



---

Abteilung III  
C-7367/2016

## Urteil vom 1. März 2018

---

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),  
Richterin Michela Bürki Moreni, Richter Michael Peterli,  
Gerichtsschreiber Urs Walker.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, (Österreich),  
Beschwerdeführer,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
Vorinstanz.

---

Gegenstand

IV Invalidenrente;  
Verfügung der IVSTA vom 1. November 2016.

**Sachverhalt:****A.**

Der am (...) 1980 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter oder Beschwerdeführer), österreichischer Staatsangehöriger, gelernter Koch, wohnhaft in Österreich, arbeitete vom 1. September 2009 bis am 25. April 2011 unter der Woche in der Schweiz als Hilfsarbeiter auf dem Bau und entrichtete dabei Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung. Vorher arbeitete er während 15 Jahren in Österreich. Am 25. April 2011 erlitt er einen Treppensturz und zog sich schwere Verletzungen zu (vgl. Austrittsbericht der Rehaklinik D.\_\_\_\_\_ vom 29. August 2011 (Akten der IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ [doc.] 10). Anschliessend kehrte er nach Österreich zurück (doc. 11, 16, 32 S. 130). Ab 2015 züchtete er zusammen mit seinem Schwager Bienen.

**B.**

Am 24. August 2011 meldete sich der Versicherte bei der IV-Stelle des Kantons B.\_\_\_\_\_ zum Bezug einer Invalidenrente an. Im Case Report der IV-Stelle vom 17. April 2012 (doc. 31 S. 1) wurden eine traumatische Hirnverletzung nach einem Treppensturz, ein Status nach sinusitis maxillaris rechts, ein Status nach Thrombose vena jufularis rechts, eine sinus transversus Thrombose rechts, eine Thrombose der vena femoralis superficial rechts und zuletzt die „Spitalkrankheit“ festgehalten.

**C.**

Nach etlichen mehrwöchigen Aufenthalten des Beschwerdeführers zwischen 2011 und 2015 in der Rehaklinik D.\_\_\_\_\_, zuletzt ab dem 18. Oktober 2015, erstellte diese zuhanden der SUVA eine Gesamteinschätzung zu den durchgeführten Therapien (doc. 79 S. 45 f.), einen neuropsychologischen Bericht vom 7. Januar 2016 (doc. 79 S. 75 f.), ein psychiatrisches Gutachten vom 8. März 2016 (doc. 79 S. 3 f.) sowie am 11. März 2016 ein neurologisches Gutachten mit bidisziplinärer Fragenbeantwortung (doc. 79 S. 52 f.).

**D.**

Gestützt darauf stellte die SUVA in ihrer „Zusammenfassung der Entscheidungsgrundlagen für die Rentenfestsetzung“ (doc. 81) am 16. Juni 2016 u. a. fest, der Versicherte sei aktuell aus neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht in der freien Wirtschaft nicht eingliederbar. Die Invalidenrente betrage 100% (S. 5). In ihrer Verfügung vom 22. Juni 2016 setzte die SUVA die Erwerbsunfähigkeit auf 100% ab dem 1. Juli 2016 fest (doc. 82 S. 2).

**E.**

In der angefochtenen Verfügung vom 1. November 2016 (B-act. 1 Beilage 1) wies die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: Vorinstanz) den Rentenanspruch ab. Zur Begründung führte sie gestützt auf die Stellungnahmen der RAD-Ärzte hauptsächlich aus, sämtliche den gesundheitlichen Einschränkungen angepasste Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer ab dem 1. April 2012 zu 100% zumutbar, weshalb der Invaliditätsgrad 0% betrage.

**F.**

In seiner Beschwerde vom 24. November 2016 (B-act. 1) beantragte der Beschwerdeführer, die Vorinstanz solle ihn noch einmal untersuchen lassen. Die SUVA habe ihm eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Er fühle sich auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr brauchbar. Er sei nach 15-20 Minuten Hausarbeit mental wie auch körperlich erschöpft.

**G.**

Der mit Zwischenverfügung vom 30. November 2016 verlangte Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist am 17. Januar 2017 beim Bundesverwaltungsgericht eingegangen (B-act. 2, 3).

**H.**

In ihrer Vernehmlassung vom 14. Februar 2017 (B-act. 5) verwies die Vorinstanz auf die Stellungnahme der IV-Stelle des Kantons B. \_\_\_\_\_ vom 8. Februar 2017. Diese verwies ihrerseits auf die Begründung in der angefochtenen Verfügung, verzichtete auf eine Vernehmlassung und beantragte die Abweisung der Beschwerde.

**I.**

Mit Zwischenverfügung vom 21. Februar 2017 (B-act. 6) sandte das Bundesverwaltungsgericht ein Doppel der Vernehmlassung dem Beschwerdeführer zu und schloss den Schriftenwechsel ab.

**J.**

Zu den weiteren Vorbringen und Unterlagen der Parteien wird – soweit für die Entscheidungsfindung notwendig – in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

## **Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

### **1.**

**1.1** Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA (vgl. auch E. 2). Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

**1.2** Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. d<sup>bis</sup> VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist.

**1.3** Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung vom 1. November 2016 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

**1.4** Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (60 ATSG, Art. 52 VwVG und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

### **2.**

**2.1** Gemäss Art. 40 Abs. 1 IVV (in seiner Fassung zum Zeitpunkt der Einreichung der Rentenanmeldung am 24. August 2011) ist zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet die Versicherten ihren Wohnsitz haben, zuständig (Bst. a). Die einmal begründete Zuständigkeit der IV-Stelle bleibt im Verlaufe des Verfahrens erhalten (Abs. 3). Weil der Beschwerdeführer damals in (...) arbeitete und wohnte (mit Aufenthaltsbewilligung B), mit der Absicht, mit seiner Familie definitiv in die Schweiz einzureisen (doc. 32 S. 130), hat die IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ zurecht die Anmeldung entgegengenommen und geprüft.

**2.2** Die Regelung von (alt) Art. 40 Abs. 3 IVV erfuhr insofern eine Änderung, als gemäss Art. 40 Abs. 2<sup>quater</sup> IVV in seiner Fassung gültig seit 1. Januar 2012 (Änderung der IVV vom 16. November 2011, AS 2011 5679) die Zuständigkeit auf die IV-Stelle für Versicherte im Ausland übergeht, wenn eine versicherte Person während des Verfahrens ihren Wohnsitz ins Ausland verlegt. Dies ist vorliegend der Fall. Der Beschwerdeführer kehrte nach seinem Unfall nach Österreich zurück (doc. 11, doc. 16, S. 4, doc. 32 S. 130). Ein Wechsel der Zuständigkeit im Sinne der vorerwähnten, seit 1. Januar 2012 gültigen Verordnungsbestimmungen geht aus den Akten nicht hervor.

Aufgrund der neuen Verordnungsbestimmungen hätte das Verfahren ab 2012 durch die hierfür zuständige IVSTA weitergeführt werden müssen. Die IV-Stelle B.\_\_\_\_\_ hat damit zu Unrecht ab diesem Zeitpunkt die Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht durchgeführt und die Vorbescheide erlassen (doc. 32 S. 56).

**2.3** Gemäss höchstrichterlicher Praxis kann unter gewissen Umständen ein Wechsel der Zuständigkeit erfolgen, wenn prozessökonomische Gründe oder rechtliche Überlegungen für einen solchen Wechsel sprechen (vgl. Urteil BGer 9C\_891/2010 vom 31. Dezember 2010 E. 2.2 m.w.H.; Urteil BVGer C-730/2009 vom 12. April 2011 E. 4.2 m.H.). Vorliegend hat die zum Zeitpunkt der Verfügung (vom 1. November 2016) gemäss Art. 40 Abs. 2<sup>quater</sup> IVV zuständige IVSTA die angefochtene Verfügung erlassen. Eine eigentliche Unzuständigkeit der verfügenden Behörde liegt nicht vor und ist vom Beschwerdeführer auch nicht gerügt worden; zudem ist nicht ersichtlich, dass dem Beschwerdeführer aus dieser Vorgehensweise der beiden IV-Stellen ein Rechtsnachteil erwachsen wäre. Damit spricht nichts dagegen, dass die IVSTA den Entscheid vom 1. November 2016 getroffen hat.

### **3.**

**3.1** Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger und wohnt in Österreich. 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 zur Anwendung. Der Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4).

**3.2** In materiell-rechtlicher Hinsicht ist auf jene Bestimmungen des IVG abzustellen, die für die Beurteilung jeweils relevant waren und in Kraft standen. Vorliegend ist ein Gesundheitsschaden ab dem 25. April 2011 zu prüfen, weshalb insbesondere das IVG und die IVV in den Fassungen der 5. und 6. IV-Revision massgebend sind. Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar.

**3.3** Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG; BENJAMIN SCHINDLER, *in*: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Zürich 2008, Rz. 1 ff. zu Art. 49).

**3.4** Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet zum einen sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen). Zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit dem 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] I 520/99 vom 20. Juli 2000).

**3.5** Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen

nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, S. 212, Rz. 450, KÖLZ/HÄNER/BERTSCHI, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. Aufl. 2013, Rz. 153 und 457 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, je mit Hinweisen).

#### **4.**

**4.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG).

**4.2** 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).

**4.3** 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 (lit. a);

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b); und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

**4.4** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden jedoch 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 der Beschwerdeführer – in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

**4.5** Wird die Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt bzw. fehlt es an einer wirtschaftlichen Verwertbarkeit derselben, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (Urteil des BGer 9C\_277/2016 vom 15. März 2017 E. 4.3, mit Hinweis auf das Urteil des BGer 9C\_446/2012 vom 16. November 2012 E. 5.2).

## **5.**

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Vorinstanz den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen hat.

**5.1** In den Akten befinden sich folgende – v. a. von der SUVA in Auftrag gegebene – Berichte und Gutachten der Ärzte zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers:

- Im Bericht der Uniklinik C.\_\_\_\_\_ vom 24. Mai 2011 (doc. 32 S. 225 f) wurde – nach einem stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 25. April 2011 bis zum 20. Mai 2011 – nebst weiteren Diagnosen ein schweres Schädelhirntrauma (initialer GCS 3) mit traumatischer Subarachnoidalblutung (SAB) fronto basal rechts, otobasaler Fraktur rechts mit Felsenbeinquerfraktur, Orbitawandfraktur, Hämototympanon und Hämotosinus festgehalten. Der Beschwerdeführer sei mit einem

schweren Schädelhirntrauma wegen Treppensturz eingeliefert worden. Insgesamt sei der klinische Verlauf bei initial schwerster intrakranieller Pathologie sehr erfreulich.

- Nach einem Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 28. Juni 2011 bis zum 25. August 2011 wurde im Austrittsbericht der Rehaklinik D. \_\_\_\_\_ vom 29. August 2011 hauptsächlich eine traumatische Hirnverletzung nach Treppensturz diagnostiziert, zudem ein Status nach sinusitis maxillaris rechts, ein Status nach Thrombose vena jugularis rechts, nach sinus transversus Thrombose rechts, eine Thrombose der Vena femoralis superficialis rechts und die „Spitalkrankheit“ (vgl. doc. 10 S. 1). Entlassen wurde der Beschwerdeführer mit einer leichten Dekonditionierung, verminderter physischer Belastbarkeit, diskreter Gleichgewichtsstörung, Doppelbildern beim Blick nach rechts, Geschmacks- und Geruchsstörungen, gelegentlich linksbetonten Kopfschmerzen und Übelkeit sowie MRSA-Positivität. Zur Arbeitsfähigkeit hielt der Bericht fest, es liege eine leichte bis mittelschwere kognitive Leistungsminderung infolge einer neurologischen Funktionsstörung vor, welche die Folge einer primär hirnologischen Schädigung sei. Der Beschwerdeführer sei aktuell voll arbeitsunfähig (S. 2).
- Im Austrittsbericht der Rehaklinik D. \_\_\_\_\_ vom 12. Januar 2012 wurden als Diagnosen eine traumatische Hirnverletzung, eine Schädelfraktur, eine daraus aktuell resultierende leichte kognitive Leistungsminderung, Anosmie, Ageusie, Doppelbilder, eine Hörstörung rechts, eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (F43.22), ein Status nach Sinusitis maxillaris rechts, nach Thrombose vena jugularis rechts, Sinus transversus Thrombose rechts, Thrombose der Vena femoralis superficialis rechts sowie eine nicht rekanalisierte tiefe Venenthrombose (TVT) rechter Oberschenkel (06/2011) genannt. Zur Arbeitsfähigkeit hielten die Ärzte eine mindestens leichte Leistungsminderung infolge einer psychischen Störung mit Krankheitswert fest. Zusätzlich liege eine leichte kognitive Leistungsminderung mit affektiven und verhaltensbezogenen Einschränkungen infolge einer neurologischen Funktionsstörung vor, welche die Folge einer primär hirnologischen Schädigung sei. Eine angepasste Tätigkeit sei zumutbar, jedoch keine Tätigkeit mit besonderer Absturzgefahr (aufgrund eines regredienten Schwindels); auch schwere Arbeit sei zumutbar, aber nur mit mittleren kognitiven Anforderungen (doc. 25 S. 3, 4).

- Am 11. Oktober 2012 wurde der Beschwerdeführer erneut in der Rehaklinik D. \_\_\_\_\_ (ambulant) reevaluiert. Im neuropsychologischen Bericht vom 10. (recte wohl 11. Oktober 2012) ist die Diagnose einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Störung mit auf Testebene nur diskreten kognitiven Defiziten und deutlicheren affektiven und Verhaltensauffälligkeiten, beides im Rahmen eines Mischbildes aus organischer Persönlichkeitsstörung (F07.0) und postkontusionellem Syndrom genannt (F07.2). Die berufliche Funktionsfähigkeit dürfte vor dem Hintergrund einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Störung mit insbesondere affektiven und Verhaltensauffälligkeiten sowie im Alltag zutage tretenden deutlichen Defiziten bei der Selbststrukturierung schon bei Berufen mit geringen kognitiven Anforderungen eingeschränkt. Einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne Kundenkontakt und mit viel äusserer Struktur auf Teilzeitbasis stehe jedoch aus neuropsychologischer Sicht nichts im Wege (doc. 37 S. 6-11). Im neurologischen Bericht vom 11. Oktober 2012 stellte der Facharzt fest, dass der Versicherte nach wie vor unter den Folgen der schweren Hirnverletzung leide. In körperlicher Hinsicht sei die Leistungsfähigkeit gut; es beständen lediglich die genannte Schwindelsensation, die Anosmie und eine leichte Gefühlsstörung im Bereich des rechten Arms. Die kognitive Leistungsfähigkeit sei im Januar 2012 offensichtlich etwas überschätzt worden. Sie sei zwar gut, es ergäben sich jedoch Hinweise auf Persönlichkeitsveränderungen (Affektveränderung, Mitteilbarkeit, leicht gesteigerter Antrieb). In körperlicher Hinsicht seien mittelschwere Tätigkeiten ohne Absturzgefahr und ohne Fahrtätigkeiten zumutbar. In Bezug auf die kognitiven Aspekte und die Persönlichkeitsaspekte seien leichte kognitive Tätigkeiten in einem gut strukturierten Umfeld ohne vermehrten Leistungsdruck, ohne das Ausführen von Kontrolltätigkeiten zumutbar; eine Unterstützung beim beruflichen Wiedereinstieg sei erforderlich (doc. 37 S. 12-14). Dem psychiatrischen Bericht vom 15. Oktober 2012 sind als Diagnosen ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (F07.2) sowie eine organische Persönlichkeitsstörung (F07.0) zu entnehmen. In der Beurteilung hielten die Fachärzte fest, dass neun Monate nach Klinikaustritt die Situation sich insgesamt als wenig verändert zeige. Aus klinischer Sicht seien einzelne Fortschritte zu registrieren. Weiterhin bestehe ein depressives Syndrom mit gedämpfter Stimmung, eine deutliche Verunsicherung in Bezug auf die von ihm wahrgenommenen Defizite, eine Tendenz zur Selbstabwertung, Schuld-, Versagens- und Wertlosigkeitsgefühle, Entscheidungsschwierigkeiten, emotionale Labilität mit schnellen Wechseln zu depressiven Stimmungslagen oder

Reizbarkeit, ein vermindertes sexuelles Interesse, eine leichte Agitiertheit, ein gesteigerter Redefluss, Schlafprobleme sowie deutlicher sozialer Rückzug und vermindertes Interesse an der Umwelt (doc. 37 S. 2-5).

- Im Austrittsbericht der Rehaklinik D. \_\_\_\_\_ vom 24. Mai 2013 wurden nach Erstellen diverser Einzelgutachten folgende (mit dem Austrittsbericht vom 12. Januar 2012 fast deckungsgleiche) Diagnosen genannt: traumatische Hirnverletzung, Schädelfrakturen, daraus resultierende Anosmie, Hypakusis, Doppelbilder, organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (F07.2), organische Persönlichkeitsstörung (F07.0), ein Status nach Thrombose vena jugularis rechts, nach Sinus transversus Thrombose rechts und eine Thrombose der Vena femoralis superficialis rechts. Zur Arbeitsfähigkeit wurde zusammenfassend u. a. festgehalten, es bestehe eine mindestens leichte Leistungsminderung infolge einer psychischen Störung mit Krankheitswert. Zusätzlich liege eine mindestens leichte bis mittelschwere kognitive Leistungsminderung infolge einer neurologischen Funktionsstörung vor, die Folge einer primär hirnorganischen Schädigung sei (doc. 45 S. 3). Eine mittelschwere Verweistätigkeit ohne Absturzgefahr und ohne Fahrtätigkeit sei zumutbar. Bezogen auf die Kognition und die Persönlichkeitsaspekte sei eine Arbeit mit leichten kognitiven Anforderungen in einem gut strukturierten Umfeld ohne vermehrten Leistungsdruck, ohne Zeitdruck und Lernanforderungen sowie ohne Ausführen von Kontrolltätigkeiten oder Entscheidungsfunktionen zumutbar. In diesem Rahmen bestehe eine Leistungsminderung von ca. 40% (S. 3). Im Rahmen der stationären Abklärung vom 22. April bis 23. Mai 2013 wurde auch ein Bericht berufsorientierte Therapie (vom 21. Mai 2013) zur Ermittlung der beruflichen Basiskompetenzen erstellt. In der Gesamteinschätzung wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer während den berufsorientierten Abklärungen über drei Stunden keine Anzeichen von Müdigkeit gezeigt habe. Er habe sich im Tagesablauf selber organisiert. Er könne mehrere verbale Aufträge nach Wichtigkeit abarbeiten, vergesse dabei keine Aufgaben. Kognitiv mittelschwere handwerkliche und theoretische Aufgaben löse er sorgfältig und richtig. Er beachte Details, für Fehler finde er selbständig Lösungen. In der Evaluation der beruflichen Basiskompetenzen habe er bereits beim letzten Aufenthalt qualitativ und zeitlich durchwegs durchschnittliche Werte erreicht (doc. 45 S. 23)

- Der Abschlussbericht „Perspektivenentwicklung“ des E.\_\_\_\_\_ vom 14. August 2014 betreffend den Förderzeitraum vom 27. Januar bis 25. Juli 2014 (doc. 62 S. 4 f.) hielt im Ergebnis fest, es sei versucht worden, den Beschwerdeführer nach Feststellung der vorhandenen Kompetenzen als Selbständigerwerbenden im Bereich „Vermietung von Autowerkstätten“ wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Das organische Psychosyndrom werde als mässiggradig beurteilt, stelle aber bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt eine erhöhte Belastung für eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung dar. Gegen Ende des Rehabilitationsprozesses sei die Beeinträchtigung im Bereich der Emotionalität noch gegeben gewesen. Es seien zum Teil schon bekannte Reaktionsmuster wiedergekehrt: Der Beschwerdeführer habe sich wieder selbst massiv abgewertet, zum Teil in Gedankenkreisen verloren und sei zum Teil recht ungehalten gegenüber seinem Umfeld. In Gesprächen sei deutlich geworden, dass er einem hohen persönlichen Leistungsdruck unterliege. Für eine verbesserte berufliche Integration in den Arbeitsmarkt sei ihm eine noch bessere persönliche Stabilisierung zu wünschen (S. 20).
- Die neurologische Beurteilung vom 31. Oktober 2014 (doc. 67 S. 49) bestätigte eine dauernde und erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen und psychischen Integrität. Auf testpsychologischer Ebene bestehe zwar eine geringe Beeinträchtigung, jedoch fänden sich als Folge der hirnanorganischen Läsion frontobasal links mehr als rechts und zerebellär rechts Teilaspekte eines organischen Frontallhirnsyndroms mit einer speziellen Ausprägung, welche zusammenfassend eine leichte bis mittelschwere neurokognitive Funktionsbeeinträchtigung vor allem auf Verhaltensebene zur Folge haben. Diese Beeinträchtigungen seien erheblich und dauerhaft. Zusätzlich bestehe eine unfallbedingte Beeinträchtigung des Geruchsinns.
- Der Bericht über die otoneurologische Untersuchung vom 24. Dezember 2014 (doc. 67 S. 4 f.) hielt eine Verminderung des Geruchsinns sowie eine leichte Störung des Gleichgewichtsfunktionssystems fest.
- In der Klinik für Neuroradiologie der Uniklinik F.\_\_\_\_\_ wurde am 16. Oktober 2015 ein MRI des Gehirns durchgeführt (doc. 79 S. 84).
- Nach einem letztmaligen mehrwöchigen Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Rehaklinik D.\_\_\_\_\_ erstellte diese zuhanden der SUVA folgende medizinische Unterlagen: eine Gesamteinschätzung zu den

durchgeführten Therapien vom 20. Oktober 2015 (doc. 79 S. 45 f.), einen neuropsychologischen Bericht vom 7. Januar 2016 (doc. 79 S. 75 f.), ein psychiatrisches Gutachten vom 8. März 2016 (doc. 79 S. 3 f.) sowie ein neurologisches Gutachten mit bidisziplinärer Fragenbeantwortung vom 11. März 2016 (doc. 79 S. 52 f.).

a) In der Gesamteinschätzung der durchgeführten Therapien vom 20. Oktober 2015 wurde im Ergebnis festgehalten, aufgrund der Tageschwankungen bei der Belastbarkeit und des deutlich verminderten Arbeitstempos des Beschwerdeführers scheine ein Vollpensum nicht realistisch. Im Grunde habe er sich durch seine Imkertätigkeit bereits einen idealen Schonarbeitsplatz geschaffen (doc. 79 S. 51).

b) Im neuropsychologischen Bericht (G.\_\_\_\_\_, Psychologe FSP) vom 7. Januar 2016 wurde eine leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung mit anamnestisch gut dokumentierten dysexekutiven Problemen im Alltag sowie wiederkehrenden Wechseln von leichter Gehobenheit der Stimmung und depressiven Symptomen mit Insuffizienzerleben bei derzeit manifomer Symptomatik mit Auffälligkeiten des formalen Denkens mit Umständlichkeit, beschleunigtem Gedankenfluss und Logorrhoe aufgrund der Schädigung des Gehirns (F06.31 und F07.0) beschrieben. Auch wenn testpsychologisch nur leichte Minderleistungen einzelner exekutiver Funktionen objektivierbar gewesen seien, beständen gemäss konsistenter Eigen- und Fremdanangaben im Alltag erhebliche exekutive Defizite in der Selbststrukturierung und Planungsfähigkeit, welche bei beruflichen Tätigkeiten mit hohen kognitiven Anforderungen zu Einschränkungen der Funktionsfähigkeit führen dürften. Zudem beständen affektive und Verhaltensauffälligkeiten mit zu erwartenden negativen Auswirkungen auf zwischenmenschliche Interaktionen (doc. 79 S. 82).

c) Im psychiatrischen Gutachten vom 8. März 2016 (Dr. G.\_\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie) wurde eine bipolare affektive Störung (F06.31) und eine organische Persönlichkeitsveränderung (F07.0) diagnostiziert sowie prätraumatisch eher wahrscheinlich akzentuierte Charakterzüge (schüchtern-gehemmt, Z 73.1 DD neurotische Gehemmtheit). Fremdanamnestisch habe der Beschwerdeführer Mühe, sich zu strukturieren. Ihm müsse alles strukturiert und die Aktivitäten müssten detailliert vorgegeben werden. Die Angaben des Versicherten und die Befunde wirkten in sich detailreich und konsistent (doc. 79 S. 36 und 39). Durch die nunmehr stabilisierte Beziehungssituation

(Eheschliessung mit zweiter Ehefrau) sei auch eine affektive relative Stabilisierung eingetreten. In seiner angestammten Tätigkeit als Koch wäre der Beschwerdeführer überfordert (Koordination der Aufträge, zügige Ausführung von gleichzeitigen und eiligen Aufträgen, Anleitung von Mitarbeitern, Anosmie). In einer angepassten Tätigkeit bestünde oberflächlich gesehen aufgrund seiner gewinnenden Art und gut erhaltenen kognitiven Funktionen eine Ressource. Die Persönlichkeitsveränderung infolge der Hirnverletzung bewirke jedoch, dass er in zahlreichen interpersonellen, komplexen Situationen auffällig werde und nicht genügend Überblick und Selbständigkeit und Durchsetzungsfähigkeit aufbringen könne (S. 43). Zumutbar wären gut angeleitete und strukturierte, einfache und repetitive Tätigkeiten ohne wesentliche ablenkende Einflüsse und ohne Notwendigkeit zu ständigen interaktiven Kontakten mit anderen denkbaren Mitarbeitern, die ihn ablenken würden und die zu komplexen interaktionellen Situationen führen könnten. Dies entspreche eher nicht den Voraussetzungen, die für eine Verweistätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt zu geltend hätten (S. 44). Der wirtschaftliche Gegenwert im Rahmen der Bienenzucht sei schwer zu bewerten.

d) Im neurologischen Gutachten vom 11. März 2016 von Dr. I. \_\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, wurden folgende Befunde festgehalten:

- Neurologische Diagnosen: Schädel-Hirn-Trauma am 25. April 2011 (S09.7), Kontusions- und Blutungsfolgen linksbetont frontobasal und zerebellar rechts; Status nach osteoplastischer Schädeltrepanation okzipital, zudem leicht bis mittelschwere kognitive Leistungsminderung und organisch begründete Verhaltensauffälligkeit (F07.2); posttraumatische Anosmie (R43.0).
- Überlieferte bzw. nicht-neurologische Diagnosen: Postthrombotisches Syndrom rechtes Bein, Verdacht auf Sinusitis.
- Psychiatrische Diagnosen: bipolare organische affektive Störung (F06.31), organische Persönlichkeitsveränderung (F07.0), prätraumatisch eher wahrscheinliche akzentuierte Charakterzüge (schüchtern-gehemmt [Z73.1 DD]), neurotische Gehemmtheit.

Die anschliessende zusammenfassende bidisziplinäre Fragenbeantwortung (doc. 79 S. 72) hielt fest, dem Versicherten sei eine körperlich leichte und höchstens intermittierend (zeitweise) mittelschwere körper-

liche, an die Einschränkungen adaptierte Tätigkeit möglich, dies durchaus in einem zeitlichen Pensum von 100%. Anschliessend wurden in der bisdisziplinären Fragenbeantwortung die einzelnen Einschränkungen konkret genannt (vgl. nachfolgend E. 5.1).

## 5.2

**5.2.1** 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 (BGE 125 V 351 E. 3a).

**5.2.2** Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3.a).

**5.2.3** Dem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte (vgl. Art. 44 ATSG), welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4; BGE 125 V 351 E. 3b/bb, mit Hinweisen).

## 5.3

**5.3.1** Der Beschwerdeführer befand sich zwischen 2011 und 2015 etliche Male während mehreren Wochen in der Rehaklinik D.\_\_\_\_\_, wo er immer wieder therapiert und begutachtet wurde und die Resultate in vielen Berichten detailliert festgehalten wurden. Die Gutachten und Berichte der von der SUVA beauftragten Ärzte der Rehaklinik D.\_\_\_\_\_ beruhen auf eigenen Untersuchungen, sind umfassend und ergeben ein klares Bild. Die

erhobenen Diagnosen wurden immer wieder bestätigt und sind konsistent. Die Aussagen zur Arbeitsfähigkeit sind ebenfalls nachvollziehbar.

So wurde in der abschliessenden bidisziplinären Fragenbeantwortung zur Arbeitsfähigkeit im Ergebnis festgehalten, dem Versicherten sei eine körperlich leichte und höchstens intermittierend (zeitweise) mittelschwere körperliche Tätigkeit möglich, dies durchaus in einem zeitlichen Pensum von 100%. Bei subjektiver episodischer Schwindeligkeit sei eine Tätigkeit mit Absturzgefahr oder an verletzungsgefährlichen Maschinen nicht geeignet. Unter Berücksichtigung der neuropsychologischen Befunde sei der Versicherte nicht gut zu einer lang anhaltenden, konzentrativen und aufmerksamkeitsfordernden Tätigkeit geeignet, wie z.B. einer Kontrolltätigkeit am Bildschirm oder auch anderen monotonen Überwachungstätigkeiten. Der Versicherte sei nicht geeignet für Arbeiten, welche eine hohe intellektuelle Leistungsfähigkeit erfordern. Es bestehe eine relevante Persönlichkeitsveränderung nach Hirnverletzung mit Auswirkungen auf Verweistätigkeiten im freien Arbeitsmarkt. Zumutbar wären gut angeleitete und strukturierte, einfache und repetitive Tätigkeiten ohne wesentliche ablenkende Einflüsse und ohne Notwendigkeit zu ständigen interaktiven Kontakten mit Mitarbeitern, die ihn ablenken würden und die zu komplexen interaktionellen Situationen führen könnten, wo der Versicherte sich dann nicht genügend abgrenzen bzw. behaupten könnte, mit entsprechendem Dekompensationsmaterial. Die aktuelle Aktivität im Rahmen einer Bienenhaltung stelle eine geeignete Tätigkeit dar (doc. 79 S. 72).

Die Schlussfolgerungen der Ärzte sind – im Hinblick auf die erhobenen Diagnosen und die funktionellen Einschränkungen – voll beweiskräftig, auch wenn die Gutachteraufträge nicht von der Vorinstanz, sondern von der SUVA erteilt worden sind.

**5.3.2** Im Sinne eines Zwischenfazit ist hier festzuhalten, dass das Gericht die funktionellen Einschränkungen des Beschwerdeführers gestützt auf die Ausführungen der behandelnden Ärzte und in Übereinstimmung mit der Beurteilung durch die SUVA insgesamt als erheblich betrachtet. Dies entspricht der Tatsache, dass im psychiatrischen Gutachten vom 8. März 2016 darauf hingewiesen wurde, dass die gesundheitlichen bzw. funktionellen Einschränkungen in neuropsychologischer/psychiatrischer Hinsicht eher nicht den Voraussetzungen entsprächen, welche für eine Verweistätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt gälten (doc. 79 S. 44).

## 6.

**6.1** Die Vorinstanz stützte sich in ihrer hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abweichenden Verfügung auf die nachfolgenden abschliessenden Stellungnahmen des RAD. Die originalen Stellungnahmen befinden sich nicht in den Akten, sind indes im Case Report vom 5. November 2016 integriert (doc. 89).

- Dr. J. \_\_\_\_\_ führte am 25. Juli 2016 aus, der Beschwerdeführer sei als Hilfsarbeiter auf dem Bau und als Koch voll arbeitsunfähig. Adaptiert bestehe hingegen ab dem 1. April 2012 eine volle Arbeitsfähigkeit, sicher auf somatischer Ebene, also bezüglich Bewegungsapparat, Sinnesorgane, periphere neurologische Aspekte. Psychiatrische und neurologische Inhalte seien Frau K. \_\_\_\_\_ vorzulegen (doc. 89 S. 25).
- Dr. S. K. \_\_\_\_\_ kam am 25. Juli 2016 gestützt auf das psychiatrische Gutachten vom 8. März 2016 und die neuropsychologische Untersuchung vom 7. Januar 2016 zum Schluss, der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig, adaptiert könne von einer 100-prozentigen Arbeitsfähigkeit ab dem 1. April 2012 ausgegangen werden (doc. 89 S. 25/26).
- Nachdem die Suva der Vorinstanz mitgeteilt hatte, dass sie aufgrund des neurologischen Gutachtens von keiner verwertbaren Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt ausgehe (doc. 84 S. 1), wurde die RAD-Ärztin zu einer ergänzenden Stellungnahme gebeten. Sie führte am 6. Oktober 2016 aus, adaptiert werde medizinisch-theoretisch von 100% Arbeitsfähigkeit mit entsprechendem Tätigkeitsprofil ausgegangen. Dabei werde ein ausgeglichener Arbeitsmarkt zugrunde gelegt. Geklärt werden müsse jedoch nicht aus medizinischer Sicht, ob dieses Tätigkeitsprofil überhaupt auf dem realen Arbeitsmarkt zu finden bzw. zu verwerten sei, so wie dies die SUVA getan habe (doc. 89 S. 27).

## 6.2

**6.2.1** Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c mit Hinweisen; ZAK 1991 S. 319 E. 1c). Dabei obliegt die Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden

ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit (z.B. nur sitzende oder stehende Arbeiten, nur beschränktes Heben/Tragen von Lasten, Arbeit im Freien oder in geheizten Räumen u.a.) den Ärzten, wogegen die von der IV-Stelle gegebenenfalls heranzuziehenden Fachleute der Berufsberatung bestimmen können, welche ganz konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der ärztlichen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_833/2007 vom 4. Juli 2008, E. 3.3.2 mit Hinweisen, SVR 2001 IV Nr. 10, E. 1). Die rein wirtschaftlichen und rechtlichen Beurteilungen, insbesondere im Zusammenhang mit der Bestimmung der Erwerbsfähigkeit, obliegen dagegen der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht.

**6.2.2** Aufgabe des medizinischen Dienst der IVSTA (wie auch des regionalen ärztlichen Dienstes [RAD]) ist es, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C\_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil BGer 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Der medizinische Dienst hat die vorhandenen Befunde nach Massgabe des schweizerischen Rechts aus versicherungsmedizinischer Sicht zu würdigen. Dessen Stellungnahme kommt insbesondere dann besondere Bedeutung zu, wenn – wie vorliegend – keine Berichte von Sachverständigen vorliegen, die mit den nach schweizerischem Recht erheblichen versicherungsmedizinischen Fragen vertraut sind, sondern eine Vielzahl von Berichten behandelnder sowie vom heimatlichen Versicherungsträger beauftragter Ärztinnen und Ärzte (Urteil BVGer C-6027/2014 vom 8. Februar 2016 E. 3.2.1; vgl. auch Urteil BVGer C-5655/2015 vom 22. Juni 2017 E. 4.7).

**6.2.3** Die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes (und auch des RAD) müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht (vgl. E. 5.2.2) genügen. Die Ärztinnen und Ärzte müssen über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil BGer 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a; Urteil BGer 9C\_904/2009 vom 7. Juni 2010 E. 2.2). Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Ärztinnen und Ärzte des medizinischen Dienstes der IVSTA ihre Beurteilungen nicht aufgrund eigener Untersuchungen abgeben, sondern lediglich die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen haben. Ihre Stellungnahmen können – wie Aktengutachten – beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines

an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile BGer 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 und 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 m.w.H.). Soll im Gerichtsverfahren einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die (versicherungsinterne) Beurteilung des medizinischen Dienstes der IVSTA entschieden werden, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 135 V 465; 122 V 157 E. 1d S. 162 f.; Urteile BGer 8C\_874/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3 und 9C\_8/2011 vom 21. Februar 2011 E. 4.1.3; Urteil BVGer C-5655/2015 vom 22. Juni 2017 E. 4.8).

**6.3** In BGE 140 V 193 wurde erwogen (E. 3.2 mit weiteren Hinweisen), dass – nötigenfalls in Ergänzung der medizinischen Unterlagen – für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten seien (Urteil des BVGer C-965/2016 vom 29. August 2016 E. 2.7).

**6.4** IV-Stellen sind zudem gehalten, im Rahmen der Würdigung der Arbeitsfähigkeit zu prüfen, ob die Eingliederungsfähigkeit bzw. Selbsteingliederungsfähigkeit der versicherten Person gegeben ist. Erweist sich der medizinische Sachverhalt nicht als verlässlich feststehend und lückenlos und/oder die Eingliederungsfähigkeit als fraglich, sind diesbezüglich weitere Abklärungen nötig, gegebenenfalls unter Beizug der Fachpersonen der beruflichen Integration. Dahingehend sind die Ausführungen des Bundesgerichts in BGE 140 V 193 zu verstehen, wonach nötigenfalls und („in Ergänzung zu den medizinischen Unterlagen“) für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten seien (E. 3.2 m.w.H.; Urteil des BVGer C-5021/2015 vom 12. April 2017 E. 6.4.6).

## **6.5**

**6.5.1** In seiner Stellungnahme vom 5. Juli 2016 hält der RAD-Orthopäde fest, es zeigten sich auch bei der finalen und abschliessenden Überprüfung der SUVA deutliche Diskrepanzen zwischen subjektiver beziehungsweise Fremdwahrnehmung der Limitationen und den erstaunlich gering ausgeprägten, wenigen Pathologika, nicht nur auf somatischer Ebene, sondern auch neurologisch und neuropsychologisch, wobei die letzteren beiden

Ebenen durch die RAD-Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie bewertet werden sollten. Für ihn sei doch erstaunlich, dass trotz der in den Testungen mehrfach festgehaltenen nur minimal bis leichten kognitiven Defizite aufgrund Fremdanamnese, bildgebenden Befunden und Verletzungsmuster doch schliesslich leichte bis mittelschwere kognitive Einschränkungen genannt würden und trotz nicht mehr aufzufindender neurologischer Einschränkungen eine „IE“ von 35% resultiere. Es bestünden letztlich nur Spannungskopfschmerzen, keine wesentlichen neurologischen peripheren Störungen der Extremitäten, es liege eine lediglich durch Dekonditionierung bedingte Einschränkung der Ausdauer vor, anstelle einer kompletten Anosmie sei nur eine beschränkte Hyposmie gegeben, es liege eine nur noch minimal peripher vestibulär-objektivierbare Schwindelsymptomatik vor, das Hören sei altersentsprechend ohne Einschränkungen, neurologisch bestehe eine leichte Gefühlsstörung, diskrete Pallhypästhesie sowie eine Temperatur-Empfindungsstörung des rechten Beines. Aus rein somatischer Sicht sei eine 100-prozentige Arbeitsfähigkeit in angepassten Verweistätigkeiten zumutbar.

**6.5.2** Die RAD-Psychiaterin stützt sich in ihrer Stellungnahme vom 25. Juli 2016 (doc. 89 S. 25/26) auf das psychiatrische Gutachten vom 11. März 2016 sowie auf den neuropsychologischen Bericht vom 7. Januar 2016. Unter Nennung der etlichen funktionellen Einschränkungen in neuropsychologischer/psychiatrischer Hinsicht gelangt sie zum Schluss, der Beschwerdeführer sei in einer entsprechend adaptierten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig. Als mögliches Tätigkeitsprofil nannte sie keine lang anhaltenden konzentrativen und Aufmerksamkeit erfordernde Tätigkeiten, keine monotone Überwachungstätigkeit, keine Tätigkeiten, die eine hohe intellektuelle Leistungsfähigkeit erforderten, Tätigkeiten, die gut angeleitet und strukturiert seien, einfach und repetitiv ohne wesentliche ablenkende Einflüsse und ohne Notwendigkeit zu ständigen interaktiven Kontakten mit Mitarbeitenden, die den Beschwerdeführer ablenken würden, die zu komplexen interaktionellen Situationen beziehungsweise Schwierigkeiten führen könnten, in denen der Beschwerdeführer sich nicht genügend abgrenzen beziehungsweise behaupten könne mit entsprechendem Dekompensationspotential.

**6.5.3** Die SUVA hingegen stützte sich bei ihrem Entscheid vom 22. Juni 2016, in welchem sie die Erwerbsunfähigkeit des Versicherten auf 100% festsetzte, auf ihre „Zusammenfassung der Entscheidungsgrundlagen“

vom 16. Juni 2016, wo zur Zumutbarkeit (Beibehaltung der bisherigen Tätigkeit, Berufswechsel, Arbeitsplatz, Leistung usw.) im Wesentlichen Folgendes festgehalten wurde (doc 81 S. 5):

„Zumutbar unter dem Aspekt der psychischen Veränderungen infolge Hirnverletzung (auch gemäss Mini ICF-APP) wären gut angeleitete und strukturierte, einfache und repetitive Tätigkeiten ohne wesentliche ablenkende Einflüsse und ohne Notwendigkeit zu ständigen interaktiven Kontakten mit anderen denkbaren Mitarbeitern, die ihn ablenken würden und die zu komplexen interaktionellen Situationen bzw. Schwierigkeiten führen könnten, wo der Versicherte sich dann nicht genügend abgrenzen bzw. behaupten könnte, mit entsprechendem Dekompensationspotential. Dies entspricht eher nicht den Voraussetzungen, die für eine Verweistätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt zu gelten haben. Der Versicherte ist aktuell aus neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht in der freien Wirtschaft nicht eingliederbar.“

**6.5.4** Auf Nachfrage der Vorinstanz vom 3. November 2016 (doc. 89 S. 27) unter Hinweis auf die Tatsache, dass die SUVA in ihrem Rentenbescheid von keiner Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt ausgehe, weil aufgrund der relevanten Persönlichkeitsveränderung nach Hirnverletzung eine relevante Auswirkung auf Verweistätigkeiten im freien Arbeitsmarkt bestehe (doc. 84 S. 1), ergänzte die RAD-Psychiaterin ihre Stellungnahme vom 6. Oktober 2016, adaptiert werde medizinisch-theoretisch von 100% Arbeitsfähigkeit mit entsprechendem Tätigkeitsprofil ausgegangen. Dabei werde ein ausgeglichener Arbeitsmarkt zugrunde gelegt. Geklärt werden müsse jedoch nicht aus medizinischer Sicht, ob dieses Tätigkeitsprofil überhaupt auf dem realen Arbeitsmarkt zu finden bzw. zu verwerten sei, so wie dies die SUVA getan habe (doc. 89 S. 27).

**6.5.5** Die zweite Stellungnahme der RAD-Psychiaterin lässt einzig den Schluss zu, dass sie sich ausschliesslich zu den funktionellen Einschränkungen geäussert hat, jedoch nicht zu den konkret noch möglichen Verweistätigkeiten bzw. zur Frage, ob die Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers überhaupt noch verwertbar sei. Die Vorgehensweise der RAD-Psychiaterin hält sich an die in den Erwägungen 6.2.1 und 6.2.2 beschriebene Arbeitsaufteilung zwischen Arzt, Verwaltung und anderen Fachpersonen.

**6.5.6** In den Akten befinden sich keine Unterlagen, welche darauf hinweisen würden, dass die Vorinstanz im Anschluss an diese zweite Stellungnahme der RAD-Psychiaterin die konkret noch möglichen Verweistätigkeiten und die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit geprüft hätte, allenfalls unter Beizug einer Fachperson der beruflichen Integration (vgl. E. 6.3).

Die Vorinstanz führt in ihrer angefochtenen Verfügung zwar aus, nach dem Vorbescheid vom 23. August 2016 noch einmal geprüft zu haben, ob eine Tätigkeit im Rahmen des von der Rehaklinik beschriebenen Anforderungsprofils für den Beschwerdeführer zumutbar sei. Diese Abklärungen erfolgten laut Akten in zweifacher Hinsicht. Erstens hat die Vorinstanz die SUVA um eine Stellungnahme gebeten; diese führte aus, sie könne die Abweisung des Rentengesuchs durch die IV-Stelle nicht nachvollziehen. Zweitens wurde die RAD-Psychiaterin um eben die erwähnte zweite Stellungnahme gebeten, in welcher sie ausdrücklich darauf hinwies, dass sie ausschliesslich die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit geprüft habe. Weitere Abklärungen erfolgten nicht.

**6.5.7** Insgesamt muss deshalb festgestellt werden, dass eine eigenständige detaillierte Prüfung der konkret möglichen Verweistätigkeiten sowie die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit im ausgeglichenen Arbeitsmarkt während des IV-Verfahrens nie erfolgt ist.

Hinzu kommt, dass die IV-Stelle und bzw. deren Ärzte, welche den Beschwerdeführer nicht selber untersucht haben, von einer 100-prozentigen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgehen, während die SUVA eine solche gänzlich verneint. Die IV-Stellen sind zwar gemäss BGE 133 V 549 E. 6 nicht an die Feststellungen des Unfallversicherers gebunden; hingegen bestehen durch die diametral entgegenstehende Beurteilung durch die SUVA, welche – gestützt auf umfangreiches Datenmaterial sowie ausführliche Untersuchungen – davon ausgeht, dass der Beschwerdeführer nicht in den freien Arbeitsmarkt eingegliedert werden kann, erhebliche Zweifel an der Beurteilung der RAD-Ärzte bzw. an der in der Verfügung festgehaltenen 100-prozentigen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (vgl. vorne E. 6.2.3). Es kann daher nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass sich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad ergibt und die Restarbeitsfähigkeit noch verwerten lässt (vgl. vorne E. 3.5). Deshalb sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen.

**6.6** Weiter haben sich weder der RAD-Orthopäde noch die RAD-Psychiaterin im Rahmen der Abklärungen zur Arbeitsunfähigkeit abschliessend zur Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers geäussert.

In den Akten befinden sich zwar Dokumente, aus welchen hervorgeht, dass Anstrengungen unternommen wurden, um dem Beschwerdeführer die Eingliederung in die Arbeitswelt zu erleichtern (vgl. z. B. Abschlussbericht „Perspektivenentwicklung“ des E. \_\_\_\_\_ [doc. 62 S. 4 f.]; Arbeitsversuch als Imker ab dem 4. März 2015 [Therapiebericht der Klinik D. \_\_\_\_\_, doc. 79 S. 47]). Eine abschliessende Stellungnahme der IV-Stelle zur Eingliederungsfähigkeit, allenfalls unter Beizug einer Fachperson für berufliche Integration (vgl. E. 6.4), fehlt jedoch. In den Akten befinden sich gesicherte Feststellungen zu erheblichen und dauernden gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers, insbesondere im neuropsychologischen/psychiatrischen Bereich, welche einer Selbsteingliederung entgegenstehen könnten. Diese Tatsache bietet ebenfalls hinreichend Anlass, die erforderlichen Abklärungen nachzuholen (vgl. vorne E. 3.4).

## **7.**

**7.1** Insgesamt kann aufgrund der Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer eingliederungsfähig ist. Offengeblieben ist weiter, welche konkreten Verweistätigkeiten dem Beschwerdeführer angesichts seiner erheblichen funktionellen Einschränkungen noch zumutbar sind und ob seine Restarbeitsfähigkeit auf dem 1. Arbeitsmarkt noch verwertbar ist. Somit kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geschlossen werden, dass der Beschwerdeführer nicht rentenberechtigt ist.

**7.2** Damit ist die Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 1. November 2016 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese die Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers und die konkreten zumutbaren Verweistätigkeiten unter Beizug einer Fachperson für berufliche Integration und Berufsberatung prüfe, eine neue Arbeitsfähigkeitsschätzung vornehme, die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit und einen allfälligen Leidensabzug prüfe, einen Invaliditätsgrad festlege und neu verfüge.

## **8.**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteient-schädigung.

**8.1** Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt (vgl. BGE 132 V 215 E. 6; Urteil BGer 9C\_868/2013 vom 24. März 2014 E. 6), sind weder dem Beschwerdeführer noch der Vorinstanz Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 e contrario und 2 VwVG; vgl. BGE 132 V 215 E. 6.1). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm anzugebendes Konto zurückzuerstatten.

**8.2** Dem nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer, dem keine notwendigen und verhältnismässig hohen Kosten im Sinne von Art. 64 Abs. 1 VwVG und Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) entstanden sind, ist keine Parteientschädigung auszurichten. Die unterliegende Vorinstanz hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 1 e contrario und Art. 7 Abs. 3 VGKE).

### **Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 1. November 2016 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen 7 über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils auf ein von ihm zu nennendes Konto zurückerstattet.

**3.**

Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Einschreiben mit Rückschein; Beilage: Rückerstattungsformular)

- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Beat Weber

Urs Walker

### **Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen von Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. Die Rechtschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: