch zusätzlich eine reduzierte Präsenzzeit von 70 % zu berücksichtigen sei. Dies ergebe eine errechnete Arbeitsfähigkeit von 35 % im angestammten Beruf und von 56 % in einer angepassten Tätigkeit. Die RAD-Ärzte Dr. med. P. \_\_\_\_\_ sowie Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ schlossen sich in ihren Stellungnahmen vom 13. November 2013 (act. 61), vom 27. März 2013 (act. 108) sowie vom 5. Juni 2013 (act. 117) der Beurteilung der I. \_\_\_\_\_-Gutachter vollumfänglich an bzw. bestätigten diese im Rahmen des Vorbescheidverfahrens.

### **E. 8.9.1**

In Würdigung der medizinischen Akten ist wie ausgeführt festzuhalten, dass die durch die Ärzte festgestellten Befunde und Beeinträchtigungen gerade ophthalmologischer und neuropsychologischer Art im Wesentlichen dieselben sind wie in den vorherigen Jahren. Über die seit der Rentenzusprache vergangenen Jahre zeigt sich auch ein nahezu vergleichbares Diagnosebild. Im Rahmen der letzten Begutachtung wurden zusätzlich - ohne jedoch Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu zeitigen - ein leichter Astigmatismus/eine beginnende Presbyopie, eine anamnestiche Mikrohämaturie (vom Versicherten nach Angabe mit Teststreifen festgestellt, mit normaler Nierenfunktion [22.07.2013]) sowie ein Nikotinabusus festgestellt. Unterschiedlich präsentiert sich heute indes die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Es bleibt allerdings für das Bundesverwaltungsgericht nicht nachvollziehbar, wie sich diese unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit begründen lässt, zumal die Gutachter nach wie vor aus ophthalmologischer Sicht eine linksseitige Trochlearisparese und aus neuropsychologischer Sicht als mittelschwer zu taxierende Hirnfunktionsstörungen mit im Vergleich zum Vorzustand nahezu identischen Auswirkungen auf das Leistungsprofil, hinsichtlich der Gedächtnisdefizite sogar Anzeichen einer leichten Verschlechterung festgestellt haben (vgl. die zusammenfassenden Beurteilungen der I. \_\_\_\_\_-Gutachter [act. 59.1 S. 16 und S. 21 ff.], des SUVA-Kreisarztes vom 4. Juni 1997 [act. 3 S. 23-26] sowie die jeweiligen Beurteilungen der behandelnden Ärzte der B. \_\_\_\_\_ [vgl. E. 6.2.1 bis E. 7 hiervor]). Die Gutachter begründen ihre Beurteilung einzig mit dem Umstand, dass der Beschwerdeführer seit 2010 regelmässig Reisen nach Fernost tätige und den Sohn intermittierend allein betreue. Inwiefern die getätigten Reisen nach Fernost vorliegend Rückschlüsse auf die Arbeitsfähigkeit des gelernten Maschinenschlossers im angestammten bzw. in angepassten Tätigkeiten zulassen sollen, führen die Gutachter indessen nicht näher aus. Auch die Ausführungen der RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 19. November 2013 (act. 61) vermögen nicht, eine nachvollziehbare Begründung zu liefern. Zwar erfordert die

Organisation von Reisen tatsächlich gewisse eigenständige Fähigkeiten und eine lang dauernde Reise kann durchaus mit einer Erschöpfung verbunden sein. Jedoch hat der Beschwerdeführer nicht erst seit 2010 eine gewisse Eigenständigkeit im Alltag erlangt, sondern war bereits vor Erlass der ursprünglichen Verfügung vom 27. April 1998 in der Lage, sich bis zu einem gewissen Grad selbständig zu organisieren (vgl. die diversen Arztberichte vor Verfügungserlasse [act. 3 S. 54 S. 32 f., S. 23-26 und S. 36-38]). Im Weiteren ist praxismässig auch vorliegend die langdauernde Flugreise nicht mit einer Arbeitstätigkeit vergleichbar, erfordert doch eine berufliche Tätigkeit, sei es auch nur eine im geschützten Rahmen, höhere kognitive Fähigkeiten, eine - bei einem Flug wohl kaum erforderliche - Konzentrationsfähigkeit sowie eine gewisse Toleranz gegenüber Stressfaktoren, welche bei Reisen nicht dieselben sind, zumal ein Ferienaufenthalt grundsätzlich mit einer Erholung verbunden ist. Dass der Beschwerdeführer diesbezüglich jedoch lediglich über eingeschränkte Fähigkeiten verfügt, halten auch die I. \_\_\_\_\_-Gutachter in ihrer versicherungsmedizinischen Beurteilung fest (vgl. act. 59.1 S. 21 f.). Soweit die Gutachter behaupten, der Beschwerdeführer betreue den älteren Sohn intermittierend alleine, was vom Beschwerdeführer bestritten wird, ist entgegenzuhalten, dass diese Aussage keine Stütze in den Akten findet. Insbesondere lässt sich eine solche Aussage nicht der Sozialanamnese im Gutachten entnehmen. Der Beschwerdeführer wies bei der Erhebung der Sozialanamnese jeweils lediglich darauf hin, dass ihn sein älterer Sohn an den Wochenenden regelmässig besuche. Hingegen hat der Beschwerdeführer nie ausgeführt, dass er ihn jeweils alleine betreue (vgl. act. 59.1 S. 11 und S. 12, act. 59.2 S. 3, act. 59.3 S. 3 letzter Absatz sowie act. 59.4 S. 3 letzter Absatz). Vielmehr kann den Akten entnommen werden, dass er seit dem Unfall immer Unterstützung durch seine Mutter und teilweise durch die ehemalige Partnerin des gemeinsamen älteren Sohnes erfahren hat. Dies lässt sich auch den fremdanamnestischen Angaben der Mutter im neuropsychologischen Teilgutachten vom 19. August 2013 entnehmen (vgl. act. 59.5 S.5).

### **E. 8.9.2**

Für eine Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung, welche revisionsrechtlich erheblich sein kann, fehlen vorliegend jedenfalls nicht nur klare Anhaltspunkte, im Gegenteil bestätigt doch gerade die im Rahmen des Vorbescheidverfahrens erfolgte, mehrere Monate dauernde berufliche Abklärung im C. \_\_\_\_\_ (vgl. Bericht vom 3. Februar 2015 [act. 101]), dass der gesundheitliche Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit unverändert geblieben sind. Im Abklärungsbericht des C. \_\_\_\_\_ vom 3. Februar 2015 (act. 101) wird ein nahezu gleiches Leistungsbild des Beschwerdeführers im Vergleich zur im Jahre 1996 erfolgten beruflichen Abklärung im D. \_\_\_\_\_ (vgl. den Bericht vom 31. Oktober 1996 [act. 3 S. 36-38]) beschrieben, deren Ergebnisse der SUVA-Kreisarzt auch in seine abschliessende Beurteilung vom 4. Juni 1997 miteinfließen liess (vgl. act. 3 S. 23-26). Bei beiden Abklärungen wurden Konzentrationsschwierigkeiten des Beschwerdeführers festgestellt. Zudem zeigten sich während beiden Abklärungen bei mental bzw. intellektuell anspruchsvollen Aufgaben rasche Ermüdungssymptome. Auch werden in beiden Abklärungsberichten stark eingeschränkte kognitive Fähigkeiten sowie eine geringe Belastbarkeit beschrieben. Schliesslich kommen beide Berichte zum nachvollziehbaren Schluss, dass der Beschwerdeführer keine wirtschaftlich verwertbare Arbeitsleistung im ersten Arbeitsmarkt erbringen kann (vgl. act. 3 S. 36-38 sowie act. 101 Ziff. 6-8 S. 9 ff.). Schliesslich wird auch im zuhanden des Hausarztes erstatten Bericht der B. \_\_\_\_\_ vom 19. Mai 2015 ein im Vergleich zum ursprünglichen Verfügungszeitpunkt unverändertes Zustandsbild

beschrieben (vgl. act. 114).

### **E. 8.9.3**

An dieser Auffassung vermögen die äusserst knapp gehaltenen Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ vom 27. März 2015 (act. 108) sowie vom 5. Juni 2015 (act. 117) nichts zu ändern. In seiner Stellungnahme vom 27. März 2015 geht er nicht auf den gesamten Abklärungsbericht des C.\_\_\_\_\_ vom 3. Februar 2015 und die darin beschriebenen Defizite - welche nahezu denjenigen im Bericht des D.\_\_\_\_\_ vom 31. Oktober 1996 entsprechen - ein, sondern lediglich auf die erwähnte Augenproblematik bei längeren Konzentrationsphasen. Insofern fehlt es an einer einlässlichen und nachvollziehbaren Begründung, weshalb diese Abklärungsergebnisse - im Gegensatz zu denjenigen des D.\_\_\_\_\_ im Jahre 1996, welche vom SUVA-Kreisarzt gewürdigt wurden - keine Rückschlüsse auf die Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zulassen. Ein pauschaler Hinweis, wonach die Beurteilung von nichtärztlichen Personen erfolgt sei, genügt gerade mit Blick auf das Beweisthema (vgl. E. 5.8 hiervor) nicht. Dasselbe gilt auch hinsichtlich der zweiten Stellungnahme des RAD-Arztes vom 5. Juni 2015, zumal - wie zuvor ausgeführt - die Gutachter des I.\_\_\_\_\_ im Wesentlichen im Vergleich zum Vorzustand dieselben Beeinträchtigungen festgestellt haben (vgl. E. 7.9.1 hiervor).

### **E. 8.10**

Aufgrund des soeben Dargelegten ist - entgegen der Auffassung der Vorinstanz - somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustands vorliegt. Es handelt sich vielmehr um eine andere Beurteilung des im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts, was im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich ist. Da sich weder der medizinische Sachverhalt mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in rentenerheblicher Weise geändert hat, noch andere Revisionsgründe ersichtlich sind, fällt eine revisionsweise Abänderung der bisherigen Rente ausser Betracht. Die Bestimmung des Invaliditätsgrades ist deshalb nicht mehr nötig (vgl. Urteil des BVerfG C-3286/2014 vom 15. Mai 2017 E. 5.3 in fine). Selbst wenn dem I.\_\_\_\_\_ -Gutachten vom 8. November 2013 betreffend die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit gefolgt werden könnte, wäre die Verwertbarkeit der entsprechend verbleibenden Arbeitsfähigkeit insbesondere mit Blick auf den Abklärungsbericht des C.\_\_\_\_\_ vom 3. Februar 2015 (act. 101), auf den medizinischen Bericht des B.\_\_\_\_\_ vom 19. Mai 2015 (act. 114) sowie auf die 21-jährige Bezugsdauer einer ganzen IV-Rente klar zu verneinen.

### **E. 9**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, womit es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast, welche im Falle der Rentenrevision von Amtes wegen bei der Vorinstanz liegt, beim bisherigen Rechtszustand bleibt (vgl. Urteil des BVerfG C-5739/2015 vom 28. September 2017 E. 9.5). Die Voraussetzungen für eine revisionsweise Aufhebung der Rente nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind nicht erfüllt, weshalb die angefochtene Verfügung in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben ist. Der Beschwerdeführer hat somit, wie beantragt, weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente samt entsprechender Kinderrenten.

### **E. 10**

Mit Blick auf dieses Ergebnis erübrigt sich die Behandlung der vom Beschwerdeführer gestellten Beweisanträge. Insbesondere kann aufgrund des vollständigen Obsiegens vorliegend auf die Durchführung der beantragten öffentlichen Verhandlung abgesehen werden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C\_64/2017 vom 27. April 2017 E. 3.2 in fine).

## **E. 11**

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

### **E. 11.1**

Gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG sind die Verfahrenskosten der unterliegenden Partei aufzuerlegen. Der unterliegenden Vorinstanz sind als Bundesbehörde keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheids auf ein von ihm bekannt zu gebendes Konto zurückzuerstatten.

### **E. 11.2**

Der obsiegende 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 Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) angemessen.

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