

BVGer C-724/2018 vom 28. Januar 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-01-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-724_2018

FR: TAF C-724/2018 du 28 janvier 2020

IT: TAF C-724/2018 del 28 gennaio 2020

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 28. November 2017, mit der die Vorinstanz die bisher ausgerichtete ganze Invalidenrente des Beschwerdeführers auf der Grundlage von Art. 17 Abs. 1 ATSG revisionsweise per Ende Januar 2018 aufgehoben hat. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer auch ab dem 1. Februar 2018 weiterhin Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat und damit insbesondere, ob die Vorinstanz den massgeblichen Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist italienischer Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Italien. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

E. 3.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 28. November 2017) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Ärztliche Berichte, die sich über den vorliegend massgebenden Zeitraum aussprechen, hat das Gericht auch dann zu berücksichtigen, wenn sie nach dem Verfügungserlass datieren (vgl. Urteil BGer 9C_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.2 m.w.H.).

E. 3.3

In zeitlicher Hinsicht sind im Weiteren 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). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 28. November 2017 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 3.4

Mit 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 dürfen 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 blosse 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

Der Beschwerdeführer macht zunächst in formeller Hinsicht und bezüglich des vorinstanzlichen Verfahrens eine Verletzung des Anspruchs auf ein faires Verfahren und des rechtlichen Gehörs geltend.

E. 4.1

Gemäss Art. 29 Abs. 2 BV haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 143 V 71 E. 4.1 m.w.H.).

E. 4.2

Vorliegend ist indessen nicht ersichtlich, inwiefern der Anspruch auf ein faires Verfahren und derjenige auf rechtliches Gehör tangiert sein sollen, wurde dem Beschwerdeführer im vorinstanzlichen Verfahren sowohl Gelegenheit gegeben, (nicht personenbezogene) materielle Einwendungen gegen eine Begutachtung an sich oder zu Art und Umfang der Begutachtung vorzubringen und Ergänzungsfragen (vgl. Schreiben der Vorinstanz vom 22. Januar 2015 [Dok. 165 f.]) zu stellen, wie auch materielle oder formelle personenbezogene Einwendungen geltend zu machen (vgl. Schreiben der Vorinstanz vom 23. Oktober 2015 [Dok. 173]). Der Beschwerdeführer hat indes keine materiellen Einwendungen gegen die vorgesehene Wahl der Fachdisziplinen erhoben, sondern mit Eingabe vom 2. Februar 2015 lediglich Ergänzungsfragen eingereicht (vgl. Dok. 167). Diese sind im Übrigen, nebst den früher am 3. September 2009 eingereichten, in den Fragekatalog aufgenommen worden (vgl. Dok. 104 S. 2, Dok. 166 f. sowie Dok. 169). Auch hat der Beschwerdeführer keine materiellen oder formellen Einwendungen gegen die vorgesehenen Gutachter vorgebracht. Im Gegenteil. Er hat sich am 4. November 2015 explizit mit der Begutachtung einverstanden erklärt (vgl. Dok. 175). Was den später gestellten Befangenheitsantrag gegen Dr. med. E. _____ anbelangt, weist die Vorinstanz zutreffend daraufhin, dass der IV-Arzt am 19. Juni 2016 lediglich eine erste Beurteilung vorgenommen hat (Dok. 204) und in der Folge an den weiteren, sowohl vor als auch nach dem am 2. Februar 2017 (Dok. 216) vom Beschwerdeführer gestellten Befangenheitsantrag durchgeführten Besprechungen des Gremiums gar nicht teilgenommen hat (vgl. die jeweiligen Protokolle vom 19. August 2016 [Dok. 206], vom 21. Februar 2017 [Dok. 218] sowie vom 20. November 2017 [Dok. 226]). Der Einwand des Beschwerdeführers zielt somit insoweit ins Leere.

E. 4.3

Betreffend die bereits im Beschwerdeverfahren C-1159/2013 vorgebrachten, gleichlautenden Einwände betreffend Durchführung der medizinischen Begutachtung in der Schweiz durch eine MEDAS, betreffend den Umstand einer überwiegend für die Invalidenversicherung erfolgende Tätigkeit einer MEDAS, der Wahl der durchzuführenden Fachdisziplinen sowie betreffend die Sprachkenntnisse der Gutachter im Rahmen der Begutachtung kann mangels neuer Argumente vollumfänglich auf das bereits im Urteil C-1159/2013 vom 15. September 2014 Ausgeführte verwiesen werden (vgl. dort E. 3.2.3, E. 3.4.3 bis 3.4.5 sowie E. 3.5.2). Im Übrigen hat entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers am 3. Februar 2016 eine ORL-Untersuchung stattgefunden (vgl. das Teilgutachten vom 11. Februar 2016 [Dok. 192]). Zum anderen ist die Frage, ob die Gutachter im Rahmen ihres pflichtgemässen Ermessens zu Recht auf eine Untersuchung in der Fachdisziplin Gastroenterologie verzichtet haben, ohnehin im Rahmen der materiellen Beweiswürdigung zu prüfen (vgl. E. 8 ff. hiernach).

E. 4.4

Im Weiteren sind entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers die beiden Ultraschallbilder der Genitalien sowie des Bauchs vom 24. April 2012 resp. vom 29. Oktober 2013 wie auch das Röntgenbild vom 6. Dezember 2012 in den vorinstanzlichen Akten enthalten und eindeutig ihm zuzuordnen, hat er diese doch selber zur Begutachtung mitgebracht (vgl. Dok. 185-187 sowie Dok. 195 S. 9). Schliesslich weist die Vorinstanz zutreffend darauf hin, dass die Rügen bezüglich Protokolle des medizinischen Gremiums an der Sache vorbeizielten, sind diese Stellungnahmen in inhaltlicher Hinsicht im Rahmen der freien Beweiswürdigung ohnehin einer materiellen Würdigung zu unterziehen.

E. 5

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

E. 5.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 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. 5.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie

mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

E. 5.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 5.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 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. 5.5

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Revision von Invalidenrenten gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich. Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 m.H.). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGer 9C_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 mit Hinweis).

E. 5.6

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und - bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens - Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dabei kommt einer Verfügung, welche die ursprüngliche Rentenverfügung bloss bestätigt, bei der Bestimmung der zeitlichen Vergleichsbasis keine Rechtserheblichkeit zu. Eine Revisionsverfügung gilt dann als Vergleichsbasis, wenn sie die ursprüngliche Rentenverfügung nicht bestätigt, sondern die laufende Rente aufgrund eines neu festgesetzten Invaliditätsgrades geändert hat (vgl. BGE 130 V 71 E. 3.2.3; 109 V 262 E. 4a).

E. 5.7

Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den 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 anspruch relevanter 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 Rentenzusprechung mit ursprünglicher Verfügung vom 31. März 2010 (betr. Rentenauszahlung ab 1. April 2010) resp. vom 27. Mai 2010 (betr. Rentennachzahlung für die Zeit vom 1. November 2007 bis 31. März 2010 [vgl. Dok. 66]). Bei der vorliegend umstrittenen Rentenrevision handelt es sich um die erste von Amtes wegen durchgeführte Überprüfung der damaligen Rentenzusprechung.

E. 6.2

Die rückwirkend ab 1. November 2007 ausgerichtete ganze IV-Rente beruhte auf der Annahme, dass beim Beschwerdeführer «aufgrund von umfangreichen Diagnosen seit dem 22. November 2006 (Beginn der einjährigen Wartefrist) von einer 100 % Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der freien Wirtschaft» ausgegangen werden könne (vgl. Begründung der Verfügung vom 31. März 2010 [Dok. 66 S. 3 und S. 7]). Um welche umfangreichen Diagnosen es sich dabei handelt, ist anhand der nachfolgenden medizinischen Unterlagen zu bestimmen. Der ursprünglichen Rentenverfügung vom 31. März 2010 resp. 27. Mai 2010 lag der folgende medizinische Verlauf bzw. Sachverhalt zugrunde:

E. 6.2.1.1

Zunächst ist den von der IV-Stelle C. _____ bei der SUVA eingeholten Akten zu entnehmen, dass der Unfallversicherer, gestützt auf den von den behandelnden Ärzten des Beschwerdeführers eingangs geäusserten Verdacht einer toxischen Rhinopathie (vgl. dazu insb. die medizinischen Berichte des Kantonsspitals F. _____ betr. Zytologie der Nase vom 14. und 15. März 2006 [Dok. 16 S. 151 f.]; Arztzeugnis UVG des Dr. med. G. _____ vom 26. Mai 2006 [Dok. 16 S. 147]; Arztbericht des Dr. med. H. _____ z.Hd. des Hausarztes Dr. med. I. _____ vom 20. April 2007 [Dok. 16 S. 142 f.]; Arztzeugnis UVG des Dr. med. H. _____ vom 12. Mai 2006 [Dok. 16 S. 137]), hinsichtlich einer möglichen Berufskrankheit diverse Abklärungen am Arbeitsplatz des Beschwerdeführers sowie zu dessen Gesundheitsverlauf bei Arbeitskarenz und Wiederaufnahme der Arbeit getätigt hat (vgl. insb. Besuchsrapport des SUVA-Arztes Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, vom 12. Juli 2006 [Dok. 16 S. 127-130]; Bericht von Dr. med. H. _____ betr. die mit der SUVA vereinbarten Kontrolluntersuchungen vor und nach Wiederaufnahme der Arbeit vom 11. und 19. Juli 2006 [Dok. 16 S. 125]; Besuchsprotokoll des SUVA-Chemikers Dr. K. _____ betr. Arbeitsplatzinspektion vom 13. September 2006 [Dok. 16 S. 117-119]; Bericht betr. die am 18. September 2006 erfolgte fachärztliche Untersuchung von Dr. med. J. _____ vom 19. September 2006 [Dok. 106-109]; Bericht des SUVA-Arztes Dr. med. L. _____, Facharzt für Ohren-, Nasen und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie, Allergologie, klinische Immunologie sowie Arbeitsmedizin, betreffend die am 26. September 2006 erfolgte fachärztliche Untersuchung vom 27. September 2006 [Dok. 16 S. 100-104]). Mit Stellungnahme vom 21. November 2006 hielt schliesslich der SUVA-Arzt Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, fest, auf Grundlage einer ätiologisch letztlich unklaren Rhinitis sicca müsse eine durch die Einwirkung von Lösungsmitteldämpfen am Arbeitsplatz mit hoher Wahrscheinlichkeit richtunggebende Verschlimmerung dieser Rhinitis sicca konstatiert werden. Mittel- sowie längerfristig wäre aufgrund des überblickbaren Verlaufs mit einer erheblichen gesundheitlichen Gefährdung des Beschwerdeführers zu rechnen. Infolgedessen erliess die SUVA am 4. Dezember 2006 eine Nichteignungsverfügung, wonach der Beschwerdeführer für Arbeiten in Produktionsbetrieben von Farben und Lacken mit Einsatz an Misch- und Gebinde-Reinigungsanlagen als nicht geeignet erklärt wurde (vgl. Dok. 16 S. 71-80). Für andere Arbeiten wurde der Beschwerdeführer hingegen - so auch vom Hausarzt Dr. med. I. _____ - weiter zu 100 % als arbeitsfähig beurteilt (vgl. Dok. 16 S. 62-64 und S. 66).

E. 6.2.1.2

Dr. med. I. _____ nennt im ärztlichen Zwischenbericht zuhanden der SUVA vom 27. Januar 2007 die Diagnose toxische Rhinopathie auf Lösungsmittel und führt bezüglich des Gesundheitsverlaufs aus, dass der Beschwerdeführer seit dem Arbeitsende minime subjektive Besserung verspüre (vgl. Dok. 16 S. 59).

E. 6.2.1.3

Dr. med. M. _____, Augenärztin FMH, die der Versicherte wegen Tränen und Brennen der Augen aufgesucht hat, berichtet am 1. März 2007 von Benetzungstörungen, injizierter Bindehaut, Störung der Oberfläche, Schaumbildung der Tränenflüssigkeit, leichte Blepharitis, einer unauffälligen Hornhaut, einer sauberen Vorderkammer, einer klaren Linse und einem regelrechten Fundus centralis. Zur Behandlung habe sie ihm neben Vismed-Tropfen auch Maxitrol-Salbe für die leichte Blepharitis verordnet (vgl. Dok. 16 S. 51).

E. 6.2.1.4

Im an den Hausarzt des Beschwerdeführers adressierten Bericht vom 8. März 2007 führt Dr. med. M. _____ zudem aus, sie habe keine Anhaltspunkte für eine diabetische Retinopathie gefunden. Wegen der chronischen Benetzungsstörung habe sie der SUVA einen Bericht geschrieben (vgl. Dok. 16 S. 39).

E. 6.2.1.5

In einer Aktennotiz vom 2. April 2007 erachtet der SUVA-Arzt Dr. med. J. _____ die von Dr. med. M. _____ erhobenen Befunde als berufsfremd (vgl. Dok. 16 S. 46).

E. 6.2.1.6

Mit Blick auf einen ärztlichen Zwischenbericht vom 24. Mai 2007 von Dr. med. I. _____ (vgl. Dok. 16 S. 39 und S. 59) hielt der SUVA-Arzt Dr. med. J. _____ am 8. Juni 2007 fest, dass im Bericht vom 24. Mai 2007 keine neue Problematik beschrieben werde. Unter Beachtung der Nichteignungsverfügung könne von einer Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (Dok. 16 S. 27).

E. 6.2.2

Im Arztbericht zuhanden der IV-Stelle C. _____ vom 17. September 2007 nennt der Hausarzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, eine seit 2006 bestehende toxische Rhinopathie und Lumbalgien als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sowie eine Adipositas und einen Diabetes mellitus Typ 2 als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit verweist er auf die Akten der SUVA (vgl. Dok. 6).

E. 6.2.3

Dr. med. N. _____, Facharzt für Dermatologie und Venerologie FMH sowie Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie FMH, diagnostiziert in seinem Bericht zuhanden Dr. med. I. _____ vom 19. September 2007 eine unklare, kaum objektivierbare Zungen- und Rachenschwellung (vgl. Dok. 11).

E. 6.2.4

Im zuhanden der IV-Stelle C. _____ erstellten Bericht vom 13. November 2007 nennt Dr. med. H. _____ die Diagnose toxische Rhinopathie und führt im Weiteren aus, dass aus Sicht der toxischen Rhinopathie eine Arbeit ohne entsprechende Lösungsmittel zu 100% zumutbar sei (Dok. 22).

E. 6.2.5

Im Bericht des Universitätsspitals C. _____ (im Folgenden: Unispital C. _____), Abteilung Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, vom 28. Januar 2008 werden folgende «aktive Diagnosen» genannt: Chronisches thorako-lumbospondylogenes Schmerzsyndrom -Ausstrahlung in den rechten Unterbauch und Oberschenkel, -linkskonvexe BWS/LWS-Skoliose, Hyperkyphose des thorakolumbalen Überganges bei Keilwirbel LWK sowie Übergangsanomalie mit Lumbalisation SWK 1, -Fehlhaltung und Haltungsinsuffizienz thorakolumbal, -Diskusprotrusion L4/5 rechts (CT der LWS 10/2003), -St.n. Morbus Scheuermann, multisegmentale degenerative Bandscheibenveränderungen und Spondylarthrosen, flache Diskushernie mediolateral links Th 12/L 1 ohne Nervenwurzelkompression thorakolumbal (MRI der LWS 12.11.2007) Intermittierendes Karpaltunnelsyndrom rechts Im Weiteren werden folgende «inaktive Diagnosen»

aufgeführt: Diabetes mellitus Typ 2, aktuell unbehandelt Adipositas Grad II (BMI 35.2 kg/m²) Lösungsmittelallergie Bei Zuweisung wurde eine Arbeitsfähigkeit von 100 % festgehalten. In der zusammenfassenden Beurteilung wird festgehalten, dass das funktionelle Problem allenfalls in einer leicht verminderten Schulter-Armkraft bestehe, wobei die erreichten Testwerte altersbezogen als sehr gut einzustufen seien. Die erwähnten degenerativen Veränderungen des Rückens sowie die beobachtbare Fehlhaltung des Rückens wirkten sich nicht wesentlich leistungsmindernd aus. Der Patient habe bei den Tests durchwegs gute Leistungsbereitschaft gezeigt und es sei keine Selbstlimitierung festgestellt worden, noch habe es Inkonsistenzen gegeben. Die Belastbarkeit gemäss erreichter Testwerte liege allgemein im Bereich einer schweren Arbeit. Die Basistests erlaubten aufgrund der reduzierten Testauswahl und der fehlenden Belastungsdauer keine Beurteilung des zumutbaren zeitlichen Umfangs. Aufgrund der aktuellen Situation spreche jedoch kaum etwas gegen eine Ganztagestätigkeit (vgl. Dok. 26).

E. 6.2.6

Im Bericht vom 21. April 2008 führt Dr. med. M. _____ aus, die Beschwerden am rechten Auge seien eine Folge der Benetzungsstörung. Anhaltspunkte für eine diabetische Retinopathie habe sie nicht (Dok. 29).

E. 6.2.7

Im Bericht des Spitals O. _____ vom 21. April 2008 wird nach Durchführung einer Oesophagogastroduodenoskopie eine kleine axiale Hiatusgleithernie als Diagnose erwähnt. Zudem bestehe ein galliger Reflux bei ansonsten unauffälliger Panendoskopie. Die Beschwerden seien mit einer Refluxkrankheit vereinbar (Dok. 30).

E. 6.2.8

Dr. med. P. _____, Facharzt für Innere Medizin, vom Regionalen ärztlichen Dienst (RAD) führt am 1. Juli 2008 in Würdigung von diversen medizinischen Berichten aus, aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen sei davon auszugehen, dass lediglich die toxische Rhinopathie die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und somit mit der SUVA koordiniert werden könne (vgl. Dok. 34 S. 4).

E. 6.3

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens gingen bei der IV-Stelle C. _____ folgende zusätzlichen medizinischen Berichte ein:

E. 6.3.1.1

Im Bericht des Unispitals C. _____, Abteilung Neurologische Klinik und Poliklinik, vom 20. Januar 2009 wird eine Migräne ohne Aura (ICHD-II: 1.1) seit ca. 2006 bei rechtsseitigen, starken und hämmernden Kopfschmerzen, Phonophobie und Verdacht auf isolierte visuelle Migräne-Auren diagnostiziert (vgl. Dok. 46).

E. 6.3.1.2

Im Bericht des Unispitals C. _____, Abteilung Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie, vom 12. Februar 2009 werden eine Chronische Rhinopathie mit/bei anamnestischem Verdacht auf posteriore Rhinorrhoe, eine rezidivierende enorale Aphthosis, ein Diabetes mellitus Typ 2 sowie eine Migräne ohne Aura seit ca. 2006 mit/bei rechtsseitigen starken und hämmernden Kopfschmerzen, Phonophobie und Verdacht auf isolierte visuelle Migräne als Diagnosen genannt (Dok. 48).

E. 6.3.1.3

Im neuropsychologischen Bericht der neurologischen Klinik des Unispitals C. _____ vom 5. Mai 2009 wurden kognitive Defizite festgestellt und dazu ausgeführt, dass eine klare ätiologische Zuordnung der in der Befunderhebung festgestellten Defizite schwierig sei. Wie in der Literatur beschrieben, umfassten die prominentesten kognitiven Defizite, bei einer durch chronische Lösungsmittelexposition induzierten toxischen Enzephalopathie, sowohl Aufmerksamkeits- und Gedächtnisfunktionen als auch eine kognitive Verlangsamung. Ein solches primär frontales und fronto-subkortikales Minderfunktionsmuster liege beim Patienten vor; jedoch könne ein ähnliches Ausfallsmuster auch bei Diabetes oder affektiven Störungen beobachtet werden, welche die Minderleistung zu gewissem Grad mitbedingt. Zusammengefasst sei am ehesten von einer multifaktoriellen Genese der kognitiven Defizite auszugehen. Dennoch scheine es wichtig festzuhalten, dass der Patient laut eigenen Aussagen für eine längere Zeit einer massiven Lösungsmittelexposition ausgesetzt gewesen sei, und dass bukkofaziale, sensorische Defizite bestünden. Daher werde zur Klärung, ob eine toxische Enzephalopathie vorliege oder nicht, eine eingehende neurologische Untersuchung mit Bildgebung des Kopfes empfohlen. Zudem wäre aus neuropsychologischer Sicht eine Verlaufsuntersuchung in 1 bis 2 Jahren sinnvoll (vgl. Dok. 51).

E. 6.3.1.4

Im Bericht der Abteilung für Arbeits- und Umweltmedizin des Unispitals C. _____ vom 3. August 2009 wurden folgende Diagnosen festgehalten: -Kognitive Funktionsstörung, multifaktoriell (MRI Gehirn vom 23. Juni 2009: altersentsprechend, kein Hinweis auf eine Leukenzephalopathie oder Atrophie) -Rhinitis sicca unklarer Aetiologie (durch Lösungsmittel verstärkt) J31.0 -Blepharitis der Augen, sehr wahrscheinlich nicht berufsbedingt H02.9 -Migräne ohne Aura seit ca. 2006 G43.0 -Metabolisches Syndrom mit Diabetes mellitus Typ 2 (Erstdiagnose 1985) mit Mikroalbuminurie, unter oralen Diabetika; ohne Polyneuropathie, ohne diabetische Retinopathie Adipositas BMI (34 kg/m²) E66.9 -Intermittierende Rückenschmerzen, bei St. n. M. Scheuermann, Diskushernie ohne Wurzelkompression -Intermittierendes Karpaltunnelsyndrom rechts > links -kleine axiale Hiatusgleithernie (Gastroskopie 4/08) -Sigmadivertikulose (Kolonoskopie 12/04) -Mässiggradige Lebersteatose (Ultraschall 11/04 und CT Abdomen 12/04) -St. n. Cholezystektomie -Leichte allergische Reaktion auf Vorratsmilbe (Typen Lepidoglyphus und Thyrophagus, Allergietest 9/06) -Hyperopie Bei der abschliessenden Beurteilung wird unter vorgängiger Wiedergabe der neuropsychologischen Untersuchung vom 5. Mai 2009 (E. 6.3.1.3 hiervor) zusammenfassend ausgeführt, dass die neuropsychologischen Tests ein primär frontales und frontosubkortikales Minderfunktionsmuster ergeben hätten, die - wie in der Literatur beschrieben - bei einer chronischen lösungsmittelinduzierten Enzephalopathie vorkämen. Die vom Beschwerdeführer dabei erfahrene Exposition könne zwar nur grob geschätzt werden, aber es seien retrospektive Grenzüberschreitungen zu vermuten, die Expositions-Intensität als hoch anzunehmen und die Dauer überschreite deutlich die 10-Jahres Grenze. Allerdings kämen auch nichtberufliche Ursachen in Frage, wie z.B. Diabetes, affektive Störung oder vorbestehende Leistungsschwächen im Rahmen der tiefen Schulbildung. Die Diagnose der chronischen lösungsmittelinduzierten Enzephalopathie könne mit Sicherheit weder gestellt noch ausgeschlossen werden. Es müsse von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen werden. Eine eigene Beurteilung der Leistungsfähigkeit nahmen die Ärzte nicht vor, sondern wiesen lediglich darauf hin,

dass der Hausarzt seine Einschätzung (einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der freien Wirtschaft) zusammen mit den Arztberichten der Invalidenversicherung zukommen lassen müsse (vgl. Dok. 53).

E. 6.3.1.5

Im Bericht betreffend MRI-Gehirn nativ und KM-verstärkt vom 23. Juni 2009 werden eine altersentsprechende MRI beschrieben. Es habe insbesondere kein Hinweis auf eine intrazerebrale Leukencephalopathie festgestellt werden können (vgl. Dok. 55 S. 4 und Dok. 70 S. 44 f.).

E. 6.3.1.6

Die Klinik und Poliklinik für Innere Medizin des Unispitals C._____ hielt in ihrem Bericht vom 14. August 2009 (Dok. 55) schliesslich folgende Diagnosen fest: - Kognitive Funktionsstörung multifaktoriell -Depressive Störung -Migräne ohne Aura (ICHD-II: 1.1) seit ca. 2006 m/b Rechtsseitigen, starken und hämmernden Kopfschmerzen, Phonophobie Verdacht auf isolierte visuelle Migräne-Auren -Metabolisches Syndrom Diabetes mellitus Typ 2, ED 1985 o unter OAD o HbA 1c (10/08) 6.5 % Dyslipidämie (HDL erniedrigt, Triglyceride erhöht) Adipositas WHO Grad I (BMI 31 kg/m²) -Chronisches thorako- und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom -Toxische Rhinopathie auf Lösungsmittel -Leichter Vitamin D Mangel Im Rahmen der Beurteilung wurde festgehalten, dass sich in der klinischen Untersuchung keine neurologischen Auffälligkeiten ergeben hätten. Ein in 2005 durchgeführtes CT sei unauffällig gewesen. Eine am 29. Januar 2009 durchgeführte Blutdruck-Messung habe ein normotensives Blutdruckbild gezeigt, so dass hypertensive Episoden als Ursache der Kopfschmerzen eher unwahrscheinlich seien. Im Rahmen der in der Folge durchgeführten Kopfwehsprechstunde in der neurologischen Klinik sei eine Migräne ohne Aura diagnostiziert worden. Im Weiteren habe die neuropsychologische Untersuchung eine kognitive Funktionsstörung ergeben. Die MRI des Schädels habe zur näheren ätiologischen Einordnung der Beschwerden keine Auffälligkeiten gezeigt. Abschliessend müsse festgehalten werden, dass die Ursache der kognitiven Funktionsstörung nicht eindeutig bestimmt werden könne. Am ehesten müsse von einer multifaktoriellen Genese (vorbestehende Leistungsschwäche, depressive Störung, toxische Enzephalopathie, Diabetes) ausgegangen werden. Es werde eine Behandlung der depressiven Störung mit allfälliger neuropsychologischer Verlaufskontrolle in ein bis zwei Jahren empfohlen.

E. 6.3.2

Im Austrittsbericht der Gesundheitsversorgung Q._____ (im Folgenden: Q._____) vom 3. Oktober 2009 wird ein schmerzhaftes Samenstranglipom rechts diagnostiziert, das am 28. September 2009 mittels Lichtenstein rechts therapiert wurde. Zudem werden als Nebendiagnosen ein Diabetes mellitus Typ 2, eine Migräne sowie ein chronisches thoraco-spondyloisches Schmerzsyndrom aufgeführt (vgl. Dok. 58-60). Für die Zeit vom 28. September 2009 bis 2. Oktober 2009 wurde er zu 100 % als arbeitsunfähig erklärt.

E. 6.3.3

Im Bericht zuhanden der IV-Stelle C._____ vom 13. November 2009 bestätigt der Hausarzt Dr. med. I._____ unter Verweis auf die Berichte des Unispitals C._____ die in den verschiedenen Berichten genannten Diagnosen und teilt mit, dass lediglich eine volle Arbeitsfähigkeit im geschützten Rahmen möglich wäre (Dok. 49).

E. 6.3.4

In seiner Beurteilung vom 25. November 2009 verwies der RAD-Arzt Dr. med. P._____, Facharzt für Innere Medizin, bezüglich Diagnosestellung insbesondere auf den Bericht der Abteilung Arbeitsmedizin des Unispitals C._____, vom 3. August 2009 und führte aus, dass im Vordergrund der umfangreichen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine kognitive Funktionsstörung zu nennen sei, die neuropsychologisch abgeklärt worden sei. Als Ursache sei insbesondere eine lösungsmittelinduzierte Enzephalopathie bei über 25-jähriger Exposition diskutiert worden. Es seien aber auch noch andere Faktoren ursächlich mitbeteiligt, der genaue ursächliche Anteil lasse sich medizinisch nicht festlegen. Jedenfalls werde aufgrund der kognitiven Störungen eine Arbeitsunfähigkeit in freier Marktwirtschaft angenommen, welche plausibel sei. In Abänderung der Stellungnahme des RAD vom 1. Juli 2009 müsse aufgrund der Enzephalopathie seit November 2006 von einer 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit in freier Wirtschaft ausgegangen werden. Wegen der zusätzlich bestehenden Depression werde eine Psychotherapie empfohlen, weshalb diesbezüglich eine Schadenminderungspflicht aufzuerlegen sei. In ein bis zwei Jahren sei zudem eine erneute neuropsychologische Neubeurteilung angezeigt (vgl. Dok. 63 S. 5).

E. 6.3.5

Im Lichte des soeben Dargelegten erfolgte die ursprüngliche Rentenzusprache aufgrund von umfangreichen Diagnosen; mit Blick auf die Beurteilung des RAD vom 25. November 2009 (E. 6.3.4 hiervor) standen jedoch bezüglich der Beurteilung der attestierten Arbeitsunfähigkeit von 100 % in freier Marktwirtschaft insbesondere die kognitiven Funktionsstörungen multifaktoriellen Ursprungs im Vordergrund (vgl. Dok. 63 S. 5).

E. 7

Nach dieser RAD-ärztlichen Stellungnahme datieren zwar drei weitere vor Verfügungserlass erstellte Berichte betr. ärztlichen Untersuchungen wegen Schmerzen an der rechten Leiste. Diese sind der IV-Stelle C._____ offenbar erst nach deren Verfügung zugegangen (vgl. dazu das im Rahmen des Akteneinsichtsgesuchs der R._____ erstellte Inhaltsverzeichnis vom 12. April 2010 [Dok. 68]). Diesen Berichten ist Folgendes zu entnehmen:

E. 7.1.1

Im Röntgenbericht der Q._____ vom 28. Januar 2010 wird als Befund ein Status nach Cholezystektomie bei Status nach Operation einer Inguinalhernie rechts erhoben. Zudem werden ein umschriebenes Serom sowie deutliche narbige Veränderungen im OP-Gebiet rechtsseitig nachgewiesen. Im Weiteren werden eine Divertikuloze im Bereich des descendo-sigmoidalen Überganges, moderate degenerative Veränderungen im Bereich der LWS sowie eine Verkalkung in der Pars centralis der Prostata beschrieben (vgl. Dok. 61).

E. 7.1.2

Im Bericht des Spitals O._____ vom 4. Februar 2010 werden persistierende Leistenschmerzen rechts bei Status nach Operation nach Lichtenstein am 28. September 2009 und Hämatomevakuierung der rechten Leiste am 10. Oktober 2009 als Diagnose gestellt. Zudem werden der Diabetes mellitus Typ 2, die Migräne und das chronische thoraco-spondylotische Schmerzsyndrom als Nebendiagnosen erwähnt. Im Bericht wird ausgeführt, dass einzig ein noch bestehendes kleinvolumiges Serom für die Beschwerden verantwortlich sein könnte. Es wird eine Verlaufskontrolle und erneute Besprechung in ca.

2 Monaten vereinbart (vgl. Dok. 60).

E. 7.1.3

Im Bericht des Spitals O. _____ vom 7. Mai 2010 werden erneut die obgenannten Diagnosen (E. 7.1.1 f. hiervor) genannt. Im Weiteren wird ausgeführt, dass klinisch der Verdacht auf eine Läsion oder zumindest Irritation des N. genitofemoralis rechts bestehe. Der Beschwerdeführer sei darauf hingewiesen worden, dass die Symptomatik im Verlaufe der Zeit abnehmen dürfte. Ein Behandlungsvorschlag könne nicht gemacht werden. Eine Infiltration könnte versucht werden, bringe jedoch wohl nur eine kurze Besserung (vgl. Dok. 62).

E. 8

Alsdann umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 28. November 2017 - im Vergleich zum Gesundheitszustand im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache - eine rentenrelevante Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten ist.

E. 8.1

Bevor die Zuständigkeit zur Durchführung der Rentenrevision auf die Vorinstanz übergang, standen der IV-Stelle C. _____ folgende Arztberichte zur Verfügung:

E. 8.1.1

Im Bericht zuhanden der IV-Stelle C. _____ vom 14. Juni 2011 führt der Hausarzt Dr. med. I. _____ eine toxische Rhinopathie mit chronischen Kopfschmerzen sowie kognitiven Funktionsstörungen, chronische Rückenschmerzen und eine Adipositas permagna als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf. Einen Diabetes mellitus Typ 2 und Restbeschwerden nach einer Inguinalhernien-OP rechts vom Juli 2009 nennt er als weitere Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Eine Psychotherapie sei seit März 2010 nicht durchgeführt worden. Er sei nicht im Stande, zur Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen. Diese sei von der Invalidenversicherung vorzunehmen (vgl. Dok. 78).

E. 8.1.2

In den beiden Berichten des Zentrums für Neurologie vom 25. und 28. Januar 2011 werden eine Läsion des N. genitofemoralis rechts bei St. n. Revision eines Hämatoms nach Lichtenstein-Operation eines Samenstranglipoms rechts am 28. September 2009, ein Diabetes mellitus Typ 2 (unter oraler antidiabetischer Therapie gut eingestellt) sowie eine Migräne ohne Aura als Diagnosen aufgeführt (Dok. 85 und 87).

E. 8.1.3

Bis zur Erstattung des Gutachtens durch das D. _____ vom 25. Mai 2016 sind keine weiteren medizinischen Unterlagen vorhanden.

E. 8.2

Somit bildet insbesondere das im Rahmen der Abklärung der vorliegenden Rentenrevision eingeholte polydisziplinäre Gutachten, auf welches die Vorinstanz im Wesentlichen abstellte, den Ausgangspunkt dieser Prüfung. Das vom 25. Mai 2016 datierende Gutachten des D. _____ umfasst die Disziplinen Allgemeine innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie, ORL sowie Neuropsychologie. Diese Expertise sowie weitere

medizinische Dokumente sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

E. 8.2.1

Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (vgl. Dok. 195 S. 21): Thorakolumbales Vertebralesyndrom: -statische Veränderungen der Wirbelsäule (S-förmige Skoliose, rechtskonvex in der Thoraxgegend und linkskonvex in der Lendengegend, sowie hyperkyphotische Tendenz der Thoraxwirbelsäule am Übergang zu den ersten Lendenwirbeln); -Status nach thorakolumbalen M. Scheuermann; -plurisegmentale degenerative osteochondrotische und spondylogene Veränderungen praktisch in allen Segmenten der Lendenwirbelsäule und am thorakolumbalen Übergang. Defizitäre und schmerzhafte Neuropathie des N. genitofemoralis wegen wahrscheinlich narbigen Verwachsung in der Leistengegend rechts: -bestehend seit Eingriff nach Lichtenstein rechts wegen schmerzhaftem Lipom am Samenstrang am 28.9.2009; -bestehend seit Revisionseingriff an der Leiste rechts mit Evakuierung des Hämatoms am 10.10.2009. Status nach toxischer Rhinitis mit Lösungsmittelexposition am Arbeitsplatz.

E. 8.2.2

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (vgl. Dok. 195 S. 22): Mittelschweres Karpaltunnelsyndrom rechts, leichtes links. Sporadische muskelanspannende Kopfschmerzen. Angeborene grenzwertige intellektuelle Funktion (prämorbid IQ von 73). Zerviko-Vertebralesyndrom. Tendenz zu Weichteilrheumatismus. Metabolisches Syndrom mit: -Übergewicht (BMI 32.5 kg/m²); -Diabetes mellitus Typ 2, nicht insulinabhängig; -Bluthochdruck; -Dyslipidämie; -Fettleber. Divertikulose des Colon sigmoideum. Kleine axiale Hiatushernie.

E. 8.2.3

Dr. S._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, teilt im neuropsychologischen Teilgutachten vom 10. Februar 2016 mit, dass mit einem prämorbidem IQ von 73, einem Wert an der untersten Grenze der Norm, die wahrscheinlichste neuropsychologische Diagnose auf grenzwertige intellektuelle Fähigkeiten (ICD-10 R41.83) hinweise. Seine Schlussfolgerung begründet die Fachpsychologin damit, dass die neuropsychologische Untersuchung eine leichte Exekutivverzögerung, eine leichte Reduktion des Kurzzeitgedächtnisses und eine lexikalische Armut mit einfacher Sprache und reduziertem Vokabular gezeigt habe. Es seien auch leichte perspektivische Unterscheidungsschwierigkeiten zum Vorschein gekommen, wahrscheinlich in Verbindung mit den Sehstörungen. Die globale kognitive Funktion sei an der unteren Grenze der Norm (8. Perzentil der RBANS-Skala). Der Zusammenhang zwischen den oben erwähnten Schwierigkeiten und einer möglichen auf die Inhalation von Lösungsmitteln zurückzuführender Enzephalopathie sei fraglich. Wahrscheinlicher bestehe jedoch ein Zusammenhang zwischen der aktuellen kognitiven Funktion und dem niedrigen intellektuellen Niveau des Versicherten, da zwischen dem im TIB (Test di Intelligenza Breve) erreichten prämorbidem intellektuellen Niveau und der aus der globalen RBANS (Repeatable Battery of the Assessment of Neuropsychological Status)-Punktzahl resultierenden gegenwärtigen Funktion, die beide an der Normgrenze seien, eine perfekte Konkordanz bestehe. Das Vorhandensein von intellektuellen Beschränkungen werde zudem durch anamnestiche Elemente bestätigt: Der Versicherte habe früh schulische Schwierigkeiten gezeigt, habe die zweite Primarklasse wiederholt, habe eine Sonderschule

besuchen müssen und habe die deutsche Sprache nur teilweise erlernt, obwohl er als Kind in die Innerschweiz gezogen sei. Es gebe zudem weitere weniger spezifische Elemente, welche aber eine niedrige intellektuelle Funktionsweise annehmen liessen: Der Versicherte habe immer nur einfache Aufgaben verrichtet, habe soziale Integrationsschwierigkeiten gezeigt, habe nie eine Liebesbeziehung gehabt und habe weder Hobbies noch Interessen (vgl. Dok. 191 S. 3 und Dok. 195 S. 23 f.).

E. 8.2.4

Im neurologischen Teilgutachten vom 15. Februar 2016 stellt Dr. med. T._____, Facharzt für Neurologie, aufgrund der Anamnese, der klinischen und elektrophysiologischen Untersuchung sowie der neuropsychologischen Beurteilung durch Dr. S._____, die Diagnosen defizitäre und schmerzhaftes Neuropathie des N. genitofemoralis rechts, wahrscheinlich durch narbige Verwachsungen in der rechten Leistengegend, ein mittelschweres Karpaltunnelsyndrom rechts sowie ein leichtes links, sporadische Spannungskopfschmerzen sowie eine angeborene grenzwertige intellektuelle Funktion, wobei lediglich die Neuropathie des N. genitofemoralis rechts sowohl im angestammten Beruf als auch in Verweisungstätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % rechtfertige. Diese müsse als 100%ige Präsenzzeit am Arbeitsplatz, aber mit einer Reduktion von 20% der Arbeitsleistung verstanden werden, da der Versicherte keine statische Sitz- oder Standposition über lange Zeit einhalten könne, somit also häufig seine Position wechseln und sich von Zeit zu Zeit ausruhen müsse, um nicht die Schmerzen in der Leistengegend rechts zu verschlimmern. Die Problematik des Nervus genitofemoralis rechts bestehe seit Herbst 2009 infolge des Eingriffes an der Leiste rechts. Hingegen bestünden bezüglich Tätigkeiten im Haushalt aus neurologischer Sicht keine Einschränkungen. Für das Karpaltunnelsyndrom rechts sei ein invasiver Dekompressionseingriff des Nervus medianus am Karpaltunnel angezeigt. Im Allgemeinen seien solche Eingriffe problemlösend und bedingten eine beschränkte Arbeitsunfähigkeit von drei bis vier Wochen. Die grenzwertige intellektuelle Funktion sei im Laufe der Zeit stabil geblieben (vgl. Dok. 193 S. 5 ff. und Dok. 195 S. 24 f.).

E. 8.2.5

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 3. Februar 2016 nannte Dr. med. U._____, Facharzt für Rheumatologie und Rehabilitation, unter Berücksichtigung des von Dr. med. V._____, Facharzt für Radiologie und Neurologie, erstellten radiologischen Befundberichts vom 4. Februar 2016 (Dok. 189) und der eigenen klinischen Untersuchung als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein thorakolumbales Vertebralesyndrom bei statischer Veränderung der Wirbelsäule (mit einer s-förmigen, rechtskonvexen Skoliose in der Brustgegend und einer linkskonvexen in der Lendengegend sowie hyperkyphotische Tendenz der Brustwirbelsäule und Verlängerung derselben bis zu den ersten Lendenwirbeln), einen Status nach M. Scheuermann im thorakolumbalen Bereich sowie degenerativen Veränderungen von mehreren Segmenten osteochondrotischer und spondylotischer Art praktisch in allen Segmenten der Lendenwirbelsäule wie auch am thorakolumbalen Übergang. Im Weiteren stellte er als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein zervikovertebrales Syndrom, eine Tendenz zu einem Weichteilrheumatismus sowie einen Verdacht auf ein Karpaltunnelsyndrom bds. Der Rheumatologe führt dazu aus, dass nach Angaben des Versicherten sich bezüglich der Symptomatologie der Wirbelsäule seit der Untersuchung vom 28. Januar 2008 in der Klinik für Rheumatologie des Unispitals C._____ keine Verschlimmerung eingestellt habe. Bei

der gegenwärtigen klinischen Prüfung gebe es keine radikuläre Kompressions- oder Reizanzeichen, Anzeichen von sensitivmotorischen Defiziten oder Problemen im Rahmen einer eventuellen Segment-Insuffizienz. Die Symptomatologie müsse als ziemlich beschränkt erachtet werden. Der Versicherte berichte von einer zwei Tage dauernden Lumbalblockade mit intensiveren Schmerzen alle zwei Wochen, wobei diese Symptomatologie nur selten mit den Ausstrahlungen von der Wirbelsäule in Richtung linkes Bein in Verbindung stehe (vgl. Dok. 194 S. 7 ff. und Dok. 195 S. 25 f.).

E. 8.2.6

Dr. med. W. _____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) sowie Hals- und Gesichtschirurgie, stellte in seinem HNO-Teilgutachten vom 11. Februar 2016 einen in der Norm liegenden klinischen HNO-Status fest und nannte die Diagnose Status nach toxischer Rhinitis auf Lösungsmittelexposition. Im Weiteren führt er zusammenfassend aus, der klinische HNO-Status sei gegenwärtig in der Norm. Unter Verweis auf die Verfügung der SUVA vom 4. Dezember 2006 attestiert er dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für Tätigkeiten mit Kontakt mit Lösungsmitteln, Lacken und Farben. Sofern eine Exposition mit industriellen Lösungsmitteln, Lacken und Farben vermieden werde, bestehe für andere Tätigkeiten aus HNO-Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Ebenso für Tätigkeiten im Haushalt. Die Prognose sei gut. Im Jahre 2010 habe der Versicherte aus HNO-Sicht eine fast normale Funktion erlangt, da er keinen Lösungsmitteln und anderen toxischen Substanzen mehr ausgesetzt gewesen sei (vgl. Dok. 192 S. 1 f. und 195 S. 26).

E. 8.2.7

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 8. Februar 2016 (Dok. 190) stellte Dr. med. X. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, keine psychiatrische Diagnose. Zur Begründung führte er aus, dass der Versicherte eine Person mit einfachem Persönlichkeitsprofil sei, was sich in einer ziemlich schlichten verbalen Ausdrucksweise, im beschränkten Gedankeninhalt und im minimalistischen Lebensstil widerspiegeln, den er nun schon seit etlichen Jahren führe. Während seiner beruflichen Laufbahn seien diese Persönlichkeits- und Intelligenzcharakteristika, welche sich knapp innerhalb der Norm positionierten, in jedem Fall genügend dafür gewesen, dass er gute Leistungen erbringen könne, wenn auch im Rahmen von ziemlich einfachen und repetitiven Tätigkeiten. Nach der Unterbrechung der Arbeitstätigkeit und vor allem nach der definitiven Rückkehr in sein Heimatland habe der Versicherte ein ziemlich zurückgezogenes Leben geführt. Er habe auf wenige, aber bequeme von der Familie zur Verfügung gestellte Hilfen zurückgegriffen, die es ihm ermöglicht hätten, ohne Konditionierung durch besondere Stressfaktoren zu leben. Die gegenwärtige psychische Untersuchung habe keine schwereren psychopathologischen Beschwerden ergeben. Was die seinerzeit vom Unispital C. _____ formulierte diagnostische Hypothese anbelange, schienen die wahrscheinlichsten Ursachen der ausgewiesenen funktionellen und der multifaktoriellen kognitiven Störung jene zu sein, die auf das Vorhandensein von beschränkten intellektuellen Ressourcen zurückzuführen seien, und zwar auch unter Berücksichtigung der geringen Schulbildung des Versicherten. Unter den aktuellen Umständen und unter Berücksichtigung der beschränkten intellektuellen Ressourcen, die den Versicherten nicht daran gehindert hätten, brauchbare Leistungen zu erbringen (wenn auch im Rahmen von einfachen Arbeiten), bestehe aus rein psychiatrischer Sicht für sämtliche Tätigkeiten eine Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit von 100 %. In diesem Fall sei

keine psychiatrische Behandlung indiziert.

E. 8.2.8.1

Schliesslich hielten die Gutachter bezüglich Arbeitsfähigkeit, Wiedereingliederungsfähigkeit sowie Verlauf des Gesundheitszustands aufgrund einer polydisziplinären Besprechung zusammenfassend fest, der Versicherte sei im angestammten Beruf, sprich für Arbeiten in Produktionsbetrieben mit Farben und Lacken seit dem 22. November 2006 zu 100% arbeitsunfähig. Diese Einschätzung begründen die Gutachter einerseits mit einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus HNO-Sicht bedingt durch die in der Vergangenheit festgestellte toxische Rhinitis nach Kontakt mit Lösungsmitteln. Hierzu verweisen sie auch auf die SUVA-Verfügung vom 4. Dezember 2006 und halten fest, dass eine deutliche Besserung der Beschwerden beobachtet worden sei, seit der Versicherte nicht mehr in Kontakt mit diesen Substanzen komme. Andererseits sei die Arbeitsunfähigkeit im verminderten Masse auch auf rheumatologische und neurologische Funktionsdefizite zurückzuführen. Aufgrund eines thorakolumbalen Vertebralesyndroms sei der Versicherte bei besonders schweren Arbeiten, bei denen wiederholt Gewichte von über 15-20 kg gehoben werden müssten, eingeschränkt. Gewichte von 25 kg könnten nur selten gehoben werden. Er müsse versuchen, ergonomische Haltungen der Wirbelsäule einzunehmen. Zu vermeiden seien ständige Beugungen und Drehungen des Oberkörpers, aber auch das lange Beibehalten von statischen Positionen mit leicht nach vorne gebeugtem Oberkörper. Beim langsamen Gehen, beim Herauf- und Herabsteigen auf Treppen oder Leitern sei er nicht eingeschränkt. Er könne auch unbeschränkt kniende Arbeiten verrichten. Daher sei er im angestammten Beruf aus rheumatologischen Gründen lediglich zu 80% arbeitsfähig, wobei die Leistungsreduzierung im Rahmen einer ganztätig zu verrichtenden Arbeit zu verstehen sei. Zusätzlich verursache auch die Neuropathie des N. genitofemoralis rechts, aufgrund welcher keine sitzende oder stehende Stellung für längere Zeit eingenommen werden könne und die von Zeit zu Zeit ein Ausruhen erfordere, um eine Verschlimmerung der Schmerzen in der Leistengegend rechts zu vermeiden, eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit. Diese sei ebenfalls als Leistungsreduzierung im Rahmen einer ganztägigen Präsenz zu verstehen. Hingegen sei der Versicherte aus psychiatrischer Sicht zu 100% arbeitsfähig (vgl. Dok. 195 S. 27 f. Ziff. 8.1.1 bis Ziff. 8.1.3).

E. 8.2.8.2

In Verweisungstätigkeiten attestierten die Gutachter dem Versicherten insgesamt eine Arbeitsfähigkeit von 80% seit August 2015. Für den vorangehenden Zeitraum würde die bisherige Einschätzung gelten. Die Leistungseinschränkung von 20% wird aus neurologischer Sicht begründet wegen den erforderlichen häufigen Positionswechseln und der Notwendigkeit, sich von Zeit zu Zeit auszuruhen. Auch hier sei die Leistungsminderung im Rahmen einer Vollzeitarbeit zu verstehen. Aus rheumatologischer, HNO- und psychiatrischer Sicht weise der Versicherte hingegen eine Arbeitsfähigkeit von 100% auf, sofern die funktionellen Einschränkungen berücksichtigt würden. Das heisst, besonders schwere Tätigkeiten, bei denen wiederholt Gewichte über 15-20 kg gehoben werden müssten, seien ausgeschlossen. 25 kg könnten nur gelegentlich gehoben werden. Der Versicherte müsste versuchen, ergonomische Haltungen der Wirbelsäule einzunehmen. Zudem seien ständige Beugungen und Drehungen des Oberkörpers, aber auch das lange Beibehalten von statischen Positionen mit leicht nach vorne gebeugtem Oberkörper zu vermeiden. Beim langsamen Gehen, beim Herauf- und Herabsteigen auf Treppen oder Leitern sowie bei knienden Arbeiten sei er hingegen nicht eingeschränkt. Aus

HNO-Gründen sei ausserdem jeglicher Kontakt mit chemischen Substanzen, insbesondere Lösungsmitteln, Lacken und Farben, zu vermeiden (vgl. Dok. 195 S. 29 ff. Ziff. 9.1.1 bis 9.1.4).

E. 8.2.8.3

Ihre Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers begründeten die Gutachter damit, dass die damals zugesprochene volle IV-Rente hauptsächlich wegen der im Bericht des Unispitals C. _____ vom 14. August 2009 festgestellten kognitiven multifaktoriellen Funktionsdefizite in Kombination mit der Depression zugesprochen worden sei. Die in der aktuellen multidisziplinären Begutachtung erneut durchgeführte ausführliche neuropsychologische Untersuchung habe zwar eine leichte Reduktion des Kurzzeitgedächtnisses und eine lexikalische Armut mit einfacher Sprache und reduziertem Vokabular verdeutlicht. Es seien auch leichte Wahrnehmungsschwierigkeiten zum Vorschein gekommen, wahrscheinlich bedingt durch Sehprobleme, und die gesamte kognitive Funktionsweise sei an der Grenze der unteren Norm angesiedelt (8. Perzentil in der RBANS-Skala). Jedoch sei der Zusammenhang zwischen den erwähnten Schwierigkeiten und einer möglichen Enzephalopathie infolge Einatmung von Lösungsmitteln fraglich. Ein Zusammenhang zwischen der gegenwärtigen kognitiven Funktion und dem niedrigen intellektuellen Niveau des Versicherten erscheine als wahrscheinlicher, da es eine perfekte Konkordanz zwischen dem beim TIB erreichten prämorbidem Niveau und der aus der RBANS-Gesamtpunktzahl resultierenden kognitiven Funktion gebe. Beide seien an den Grenzen der Norm. Das Vorhandensein von intellektuellen Beschränkungen werde zudem durch anamnestiche Elemente, wie bereits früh auftretende schulische Schwierigkeiten samt Wiederholung der zweiten Klasse in der Elementarschule, der Besuch einer Sonderschule sowie das nur teilweise Erlernen der deutschen Sprache untermauert. Zudem gebe es weitere, weniger spezifische Elemente, die eine niedrige intellektuelle Funktion nahelegen. Der Versicherte habe immer einfache Aufgaben verrichtet, habe Schwierigkeiten bei der sozialen Integration bewiesen, habe nie eine Liebesbeziehung gehabt, habe weder Hobbies noch Interessen. Mit einem prämorbidem, am unterem Wert der Norm befindlichen IQ von 73 weise die wahrscheinlichste neuropsychologische Diagnose auf einen Zustand von grenzwertiger intellektueller Funktion (R41.83) hin. Es sei nicht gerechtfertigt, dieser Problematik eine Arbeitsunfähigkeit für einfache und repetitive Tätigkeiten ohne grössere Verantwortung zuzuschreiben, zumal der Versicherte vor dem Auftreten der toxischen Rhinopathie solche Arbeiten immer in Vollzeit ausgeübt habe.

E. 8.2.8.4

Im Weiteren sei einziger Grund für eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht die seit Herbst 2009 bestehende Neuropathie des N. genitofemoralis rechts. Im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Beurteilung seien keine schwerwiegenden psychopathologischen Veränderungen festgestellt worden. Insbesondere sei die Existenz einer Depression nicht bestätigt worden. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, soweit es Tätigkeiten betreffe, die den beschränkten intellektuellen Ressourcen des Versicherten Rechnung tragen. Im Vergleich zu 2009 habe eine Verbesserung des psychischen Zustandes festgestellt werden können. Mangels objektiver Daten könne der genaue Zeitpunkt der klinischen Verbesserung der Depression nicht eruiert werden. Unter Berücksichtigung der Umstände, dass der Versicherte nie in psychiatrischer Behandlung gewesen sei, nie

Psychopharmaka eingenommen habe, und dass die Entwicklung ohne Behandlung positiv gewesen sei, können gesagt werden, dass der Gesundheitszustand mindestens sechs Monate vor der MEDAS-Beurteilung als unverändert und stabil zu betrachten sei. Aus HNO-Sicht sei die Situation stabil und für Verweisungstätigkeiten bestünde keine Arbeitsunfähigkeit. Aus rheumatologischer Sicht sei die Situation seit Jahren stabil, wobei sie bezüglich der Arbeitsfähigkeit leicht von der Beurteilung des Rheumatologie- und Physiotherapiedienstes (Unispital C._____, Arztbericht vom 28. Januar 2008) abweichen würde. Die praktisch seit 2008 unveränderte rheumatologische Erkrankung rechtfertige eine Arbeitsunfähigkeit von 20% als Arbeiter in einer Firma für die Produktion von Farben und Lacken, weil zum Teil schwere und nicht ergonomische Arbeiten für die Wirbelsäule verlangt werden. Bei geeigneten Tätigkeiten führe die rheumatologische Erkrankung zu keiner Arbeitsunfähigkeit. Allein aus medizinisch-theoretischer Sicht seien Massnahmen für eine künftige berufliche Wiedereingliederung unter Berücksichtigung der beschriebenen funktionellen Einschränkungen ab sofort möglich; jedoch könnten sozioökonomischen Gründe (ganze IV-Rente seit 2007, niedrige Schulbildung, Alter, Arbeitsmarkt in Sizilien etc.) Probleme bereiten (vgl. Dok. 195 S. 31 ff. Ziff. 9.2.1 bis 9.2.4).

E. 8.3

Nach dessen Eingang wurde das Gutachten vom 25. Mai 2016 dem IV-internen ärztlichen Dienst zur Stellungnahme unterbreitet, wobei Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine innere Medizin und zertifizierter RAD-Arzt, mit Stellungnahme vom 19. Juni 2016 aufgrund des komplexen Sachverhalts eine Beurteilung durch das Gremium des IV-ärztlichen Dienstes empfahl (Dok. 204).

E. 8.3.1

Nachdem das Gremium des ärztlichen Dienstes der IVSTA in seiner ersten Beurteilung vom 18. August 2016 (vgl. dazu das Protokoll vom 19. August 2016 [Dok. 206]) in Würdigung des medizinischen Sachverhalts resp. des im Rahmen der Rentenrevision eingeholten Gutachtens zunächst noch zum Schluss gelangt war, die wegen den kognitiven Beeinträchtigungen anerkannte Erwerbsunfähigkeit sei falsch gewesen, weshalb eine Wiedererwägung gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG gerechtfertigt sei, verwarf es am 16. Februar 2017 aufgrund der gegen den ersten Vorbescheid vom 17. Oktober 2016 (Dok. 207) mit Eingaben vom 11. November 2016 (Dok. 208), vom 3. Januar 2017 (Dok. 212) sowie vom 2. Februar 2017 (Dok. 216) geltend gemachten Einwände des Beschwerdeführers sowie einer erneuten Überprüfung des medizinischen Sachverhalts seine ursprüngliche Beurteilung und erachtete die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung wegen zweifelloser Unrichtigkeit als nicht erfüllt (vgl. Protokoll vom 21. Februar 2017 [Dok. 218]).

E. 8.3.2

Im Rahmen der zweiten Beratung wies das Ärztegremium darauf hin, dass bei der ursprünglichen Rentengewährung die kognitiven Störungen des Beschwerdeführers mit einer neurotoxischen und einer depressiven Komponente in Verbindung gebracht worden seien. Zugleich sei eine Behandlungspflicht der depressiven Störung auferlegt worden. Schliesslich habe der ärztliche Dienst am 25. November 2009 eine Reevaluation nach 1 bis 2 Jahren empfohlen, um die Auswirkungen der Beseitigung des toxischen Berufsumfelds sowie der Verpflichtung zur Behandlung der psychischen Beeinträchtigung zu messen. Gemäss Gutachten des D._____ vom 25. Mai 2016 sei aus psychiatrischer Sicht die von

der kantonalen IV-Stelle zum Zeitpunkt der Rentengewährung festgestellte depressive Störung trotz nicht wahrgenommener psychiatrischer Behandlung nicht mehr vorhanden gewesen, was gegenüber dem 31. März 2010 eine Verbesserung darstelle. Andererseits sei die Persönlichkeit des Versicherten identisch geblieben, gekennzeichnet durch Merkmale der Einfachheit und Abhängigkeit, des eingeschränkten Denkens, des schlechten mündlichen Ausdrucks, der begrenzten intellektuellen Ressourcen, der nicht vorhandenen sozialen Integration. Die neuropsychologischen Tests hätten gezeigt, dass die Verlangsamung und Verringerung des Kurzzeitgedächtnisses immer noch vorhanden seien und dass sich die kognitive Funktion an der unteren Grenze (der Norm) befinde. Die Situation in diesem Bereich sei analog zu derjenigen zum Zeitpunkt der Rentengewährung, die den Versicherten nicht daran gehindert habe, eine entsprechend seinen Möglichkeiten einfache Erwerbstätigkeit auszuüben. Die Einschätzung der Gutachter des D._____, wonach aus somatischer Sicht die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit aufgrund des thorakolumbalen Vertebralesyndroms und der Neuropathie um 20% gemindert sei, bestätigten die anwesenden Ärzte.

E. 8.3.3

Aufgrund dieser Ausführungen kamen die Ärzte zum Schluss, dass gewisse Unsicherheiten zur Gewährung der Rente geführt hätten. Die Gründe für die Gewährung hätten eine depressive Komponente enthalten, die eine Verpflichtung zur Behandlung begründet habe. Gemäss Gutachten sei die psychiatrische Erkrankung auch ohne Behandlung verschwunden, was eine Verbesserung im Sinne von Art. 17 ATSG sei. Die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Arbeiter mit Kontakt mit Lösungsmitteln und mit Tragen von schweren Lasten betrage nach wie vor 100%. Hingegen sei der Beschwerdeführer seit dem 25. Mai 2016 in leichten, den Rücken schonenden, ohne Kontakt mit Reizstoffen auszuübenden und an die Persönlichkeit, die geistigen sowie sozialen Ressourcen des Versicherten angepassten Verweisungstätigkeiten lediglich zu 20% eingeschränkt.

E. 8.3.4

Aufgrund der mit Eingaben vom 23. Mai 2017 (Dok. 222) sowie - gegen den zweiten Vorbescheid vom 6. April 2017 (Dok. 221) - vom 28. August 2017 (Dok. 224) geltend gemachten zusätzlichen Gesundheitseinschränkungen und Einwände wurde das Dossier am 31. August 2017 erneut dem Gremium des ärztlichen Dienstes der Vorinstanz zur Beurteilung unterbreitet (vgl. Protokoll vom 20. November 2017 [Dok. 226]). Im Rahmen dieser Beurteilung hielt das Ärztegremium an seiner Auffassung vom 18. August 2017 fest und zitierte nochmals die entscheidenden Feststellungen im Gutachten des D._____. Hinsichtlich des geltend gemachten niedrigen IQs von 73 wiesen sie darauf hin, dass dies weder eine Kontraindikation für eine psychiatrische Behandlung noch eine geistige Behinderung sei. Schliesslich hielten die Ärzte in Würdigung des mit Eingabe vom 28. August 2017 (Dok. 224) eingereichten Röntgenberichts vom 3. Juli 2017 betreffend die Schulter (Dok. 225) fest, dass die zusätzlichen Beschwerden an der Schulter keine Änderung der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten zur Folge haben, es jedoch gerechtfertigt sei, beim Zumutbarkeitsprofil Arbeiten mit Armhaltung über Schulterhöhe als zusätzliche Einschränkung hinzuzufügen.

E. 9

Zu prüfen ist, ob die Vorinstanz insbesondere gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten des D. _____ vom 25. Mai 2016 zu Recht davon ausgeht, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitraum vom 31. März 2010 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 28. November 2017 in rentenrelevanter Weise verbessert hat und dass nunmehr eine rentenausschliessende Arbeitsfähigkeit von 80 % - verstanden als Leistungsminderung im Rahmen einer Vollzeitstelle - in einer leidensadaptierten Tätigkeit besteht.

E. 9.1

Das von der Vorinstanz im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte polydisziplinäre Gutachten des D. _____ vom 25. Mai 2016 basiert auf den Vorakten und auf für die strittigen Belange umfassenden fachärztlichen Untersuchungen. Es berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden sowie die Anamnese. Sodann erfolgten eine interdisziplinäre Beurteilung und die Beantwortung der gestellten Fragen. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein, und die (vorgenommenen) Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden für die rechtsanwendende Person nachvollziehbar begründet, wobei auch eine Auseinandersetzung mit den früheren zur Rentenzusprache führenden medizinischen Beurteilungen - insbesondere mit denjenigen des Unispitals C. _____ vom 3. und 14. August 2009 (Dok. 53 und 55) - stattfindet. Schliesslich äussert sich das polydisziplinäre Gutachten auch ausreichend zum revisionsspezifischen Beweisthema aus medizinischer Sicht (Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes). Das polydisziplinäre Gutachten vom 25. Mai 2016, dem sich in medizinischer Hinsicht auch die Ärzte des IV-ärztlichen Dienstes der Vorinstanz angeschlossen haben, erfüllt damit die allgemeinen beweisrechtlichen Vorgaben (vgl. E. 5.6 f. hiavor).

E. 9.2

Der Beschwerdeführer bringt nichts vor, was auch nur geringe Zweifel am Gutachten des D. _____ vom 25. Mai 2016 sowie der vorinstanzlichen Einschätzung des medizinischen Sachverhalts aufkommen liesse. Wie bereits ausgeführt, wurde die nach Art. 17 Abs. 1 ATSG zu überprüfende Invalidenrente mit Verfügung vom 31. März 2010 - auch wenn in deren Begründung von umfassenden Diagnosen die Rede ist - insbesondere infolge von multifaktoriellen kognitiven Funktionsstörungen zugesprochen (vgl. E. 6.3.5 hiavor), was auch vom Beschwerdeführer betont wird. Die bereits damals vorhandenen rheumatologischen Beschwerden (thorakolumbales Vertebralesyndrom) sowie weitere Erkrankungen spielten eine untergeordnete Rolle und hatten nach einhelliger ärztlicher Meinung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in freier Marktwirtschaft (vgl. dazu insbesondere die Stellungnahme des RAD-Arzt Dr. med. P. _____ vom 1. Juli 2008 mit weiteren Hinweisen [Dok. 34 S. 4] sowie den Bericht des Unispitals C. _____ vom 28. Januar 2008, in welchem sogar schwere Arbeiten als zumutbar erachtet wurden [Dok. 26 S. 3]). Soweit jedoch der Beschwerdeführer einwendet, die Rentenzusprache sei entgegen der Ansicht der Vorinstanz nicht wegen einer depressiven Störung, sondern wegen einer multifaktoriellen Enzephalopathie - insbesondere toxischer Ursache - erfolgt, ist ihm entgegenzuhalten, dass beim Versicherten damals nebst den multifaktoriellen kognitiven Funktionsstörungen u.a. auch ein Diabetes mellitus Typ 2 und eine depressive Störung diagnostiziert wurden (vgl. 55 S. 1). Insbesondere letztere wurde indes nicht als allein stehende Erkrankung, sondern im Zusammenhang mit den multifaktoriellen kognitiven Defiziten diskutiert. Denn der Neuropsychologe Dr. phil. Y. _____ hat in

seinem Bericht vom 5. Mai 2009 ausgeführt, dass eine klare ätiologische Zuordnung der kognitiven Defizite schwierig sei. Das beim Beschwerdeführer festgestellte Ausfallmuster mit Aufmerksamkeits- und Gedächtnisfunktionen wie auch kognitiver Verlangsamung könne nicht nur bei einer durch Lösungsmittelinduzierten toxischen Enzephalopathie, sondern auch bei einem Diabetes und affektiven Störungen beobachtet werden (vgl. Dok. 51 S. 2). Zu den letzteren gehören gemäss ICD-10 Klassifikation depressive Störungen. Ebenso hielten die Ärzte der Abteilung für Arbeits- und Umweltmedizin des Unispitals C._____ unter Bezugnahme auf den neuropsychologischen Bericht vom 5. Mai 2009 fest, dass die Diagnose der chronischen Lösungsmittelinduzierten Enzephalopathie mit Sicherheit weder gestellt noch ausgeschlossen werden könne (vgl. Bericht vom 3. August 2009 [Dok. 54 S. 3]). Dr. phil. Y._____ hat zudem aufgrund eines blanden MRI-Befunds vom 23. Juni 2009 (Dok. 70 S. 44 f.) am 6. Juli 2009 eine toxische Ursache als deutlich abgeschwächt erachtet und im Weiteren bei Bestehen einer affektiven Störung (Depression) zur besseren Differentialdiagnose eine neuropsychologische Verlaufsuntersuchung empfohlen (vgl. Dok. 70 S. 42).

E. 9.3

Die Ärzte des medizinischen Dienstes der Vorinstanz halten demzufolge im Rahmen der Beratung vom 18. August 2017 zu Recht fest, dass die damalige Rentenzusprache mit gewissen Unsicherheiten verbunden war und die kognitiven Störungen des Beschwerdeführers sowohl mit einer neurotoxischen als auch einer ebenfalls diagnostizierten depressiven Komponente in Verbindung gebracht wurden und aufgrund der (damaligen) Unsicherheiten eine Behandlungspflicht der depressiven Störung auferlegt sowie eine Reevaluation nach 1 bis 2 Jahren empfohlen wurde, um die Auswirkungen sowohl der psychiatrischen Behandlung als auch der Beseitigung des toxischen Berufsumfelds zu messen (vgl. Dok. 218).

E. 9.4

Im Rahmen der nun erfolgten medizinischen Verlaufsuntersuchung haben die Fachärzte in ihrem schlüssigen und nachvollziehbaren Gutachten vom 25. Mai 2016 überzeugend dargelegt, dass aus psychiatrischer Sicht keine Erkrankung mehr vorliegt. Das heisst, die depressive Komponente ist nach der Rentenzusprache vom 31. März 2010 weggefallen. Im Weiteren legten die Gutachter auch einlässlich und überzeugend dar, weshalb sie einen Zusammenhang zwischen den im Rahmen der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung festgestellten Schwierigkeiten (leichte Reduktion des Kurzzeitgedächtnisses, lexikalische Armut mit einfacher Sprache und reduziertem Vokabular, leichte Wahrnehmungsschwierigkeiten, wahrscheinlich bedingt durch Sehprobleme, kognitive Funktionsweise an der unteren Grenze der Norm) und einer - bereits im Zeitpunkt der Rentenzusprache als stark abgeschwächte Ursache erachteten - Lösungsmittelinduzierten Enzephalopathie als fraglich erachten und stattdessen hinsichtlich der gegenwärtigen kognitiven Funktion einen Zusammenhang mit dem niedrigen intellektuellen Niveau des Beschwerdeführers - welches im Übrigen mit einem IQ Wert von 73 nicht IV-relevant ist (vgl. Urteil des BGer 8C_119/2008 vom 22. September 2008 E. 6.3) - als wahrscheinlicher beurteilen (vgl. Dok. 195 S. 32). Somit begründen sie auch einlässlich, weshalb sie zum jetzigen Zeitpunkt lediglich die Diagnose grenzwertige intellektuelle Funktion (ICD-10 R41.83) stellen. Bezüglich des Einwands des Beschwerdeführers, wonach eine toxische Enzephalopathie nicht einfach verschwinde, ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer seit der Nichteignungsverfügung der SUVA vom 4. Dezember 2006 nie

mehr Kontakt mit entsprechenden toxischen Stoffen hatte. Im Weiteren hat er gemäss eigenen Schilderungen im Jahre 2010 aus HNO-Sicht eine fast normale Funktion wiedererlangt. Überdies ist erneut darauf hinzuweisen, dass selbst der Neuropsychologe Dr. phil. Y. _____ aufgrund des blanden MRI-Befunds vom 23. Juni 2009 eine toxische Ursache als stark abgeschwächt und somit als leichtgradig einstufte. Schliesslich hielten die Ärzte der Abteilung für Arbeits- und Umweltmedizin des Unispitals C. _____ in ihrem Bericht vom 3. August 2009 fest, dass zumindest eine teilweise Reversibilität der chronischen toxischen Enzephalopathie angenommen werden darf (Dok. 53 S. 2 viertletzter Absatz). Diese ist nach den überzeugenden Feststellungen der Gutachter nun vollständig erfolgt.

E. 9.5

Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass - was auch von den Fachärzten des IV-ärztlichen Dienstes bestätigt wird (vgl. Dok. 218) - die Persönlichkeit des Versicherten identisch geblieben ist und die neuropsychologischen Tests eine analoge Situation zu derjenigen zum Zeitpunkt der Rentengewährung gezeigt haben, wurden doch im Zusammenhang mit den Schwierigkeiten der ätiologischen Zuordnung der Ursachen auch die vorbestehenden Leistungsschwächen im Rahmen der tiefen Schulbildung miteinbezogen (vgl. insb. Dok. 53 S. 3 zweiter Absatz).

E. 9.6

Schliesslich kann der Beschwerdeführer aus dem mit Eingabe vom 28. August 2017 vorgelegten radiologischen Befundbericht vom 3. Juli 2007 (Dok. 224 f.) nichts zu seinen Gunsten ableiten, legen doch die Ärzte anlässlich der Beurteilung im Gremium vom 31. August 2018 einlässlich dar, weshalb die zusätzlich geltend gemachten Schulterbeschwerden keine weitergehende Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermögen, indessen im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils als zusätzliche Einschränkung zu berücksichtigen sind (vgl. Dok. 226).

E. 9.7

Mit Blick auf das soeben Dargelegte ist der medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt, dass der Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in seiner angestammten Tätigkeit nach wie vor zu 100% arbeitsunfähig ist. Hingegen sind ihm aufgrund eines verbesserten Gesundheitszustands unter Berücksichtigung des von den Ärzten definierten Zumutbarkeitsprofils (vgl. E. 8.2.8.2 und E. 8.3.4 hiervor) adaptierte Verweisungstätigkeiten im Rahmen einer Vollzeitstelle bei einer Leistungsminderung von 20% zumutbar.

E. 10

Zu prüfen bleibt, wie sich die attestierte Leistungsminderung von 20% in einer angepassten Tätigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

E. 10.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum

Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1). Für die Bemessung der Invalidität einer im Ausland wohnhaften versicherten Person sind Validen- und Invalideneinkommen grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2; Urteil des BGer 8C_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.1).

E. 10.2

Bei einer Rentenrevision ist der Einkommensvergleich auf den Zeitpunkt hin durchzuführen, auf den die laufende Rente frühestens verändert werden kann (vgl. Urteil des BGer 9C_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1), hier auf den 1. Februar 2018 (vgl. Art. 88bis Abs. 2 Bst. a IVV [SR] 831.201)).

E. 10.3

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgeblichen Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1; 129 V 222 E. 4.3.1 mit Hinweisen; Urteil des BGer 8C_567/2013 vom 30. Dezember 2013 E. 2.2.1).

E. 10.4

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb; 129 V 472 E. 4.2.1). Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 142 V 178 E. 1.3; 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2; 126 V 75 E. 5b; Urteil des BGer 9C_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.1).

E. 10.5

Im vorliegenden Fall hat die Vorinstanz das Valideneinkommen zutreffend gemäss den Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin vom 25. September 2007 auf jährlich Fr. 63'700.- bzw. monatlich Fr. 5'308.33 festgesetzt (vgl. Dok. 13 S. 3 und Dok. 220). Dieser Lohn ist jedoch entgegen der Ansicht der Vorinstanz nicht nur bis zum Jahr 2012, sondern bis zum Jahr 2018 (vgl. E. 10.2 hiervor) zu indexieren (Basis 1939 = 100; 2047 [Indexwert 2007] x 2260 [Indexwert 2018]; vgl. Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallohne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, abrufbar unter www.bfs.admin.ch), was einen monatlichen Betrag von Fr. 5'860.69 ergibt.

E. 10.6

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens hat die Vorinstanz zu Recht die LSE-Tabellenlöhne (Tabelle TA1) herangezogen und dabei zutreffend auf den Totalwert (Männer, Kompetenzniveau 1) abgestellt. Hingegen hätte sie statt auf die LSE 2012 auf die im Verfügungszeitpunkt massgebenden LSE 2014 abstellen müssen, zumal die aktuelleren Zahlen der LSE 2016, die am 26. Oktober 2018 veröffentlicht wurden, im Verfügungszeitpunkt noch nicht vorlagen (vgl. Urteil des BGer 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2). Das standardisierte monatliche Einkommen von Fr. 5'312.- ist unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2017 von 41.7 Stunden pro Woche sowie der Nominallohnentwicklung bis 2018 (2220 [Indexwert 2014] x 2260 [Indexwert 2018] auf ein monatliches Einkommen von Fr. 5'637.54 hochzurechnen (Fr. 5'312.- : 40 x 41.7 : 2220 x 2260) und an die attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % anzupassen, was einen Betrag von Fr. 4'510.03 ergibt (Fr. Fr. 5'637.54 x 0.8).

E. 10.7

Da der Umstand der Leistungsminderung aufgrund der neurologisch bedingten Positionswechsel und Pausen bereits bei der attestierten Restarbeitsfähigkeit von 80 % berücksichtigt wurde, ist nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz einen leidensbedingten Abzug von 15 % vorgenommen hat. Dies führt zu einem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 3'833.53 (Fr. 4'510.03 x 0.85).

E. 10.8

Die Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen ergibt eine Einkommenseinbusse von monatlich rund Fr. 2'027.16 und damit einen Invaliditätsgrad von 34.59 % resp. gerundet 35 % ($[(\text{Fr. } 5'860.69 - \text{Fr. } 3'833.53)] \times 100 : \text{Fr. } 5'860.69$), welcher nicht rentenerheblich ist.

E. 10.9

Nicht zu beanstanden und unbestritten ist schliesslich die Annahme der Vorinstanz, dass der Beschwerdeführer, welcher im Zeitpunkt der Rentenaufhebung weder eine Rente von über 15 Jahren bezogen noch (geboren am 2. März 1963) - wenn auch knapp - das 55. Altersjahr zurückgelegt hat (vgl. BGE 141 V 5 E. 4), die attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % auf dem Weg der Selbsteingliederung verwerten kann.

E. 11

Aus dem Dargelegten folgt, dass die Beschwerde abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 28. November 2017 im Ergebnis zu bestätigen ist.

E. 12.1

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Diese sind auf Fr. 800.- festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

E. 12.2

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist entsprechend dem Verfahrensausgang ebenfalls keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

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