



## Urteil vom 13. November 2018

---

Besetzung

Richter Daniel Stufetti (Vorsitz),  
Richter Beat Weber, Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,  
Gerichtsschreiberin Anna Wildt.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, (Deutschland),  
vertreten durch Dr. iur. Daniel Riner, Advokatur Notariat,  
Beschwerdeführer,

gegen

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Anspruch auf eine Invalidenrente,  
Verfügungen IVSTA, alle vom 22. September 2017.

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

Der 1982 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland. Ab 1. November 2006 war er als Zimmermann für die Firma B.\_\_\_\_\_ AG in (...) erwerbstätig und entrichtete Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; Vorakten 1, 7, 96). Gemäss Schreiben vom 13. Dezember 2012 wurde das Arbeitsverhältnis auf den 31. Januar 2012 gekündigt (Vorakten 17.9).

**B.**

**B.a** Am 5. Dezember 2008 erlitt der Versicherte einen Arbeitsunfall, indem er bei Montagearbeiten aus ca. vier Metern Höhe auf ein Betonfundament stürzte (Vorakten 4.50). Zwischen September 2009 und Februar 2010 litt er unter zerebralen Krampfanfällen, die nachts auftraten und zu wiederholten Schulterluxationen führten. Nachdem er – mit Unterbrechungen aufgrund von Operationen – jeweils an seinen Arbeitsplatz als Zimmermann unter Beachtung von Auflagen (Vorakten 9.31, 9.47) zurückkehrte, konnte er nach dem Auftreten von Kopfschmerzen ab Ende Juni 2011, wiederkehrenden Krampfanfällen und Schulteroperationen in seinem angestammten Beruf nicht mehr arbeiten. Die SUVA richtete Taggelder aus (Vorakten 80.3). Mit Verfügung vom 16. September 2016 sprach die SUVA dem Versicherten eine Invalidenrente basierend auf einer Erwerbsunfähigkeit von 66 % sowie eine Integritätsentschädigung entsprechend einer Integritäts-einbusse von 70 % zu (Vorakten 86).

**B.b** Mit Schreiben vom 29. Oktober 2010, eingegangen am 4. November 2010, meldete sich der Versicherte bei der kantonalen IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ (nachfolgend IV-Stelle) zum Bezug von Leistungen an (Vorakten 1). Nachdem eine BEFAS-Abklärung ergab, dass bis zum Abschluss der medizinischen Abklärungen vorerst keine beruflichen Massnahmen in Frage kämen (Vorakten 33), teilte ihm die IV-Stelle am 4. September 2013 mit, keine weiteren beruflichen Massnahmen vorzunehmen (Vorakten 36).

**B.c** Nach weiteren medizinischen und erwerblichen Abklärungen hielt die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 1. Dezember 2016 (Vorakten 87) fest, es bestehe Anspruch auf eine abgestufte Rente, und zwar ab 1. Juni 2011 auf eine halbe Invalidenrente, ab 1. März 2012 auf eine ganze und ab 1. September 2012 auf eine halbe Invalidenrente. Hiergegen erhob der Versicherte mit Schreiben vom 12. Dezember 2016 Einwand und machte gel-

tend, die IV-Stelle habe seinen Gesundheitszustand nicht genügend abgeklärt. Nach Aufforderung durch die IV-Stelle, die Eingabe zu verbessern, liess er durch seinen Rechtsvertreter mit Schreiben vom 18. Januar 2017 und vom 15. Februar 2017 neuerlich Einwand erheben (Vorakten 90, 94).

**B.d** Mit drei separaten Verfügungen vom 22. September 2017 sprach ihm die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend IVSTA) ab 1. Juni 2011 bis zum 29. Februar 2012 eine halbe Rente bei einem IV-Grad von 55%, ab 1. März 2012 bis zum 31. August 2012 eine ganze Rente aufgrund eines IV-Grades von 100% und ab 1. September 2012 eine halbe Rente wiederum basierend auf einem IV-Grad von 55% zu (Vorakten 101 sowie Akten im Beschwerdeverfahren [BVGer act.], Beilage 2).

**C.**

Gegen diese Verfügung(en) liess der Beschwerdeführer durch seinen Rechtsvertreter mit Eingabe vom 20. Oktober 2017 (BVGer act. 1) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erheben und beantragen, dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen aus der Invalidenversicherung und eine Parteientschädigung zuzusprechen. Der IV-Grad sei zu gering bemessen, die verbleibende Restarbeitsfähigkeit liege bei 20%. Die IVSTA habe nicht alle medizinischen Erkenntnisse berücksichtigt. Im Weiteren sei ein leidensbedingter Abzug von 25% vorzunehmen.

**D.**

Den mit Zwischenverfügung vom 16. November 2017 (BVGer-act. 3) erhobenen Kostenvorschuss von Fr. 800.– leistete der Beschwerdeführer am 21. November 2017 (BVGer-act. 5).

**E.**

In ihrer Vernehmlassung vom 27. Dezember 2017 (BVGer-act. 8) beantragte die IVSTA die Abweisung der Beschwerde unter Verweis auf die Stellungnahme der IV-Stelle vom 21. Dezember 2017. Unter Bezugnahme auf die medizinische Aktenlage und eine Stellungnahme des RAD vom 8. Dezember 2017 hielt diese an einem IV-Grad von 55% fest (Beilage zu BVGer-act. 7).

**F.**

Mit Replik vom 23. Februar 2018 (BVGer-act. 15) hielt der Beschwerdeführer an seinen Beschwerdebegehren fest. Die vom RAD getroffene Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit entspreche nicht der Realität und stehe im Widerspruch zur Aktenlage.

**G.**

Mit Duplik vom 10. April 2018 hielt die Vorinstanz gestützt auf die Stellungnahme der IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ vom 28. März 2018 an ihrer Vernehmlassung fest.

**H.**

Mit Verfügung vom 12. Oktober 2018 (act. 20) teilte der Instruktionsrichter dem Beschwerdeführer mit, er beabsichtige, die drei angefochtenen Verfügungen aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese den Sachverhalt weiter abkläre und eine neue Verfügung erlasse, was sich im Ergebnis auch zu seinen Ungunsten auswirken könne (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4). In diesem Zusammenhang wurde dem Beschwerdeführer Frist zur Stellungnahme und allfälligem Beschwerderückzug gegeben. Mit Eingabe vom 30. Oktober 2018 erklärte der Beschwerdeführer, er halte an der Beschwerde fest (act. 21).

**I.**

Auf die weiteren Ausführungen der Parteien und die vorgelegten Beweismittel ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

**Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:****1.**

**1.1** Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach den Vorschriften des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32), des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021 [vgl. auch Art. 37 VGG]) sowie des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1 [vgl. auch Art. 3 Bst. d<sup>bis</sup> VwVG]).

**1.2** Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG, sofern – wie im vorliegenden Fall – keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA), die mit Verfügungen über Rentengesuche befasst (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

**1.3** Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, sodass er im Sinne von Art. 59 ATSG beschwerdelegitimiert ist (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG).

**1.4** Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht (Art. 38 Abs. 4 ATSG; Art. 60 ATSG; Art. 52 VwVG) und auch der einverlangte Kostenvorschuss geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.5** Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

Der Beschwerdeführer war zuletzt als Grenzgänger im Kanton C. \_\_\_\_\_ erwerbstätig und wohnte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in Deutschland, wo er noch heute lebt. Er macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf den Zeitpunkt seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Unter diesen Umständen war die IV-Stelle C. \_\_\_\_\_ zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig und wurden die angefochtenen Verfügungen vom 22. September 2017 zu Recht von der IVSTA erlassen.

## **2.**

**2.1** Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bilden die Verfügungen vom 22. September 2017, mit denen der Anspruch auf eine Invalidenrente aufgrund eines IV-Grades von 55% von 1. Juni 2011 bis zum 29. Februar 2012 auf eine halbe IV-Rente festgesetzt und ab 1. September 2012 von einer ganzen auf eine halbe Rente herabgesetzt wurde. Das am 29. Oktober 2010 unterschriebene Leistungsbegehren ist am 4. November 2010 bei der kantonalen IV-Stelle eingelangt (Vorakten 1). Die Vorinstanz ging von einem frühest möglichen Anspruchsbeginn ab 1. Mai 2011 aus und legte den Beginn mit 1. Juni 2011 fest, da der Beschwerdeführer bis zum 22. Juni 2011 zu 80% erwerbstätig war. Dies wurde nicht gerügt und ist auch nicht zu beanstanden. Aufgrund der Rechtsbegehren streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht vom

Bestehen einer abgestuften Rente ab 1. Juni 2011 (vgl. Sachverhalt Bst. B.d hiervor) ausgegangen ist.

**2.2** Zu beachten ist, dass in den Fällen, in denen die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zuspricht und beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten wird, dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge hat, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d m.w.H.). Das Gericht hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbare Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu prüfen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes [heute: Bundesgericht] I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 m.w.H.).

### **3.**

**3.1** Der Beschwerdeführer besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft und wohnt in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit – wie vorliegend – weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4 m.w.H.), was sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nicht geändert hat (vgl. Urteil des BVGer C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Demnach richten sich die Beurteilung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe alleine nach schweizerischem Recht.

**3.2** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 22. September 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).

**3.3** In zeitlicher Hinsicht sind 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), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügungen vom 22. September 2017 in Kraft standen.

#### **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). 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).

**4.2** Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht. Die Rente wird vom Beginn des Monats, in dem der Rentenanspruch entsteht, ausbezahlt (Art. 29 Abs. 3 IVG).

**4.3** 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.

**4.4** Nach der Rechtsprechung sind die Revisionsbestimmungen (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 88a IVV) bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anwendbar (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen), weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteile BGer 8C\_269/2015 vom 18. August 2015 E. 3.2 und 8C\_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 m.w.H.).

**4.5** Nach Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV). In Art. 88a IVV wird konkretisiert, welche Dauer oder Intensität die Sachverhaltsänderung aufweisen muss, um revisionsrechtlich relevant zu werden. Dabei handelt es sich letztlich um Konkretisierungen des für den Rentenanspruch massgebenden Invaliditätsbegriffs (BGE 133 V 67 E. 4.3.3).

## **5.**

**5.1** Die IV-Stelle prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG, Art. 57 Abs. 3 IVG, Art. 69 Abs. 2 IVV). Die regionalen ärztlichen Dienste stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraus-

setzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen dabei insbesondere die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV).

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

**5.3** 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. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

**5.4** Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, 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 zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit wei-

teren Hinweisen). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet und in sich widerspruchsfrei sind, und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 353 f.). Berichte der behandelnden Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber das Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

**5.5** Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen medizinischen Beurteilung als Bericht, Gutachten oder Stellungnahme (vgl. BGE 125 V 351 E. 3.a; 122 V 157 E. 1c).

**5.6** Nicht auf eigene Untersuchungen beruhende RAD-Berichte (Art. 49 Abs. 3 IVV) können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Art. 59 Abs. 2bis IVG; Art. 49 Abs. 3 IVV; vgl. Urteil des BGer 9C\_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3.1). Ein förmlicher Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung besteht mithin nicht. Eine solche ist indes anzuordnen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen. Ein externes, meist polydisziplinäres Gutachten ist namentlich einzuholen, wenn der interdisziplinäre Charakter einer medizinischen Problemlage dies gebietet, wenn der RAD nicht über die nötigen fachlichen Ressourcen verfügt, sowie wenn zwischen RAD-Bericht und dem allgemeinen Tenor im medizinischen Dossier eine relevante Differenz besteht (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1; 135 V 465 E. 4.6).

**5.7** Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Dieser Grad übersteigt einerseits die Annahme einer blossen Möglichkeit bzw. einer Hypothese und liegt andererseits unter demjenigen der strikten Annahme der zu beweisenden Tatsache. Die Wahrscheinlichkeit ist insoweit überwiegend, als der begründeten Überzeugung keine konkreten Einwände entgegenstehen (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 50).

## **6.**

Zur Beurteilung des Gesundheitszustands liegen folgende Berichte vor:

**6.1** Nach dem Arbeitsunfall vom 5. Dezember 2008 berichtete das Universitätsspital D.\_\_\_\_\_, Neurochirurgie, über eine Hospitalisation vom 5. bis zum 17. Dezember 2008 (Vorakten 4.45, 4.37 und 4.40 [Nachkontrolle]) zur Behandlung der Verletzungen. Es wurden folgende Diagnosen gestellt:

- Offenes Schädelhirntrauma mit Mittelgesichts- und Frontobasisfrakturen
  - Fraktur des Sinus frontalis rechts Vorder- und Hinterwand
  - Fraktur Os frontale mit Einstrahlung in das Orbitadach rechts
  - Fraktur mediale Orbitawand rechts
  - Fraktur Jochbein rechts disloziert
- Durchspießungstrauma Hand links zwischen dem 1. und 2. Strahl
- Nebendiagnose: Arterielle Hypertonie

**6.2** Am 14. September 2009 erlitt der Versicherte im Schlaf einen Krampfanfall, woraufhin er sich zur stationären Behandlung in die Kliniken E.\_\_\_\_\_ begab (Vorakten 4.19). Eine CT Schädel und ein Neurologisches Konsil führten zur Diagnose:

- symptomatische Epilepsie bei St. n. SHT

**6.3** In der Folge gelangten mehrere Berichte des Zentrums Hh.\_\_\_\_\_ zu den Akten

- Bericht vom 18. Oktober 2010 (Vorakten 4.6) über einen stationären Aufenthalt vom 14.-17. September 2010 zur Standortbestimmung im Rahmen der arbeitsmedizinischen Abklärung der SUVA mit folgenden Diagnosen:
  - Symptomatische Epilepsie mit Status nach drei schlafgebundenen, am ehesten generalisierten tonisch klonischen Anfällen im Sinne einer posttraumatischen Spät-Epilepsie (ICD-10 G40.2)
  - bei Status nach offenem Schädel-Hirn-Trauma mit Mittelgesichts- und Frontobasisfrakturen 12/08

- kernspintomographisch 30.08.2010: Kontusionsherd rechts fronto-polar
  - anamnestisch unter Therapie mit Carbamazepin seit 2/10 anfallsfrei
- Bericht vom 21. Februar 2012 (Vorakten 9.68): Unter Carbamazepin sei er zunächst bis September 2011 anfallsfrei geblieben. Danach sei es zu drei weiteren Anfällen gekommen. Da er unter ausgeprägter Müdigkeit leide, sei die antikonvulsive Medikation vom behandelnden Neurologen umgestellt worden. Der Bericht enthält einen neuen Medikationsvorschlag und folgende Diagnosen:
- symptomatische Epilepsie mit bislang schlafgebundenen, vermutlich generalisierten tonisch-klonischen Anfällen im Sinne einer posttraumatischen Spät-Epilepsie (ICD-10 G40.2) bei
    - Status nach offenem Schädel-Hirn-Trauma mit Mittelgesichts- und Frontobasisfrakturen 12/08
    - Kernspintomographisch 29.11.2011 (Universitätsspital D.\_\_\_\_\_) fronto-basal rechts posttraumatische Parenchymdefekte mit FLAIR-hyperintenser Randgliose, ferner in der T2-Sequenz beidseits fronto-basal diskrete Signalauslöschung, die möglicherweise Hämosiderinablagerungen entsprechen
- Bericht vom 18. Juli 2013 (Vorakten 38.18) mit den Diagnosen:
- symptomatische Epilepsie mit bislang schlafgebundenen, vermutlich generalisierten tonisch-klonischen Anfällen im Sinne einer posttraumatischen Spät-Epilepsie (ICD-10 G40.2) bei
  - Status nach offenem Schädel-Hirn-Trauma mit Mittelgesichts- und Frontobasisfrakturen 12/08
  - Kernspintomographisch 29.11.2011 (Universitätsspital D.\_\_\_\_\_) fronto-basal rechts posttraumatische Parenchymdefekte mit FLAIR-hyperintenser Randgliose, ferner in der T2-Sequenz beidseits fronto-basal diskrete Signalauslöschung, die möglicherweise Hämosiderinablagerungen entsprechen
  - Überlieferte Diagnose: Verdacht auf chronische Migräne ohne Aura

**6.4** Zu den zerebralen Krampfanfällen liegen im Weiteren folgende Berichte bei den Akten:

- Der Bericht der Neurologisch-Neurochirurgischen Poliklinik des Universitätsspitals D.\_\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2009 (Vorakten 4.19) geht von einem aktuell aufgetretenem einmaligem epileptischen Grand Mal Anfall am 14. September 2008 aus.

- Am 27. Oktober 2009 (Vorakten 4.30 und 4.39) diagnostizierte der behandelnde Neurologe Dr. F.\_\_\_\_\_, Gemeinschaftspraxis, Neurologie und Psychiatrie
  - o Zustand nach Contusio cerebri im Dezember 08
  - o Verdacht auf beginnende Spätepilepsie mit erstmaligem Krampfanfall
  
- Die Kliniken E.\_\_\_\_\_, Innere Medizin, stellten am 8. Februar 2010 ein Arztzeugnis betreffend den Grand-Mal Anfall vom 14. September 2009 aus (Vorakten 4.30).
  
- Am 13. Mai 2010 (Vorakten 4.19) berichtet die Hausärztin, Dr. G.\_\_\_\_\_, über ärztliche Konsultationen nach drei Grand-Mal Anfällen im Zeitraum vom 14. September 2009 bis zum 15. Februar 2010 sowie Schulterluxationen. Die Anfälle seien trotz regelmässiger Einnahme von Carbamazepin aufgetreten, die Dosis sei vom behandelnden Neurologen nach dem letzten Anfall erhöht worden.
  
- Zwischenbericht des Universitätsspitals D.\_\_\_\_\_, Neurochirurgie, vom 31. Mai 2010 (Vorakten 4.17).
  
- Im Bericht vom 17. Juli 2010 regte Dr. F.\_\_\_\_\_, Gemeinschaftspraxis H.\_\_\_\_\_, an, wegen der Gefahr epileptischer Anfälle die berufliche Situation zu überprüfen. Er stellte folgende Diagnosen:
  - o Zustand nach Contusio cerebri mit Mittelgesichts- und Frontobasisfraktur im Dezember 2008
  - o Spätepilepsie mit erstmaligem Krampfanfall am 14.9.2009
  - o Weitere Krampfanfälle mit Luxation der linken Schulter November und Dezember 2009
  - o Anfallsfrei seit 02/2010 und Carbamazepin 2x400
  - o Leichte Ptose rechts
  
- Eine Kernspintomographie des Schädels vom 30. August 2010 (Vorakten 4.11) enthält folgende Beurteilung: Alter Kontusionsherd re. frontopolar bei Z.n. Frontobasis- und Mittelgesichtsfraktur re. mit Eingriffsfolgen; Metallartefakte in der Frontobasis re. bei. Z.n.OP. Keine Erklärung für die Ptose rechts.
  
- Im Bericht vom 9. März 2011 (Vorakten 9.20) stellt Dr. F.\_\_\_\_\_, Arzt für Neurologie und Psychiatrie folgende Diagnose:
  - o Z.n. offenem Schädel-Hirn-Trauma mit Mittelgesichts- und Frontobasisfraktur am 5.12.2008

- Kernspintomographischer Contusionsherd rechts fronto-polar (MRT 31.8.2010)
- Symptomatische Epilepsie mit drei Schlaf gebundenen generalisiert tonisch-klonischen Anfällen (posttraumatische Spätepilepsie)
- Anfallsfreiheit seit 15.02.2010
- Unauffälliger EEG-Befund, therapeutischer Medikamentenspiegel unter Carbamazepin

Der Versicherte sei seit über einem Jahr anfallsfrei, bis auf die Schulterschmerzen bestünden keine Beeinträchtigungen.

- Im Bericht vom 13. Dezember 2011 (Vorakten 9.55) berichtete der behandelnde Neurologe über Behandlungen nach zwei weiteren zerebralen Krampfanfällen seit September 2011, die Medikation sei umgestellt worden.
- Im Bericht vom 14. März 2012 (Vorakten 14.4) wird über einen erneuten Krampfanfall vom 3. März 2012 berichtet.
- Im Bericht des Universitätsspitals D. \_\_\_\_\_ vom 20. Juni 2012 (Vorakten 17.11) wird über zwei weitere Krampfanfälle berichtet und eine veränderte Medikation vorgeschlagen.
- Ärztlicher Zwischenbericht des behandelnden Neurologen vom 5. November 2012 (Vorakten 17.11)
- In den Berichten des behandelnden Neurologen vom 19. November 2012 und vom 3. Dezember 2012 wird von einem neuerlichen Grand-Mal-Anfall berichtet, woraufhin die Medikation verändert worden sei (Vorakten 17.23).
- Ärztlicher Zwischenbericht des behandelnden Neurologen vom 7. Januar 2013 (Vorakten 17.23).

**6.5** Ab 17. Juni 2011 traten gemäss Bericht der Hausärztin zusätzlich heftige Kopfschmerzen auf (Vorakten 9.40). Aufgrund der Kopfschmerzproblematik gelangten insbesondere folgende Berichte zu den Akten:

- Bericht des behandelnden Neurologen Dr. I. \_\_\_\_\_, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 28. Juni 2011 (Vorakten 9.34), mit der Diagnose
  - Frontaler Kopfschmerz ohne neurologische Komplikation
  - Spätepilepsie bei Zustand nach Contusio cerebri

- Bericht des HNO-Arztes Dr. J. \_\_\_\_\_ vom 4. Juli 2011 samt CT Nasennebenhöhlen (Vorakten 9.40) mit der Diagnose:
  - o Unklare Cephalgie bei Z.n. Schädelbasisfraktur/Stirnhöhlenfraktur vor 2 Jahren; Z.n. Operation über Bügelschnitt mit Plattenstabilisation der Frakturfragmente
- Bericht der Notfallstation des Universitätsspitals D. \_\_\_\_\_ vom 6. Juli 2012 (Vorakten 9.40)
- Bericht von Dr. K. \_\_\_\_\_, Kardiologe, vom 27. Juli 2011 (Vorakten 9.38)
- Ärztlicher Zwischenbericht der Hausärztin, Dr. G. \_\_\_\_\_, vom 24. August 2011 (Vorakten 9.40), worin wöchentliche Konsultationen und ein fehlender Behandlungserfolg bezüglich der Kopfschmerzproblematik festgehalten sind und auf eine Arbeitsunfähigkeit bis auf weiteres geschlossen wurde. Bei Anstrengung würden die Kopfschmerzen sofort stark zunehmen.
- Augenärztlicher Bericht vom 13. September 2011 (Vorakten 9.43)
- MRT des Neurocraniums, Institut L. \_\_\_\_\_, vom 20. September 2011 (Vorakten 9.41)
- Telefonprotokoll der SUVA mit dem Arbeitgeber vom 21. November 2011 (Vorakten 9.48), wonach der Versicherte wegen unerträglicher Kopfschmerzen seit Juni 2011 arbeitsunfähig sei und von einem Arzt zum anderen herumgereicht werde. Laut Arbeitgeber leide der Versicherte „enorm und sei psychisch komplett unten“.
- Bericht des Universitätsspitals D. \_\_\_\_\_, Neurologisch-Neurochirurgische Poliklinik, Prof. M. \_\_\_\_\_, vom 7. Dezember 2011 (Vorakten 9.52) über eine Untersuchung vom 4. November 2011, mit den folgenden Diagnosen:
  - o 1. Verdacht auf chronische Migräne ohne Aura
  - o 2. Posttraumatische symptomatische Epilepsie i. R Dg. 3
  - o 3. Status nach offenem Schädel-Hirntrauma am 5. 12. 2008
  - o 4. Arterielle Hypertonie
- Berichte des Universitätsspitals D. \_\_\_\_\_, Neurologisch-Neurochirurgische Poliklinik, vom 20. Juni 2012 (Vorakten 17.11, 14.20), Diagnosen:

- 1. V. a. chronische Migräne ohne Aura
- 2. Posttraumatische symptomatische Epilepsie I. R. D. 3
- 3. Status nach offenem Schädel-Hirntrauma am 5.12.2008 – St. n. Frontobasis-Revision am 5.12.2008
- 4. Arterielle Hypertonie

Der Versicherte leide unter permanent drückenden Kopfschmerzen und Epilepsie, seit Januar 2012 sei es zu drei Anfallereignissen gekommen, zuletzt unter einer Tagesdosis von 1000mg Levetiracetam. Es werde eine Dosiserhöhung empfohlen. Aufgrund der Kopfschmerzproblematik mit zunehmender körperlicher Anstrengung werde ein Therapieversuch mit Topamax empfohlen.

- Bericht der behandelnden Neurologen Dr. F.\_\_\_\_\_, Dr. I.\_\_\_\_\_, vom 26. Juli 2012 (Vorakten 14.26) mit den Diagnosen:
  - Symptomatische Epilepsie nach offenem Schädel-Hirn-Trauma, chronisches Kopfschmerzsyndrom

Aufgrund der Empfehlungen in (...) sei wegen der Kopfschmerzen zusätzlich zu Keppra das Medikament Topamax gegeben worden. Diese Kombination sei etwas unglücklich. Klinisch stünden die Kopfschmerzen im Vordergrund, die seit der Einnahme von Topamax eher zugenommen hätten.

- Gemäss Bericht der behandelnden Neurologen vom 14. August 2012 (Vorakten 15.3) leide der Versicherte unter Schlafproblemen aufgrund der Medikation, woraufhin diese geändert wurde.
- Im Zwischenbericht des behandelnden Neurologen vom 5. November 2012 (Vorakten 17.11) werden unverändert eine symptomatische Epilepsie nach offenem Schädelhirntrauma und ein chronisches Kopfschmerzsyndrom diagnostiziert.
- Im Bericht des Neurologen vom 6. März 2013 wird festgehalten, es sei seit November zu keinen Anfällen mehr gekommen, die antikonvulsive Medikation scheine zu greifen. Jedoch klagte der Versicherte über anhaltende Übelkeit und Benommenheit, weshalb ein CT Schädel veranlasst worden sei.

**6.6** Im Zuge der Krampfanfälle verletzte sich der Beschwerdeführer wiederholt an den Schultern, woraufhin er mehrfach ärztlich behandelt und viermal operiert wurde.

- Am 30. November 2009 (Vorakten 4.35) diagnostizierte Dr. N.\_\_\_\_\_, Unfallchirurg, eine Schulterluxation rechts nach einem Krampfanfall.
- Am 8. Januar 2010 (Vorakten 4.34) wurde eine Kernspintomographie des rechten Schultergelenks durchgeführt. Im Weiteren ist ein stationärer Aufenthalt vom 4. bis 6. Februar 2010 im Universitätsklinikum O.\_\_\_\_\_, Orthopädie und Traumatologie, dokumentiert, bei dem der Versicherte an der rechten Schulter operiert wurde (Vorakten 4.26 und 4.32). Die Berichte enthalten folgende Diagnose:
  - o Rezidivierende Schulterluxationen (anterior inferior) mit ALPSA-Läsion, grosser Hill-Sachs-Läsion und freien Gelenkkörpern (R) (ICD10 S43.00)
- Dr. P.\_\_\_\_\_, Unfallchirurg, diagnostizierte am 21. Januar und am 1. Februar 2011 (Vorakten 9.9, 9.13, 9.22)
  - o habituelle Schulterluxationen (M24.41)

Es sei im Verlauf nach arthroskopischem Kapselschiff im Februar 2010 erneut zu rezidivierenden Luxationen ca. 5x pro Woche gekommen, weshalb eine stabilisierende Operation i.S. eines knöchernen Pfannenaufbaus durch Korakoidtransfer erforderlich sei. Der Versicherte wurde am 1. Februar 2011 an der rechten Schulter operiert.

- Im Ärztlichen Zwischenbericht vom 20. März 2011 (Vorakten 9.21) hielt Dr. P.\_\_\_\_\_, Unfallchirurg, fest, es sei nach der Pfannenplastik eine Bewegungseinschränkung an der Schulter rechts zu erwarten.
- Am 20. Dezember 2011 (Vorakten 9.56) berichtete Dr. P.\_\_\_\_\_, Unfallchirurg, über eine Schulterluxation links im Zuge eines Krampfanfalls. Im Bericht der Privatkliniken Q.\_\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2011 (Vorakten 9.62) ist folgende Diagnose enthalten, die zur Operation an der linken Schulter vom 13. Dezember 2011 (Vorakten 9.62) führte:
  - o M75.4 Instabile Schulter nach Schulterluxation und grosser Bankart-Läsion (links)

- Am 5. März 2012 (Vorakten 9.70) diagnostizierte Dr. R.\_\_\_\_\_, Zentrum für ambulante Chirurgie, eine Schulterluxation links.
- Am 19. April 2012 (Vorakten 14.10, 14.12) berichtete Dr. P.\_\_\_\_\_, Unfallchirurg, über eine Operation an der linken Schulter (Pfannenplastik). Er stellte folgende Diagnose:
  - o M24.41 Habituelle Schulterluxation (links)
- Im ärztlichen Zwischenbericht vom 13. November 2012 (Vorakten 17.11) berichtete der behandelnde Unfallchirurg von wiederholten Schulterluxationen unter Krampfanfällen. Es bestünden Belastungsschmerzen in beiden Armen, Überkopparbeit und die Arbeit als Zimmermann seien nicht mehr zumutbar.

**6.7** Dr. S.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, stellte im SUVA-kreisärztlichen Bericht vom 2. April 2013 (Vorakten 20.10) folgende Diagnosen:

- Status nach Sturz aus 4 Meter Höhe mit Kopfaufprall und offenem Schädelhirntrauma mit Mittelgesichts- und Frontobasisfrakturen sowie Durchspießungstrauma der linken Hand zwischen dem 1. und 2. Strahl am 5.12.2008
- Status nach Frontobasisrevision rechts und Versorgung der Durchspießungsverletzung an der linken Hand am 5.12.2008
- Posttraumatische Grand-mal-Epilepsie
- Status nach Arthroskopie der rechten Schulter mit Entfernung der freien Gelenkkörper und Refixation des Labrum glenoidale bei rezidivierenden Schulterluxationen nach epileptischem Anfall am 4.2.2010
- Status nach Stabilisation der rechten Schulter mittels Coracoid-Transfer am 1.2.2011
- Status nach Pfannenplastik der linken Schulter bei habitueller Schulterluxation links am 10.4.2012

Die angestammte Tätigkeit als Zimmermann sei nicht mehr zumutbar. Zumutbar seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten bis zur Horizontalen ohne Vibrations- und Schlagbelastung für beide obere Extremitäten und ohne repetitive monotone Bewegungsabläufe für die Schultergelenke. Nicht mehr zumutbar seien Überkopftätigkeiten, wegen der posttraumatischen Epilepsie seien auch Tätigkeiten auf Leiter, Gerüsten und anderen absturzgefährdeten Positionen nicht mehr zumutbar. Ebenso sei das Bedienen gefährlicher Maschinen nicht mehr zumutbar.

Eine berufliche Umschulung sei zwingend notwendig

**6.8** Am 3. April 2013 (Vorakten 19) nahm der RAD, Dr. T. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin zur Aktenlage Stellung.

Diagnosen:

- Posttraumatische symptomatische Epilepsie mit/bei
  - o Status nach offenem Schädel-Hirntrauma am 5.12.2008
  - o St. n. Frontobasis-Revision am 5.12.2008
- Wiederholte Schulterluxationen unter Krampfanfällen
  - o St. n. 2-fachen operativen Eingriffen
- Verdacht auf chronische Migräne ohne Aura

Die bisherige Tätigkeit als Zimmermann sei wegen Selbstgefährdung, aufgrund der Epilepsie, als auch aufgrund der eingeschränkten Schulterfunktion nicht mehr geeignet. Behinderungsangepasste Tätigkeiten seien medizinisch-theoretisch zu 100% zumutbar und zwar ohne Arbeiten in ungesicherter Höhe (auf Leitern und Gerüsten), nicht an gefahrträchtigen Maschinen und Geräten, sowie Tätigkeiten, die nicht das Führen eines fahrausweispflichtigen Motorfahrzeuges erforderten oder die nicht die alleinige Verantwortung für Schutzbefohlene umfassten und keine Arbeiten über Schulterhöhe links.

**6.9** Am 15. April 2013 (Vorakten 29) äusserte sich Dr. Z. \_\_\_\_\_, in einer SUVA-kreisärztlichen Neurologischen Beurteilung der Kopfschmerzen. Versicherungsmedizinisch sei einzig die posttraumatische Epilepsie relevant; diesbezüglich sei die qualitative Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im Bericht des Hh. \_\_\_\_\_ vom 21.2.2012 festgestellt und in der Zumutbarkeitsbeurteilung vom Kreisarzt Dr. S. \_\_\_\_\_ berücksichtigt worden. Es sei davon auszugehen, dass die Kopfschmerzen behandelbar seien und nicht zwingend zu einer Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit führen müssten. Weitere Abklärungen der unfallfremden Kopfschmerzen lägen nicht im Zuständigkeitsbereich der Unfallversicherung.

Auf eine gegenteilige Stellungnahme des behandelnden Neurologen hin hielt der SUVA-Kreisarzt an der Kausalitätsbeurteilung betreffend die Kopfschmerzen fest (Vorakten 38.14).

**6.10** Am 8. August 2013 (Vorakten 33) gelangte der Schlussbericht der BE-FAS-Abklärung des Spitals W. \_\_\_\_\_ zu den Akten. Darin äusserte sich Dr. X. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Physikalische Medizin, zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Mangels Gesamtsicht,

die die neurologischen Beschwerden und geltend gemachten Kopfschmerzen berücksichtigt, äusserte er sich nicht abschliessend zur Arbeitsfähigkeit.

**6.11** Auf der Grundlage der BEFAS-Abklärung erstellte die IV-Stelle am 26. August 2013 einen Abschlussbericht zur Frage der Eingliederungsmassnahmen. Aufgrund der Verunsicherung in die eigene Leistungsfähigkeit und der daraus resultierenden Blockade im Hinblick auf eine berufliche Neuorientierung werde eine BEFAS durchgeführt. In der BEFAS werde festgehalten, dass zurzeit auch in einer Verweistätigkeit nur eine sehr geringe Arbeitsleistung erzielt werde (ca. 30%), mit einer tendenziellen Verschlechterung der Arbeitsleistung im Verlauf der BEFAS.

In einer Verweisungstätigkeit werde die Arbeitsfähigkeit von 30% angegeben (bei einem Pensum von 60% und 50% Leistungseinschränkung). Jeglicher Arbeitsversuch führe zu einem erhöhten Pausenbedarf und einem frühzeitigen Abbruch des täglichen Arbeitspensums. Ein Trainingseffekt sei nicht zu beobachten. Es werde eher eine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit im Verlauf der Abklärung ausgewiesen.

**6.12** Auf Empfehlung des RAD gab die IV-Stelle bei Dr. Y.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, ein Gutachten in Auftrag. Aus dem Gutachten vom 17. Februar 2014 (Vorakten 49) gehen folgende Diagnosen hervor:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Zustand nach schwerer Schädel-Hirn-Verletzung am 5.12.2008 mit unter anderem

- Fraktur der Vorder- und Hinterwand des Sinus frontalis rechts, Fraktur des Os frontale mit Einstauchung in das Orbitadach rechts sowie der medianen Orbitawand auf dieser Seite sowie Fraktur des Jochbeins rechts, posttraumatische Parenchymdefekte fronto-basal rechts (MRI vom 29.11.2011)
- symptomatischer Epilepsie
- leicht bis mässig ausgeprägten kognitiven Defiziten mit frontalen sowie subcorticalen Hirnfunktionsstörungen
- belastungsabhängigen Kopf- und Gesichtsschmerzen als wahrscheinliche Folge der oben erwähnten Verletzungen, möglicherweise in Zusammenhang sekundärer narbiger Veränderungen nach schweren Verletzungen

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: keine

Es empfehle sich eine weitere Abklärung durch ein Zentrum für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.

Aus neurologischer Sicht betrage die Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf als Zimmermann wegen der Epilepsie 100%. Weiters seien Arbeiten mit erhöhten Anforderungen an die Fähigkeit, neue Inhalte aufzunehmen, sowie auch erhöhten Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit wegen der kognitiven Beeinträchtigungen auf Dauer nicht möglich. Wegen der belastungsabhängigen Kopfschmerzen seien keine Arbeiten, welche eine körperliche Belastbarkeit voraussetzten, möglich. In anderen Tätigkeiten betrage die Arbeitsfähigkeit 50%.

**6.13** Der RAD nahm am 18. Februar 2014 (Vorakten 51) zum Gutachten Stellung und übernahm vollinhaltlich die darin aufgeführten Diagnosen. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte er sich wie folgt: Der Beschwerdeführer sei seit Juni 2011 zu 100% in der angestammten Tätigkeit arbeitsunfähig. In einer Verweistätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 50%. Das Belastungsprofil der Verweistätigkeit legte er wie folgt fest: Leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne Eigen- und Fremdgefährdung (kein Arbeiten auf Leitern/Gerüsten und an gefährlichen Maschinen), ohne hohe Anforderungen an die Kognition und Konzentrationsfähigkeit.

**6.14** Am 26. März 2014 (Vorakten 54) äusserte sich der Kreisarzt Dr. Z.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, zur Aktenlage und lehnte die Kausalitätsbeurteilung des Gutachters betreffend die Kopfschmerzen ab.

**6.15** Im Bericht vom 27. März 2014 (Vorakten 56) des Epilepsiezentrum, Universitätsklinik Aa.\_\_\_\_\_, hielten Dr. Bb.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, und Dr. Cc.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, folgende Diagnosen fest:

- Strukturelle Epilepsie bei Z. n. offenem Schädelhirntrauma III. Grades 2008 (S 06.9) mit nächtlichen bilateral tonisch-klonischen Anfällen (G 40.6) mit rezidivierenden Schulterluxationen und fraglichen epigastrischen Phänomenen (G 40.1) sowie
- konsekutiven Gedächtnisstörungen (R 41.3) und rezidivierenden schweren Cephalgien (R 51)

Anfallssemiologie:

Typ I: Bilateral tonisch-klonische Anfälle (Dauer: ungewiss, bis zu 10 Minuten; zwischen 1x im Vierteljahr bis 1x in 12 Monaten; zuletzt am

3. März 2014): stets aus dem Schlaf heraus aufgetretene, initiale Tonisierung mit ausgeprägten, lang andauernden heftigen bilateralen Kloni, stets Zungenbissverletzungen, stets postiktale Myalgien, häufige iktale Enuresis, wiederholtes anfallsbedingtes Auftreten von seitenwechselnden Schulterluxationen;

Typ II: Fragliche epigastrische Auren (Dauer: wenige Sekunden, Frequenz: belastungsabhängig, zum Teil täglich) ohne zeitlichen Zusammenhang zu den Anfällen Typ I, häufig provozierbar durch das Heben schwerer Lasten, heftig plötzlich auftretende Übelkeit mit Würgereiz 2 – 3 x hintereinander, zum Teil begleitet von rechtsseitigen Cephalgien starken Ausmasses.

Zur differentialdiagnostischen Abklärung folgte ein stationärer Aufenthalt im Epilepsiezentrum vom 12. bis 20. Juni 2014 (Vorakten 65), bei dem festgestellt wurde, die Würgattacken seien nicht epileptischer Ursache, es gebe keine Hinweise auf eine koronare Ursache, weshalb die Diagnose offengelassen werden müsse.

**6.16** Am 17. Juli 2014 (Vorakten 61) berichtete Dr. Dd.\_\_\_\_\_, Arzt für Neurologie und Psychiatrie über eine Konsultation aufgrund eines erneuten nächtlichen tonisch-klonischen Anfall.

**6.17** Am 15. August 2014 (Vorakten 61) gelangte ein Bericht des Universitätsspitals D.\_\_\_\_\_, Neurologisch-Neurochirurgische Poliklinik über die Konsultation wegen gleichbleibender permanenter Kopfschmerzen zu den Akten. Die Schmerzen seien von pulsierendem Charakter, wobei es bei körperlicher oder geistiger Belastung zu deutlicher Verstärkung der Schmerzen komme.

**6.18** Im Bericht vom 9. September 2014 (Vorakten 61.3) des Instituts Ee.\_\_\_\_\_, des Zentrums Hh.\_\_\_\_\_ hielten Dr. Ff.\_\_\_\_\_, neuropsychologischer Gutachter und Diplom-Psychologe und Dr. Gg.\_\_\_\_\_, Neuropsychologin, folgende Diagnosen fest:

- Leichte bis mittelgradige Funktionseinschränkungen; Minderleistungen im Bereich attentionaler und exekutiver Funktionen mit sekundären Einschränkungen beim Lernen und freien Spätabruf von unstrukturierter verbaler oder figuraler Information und der visuo-motorischen Koordination (ICD-10 F07.8).

- Im Vordergrund attentionaler und exekutiver Minderleistungen sind psychomotorische Verlangsamung, leichte Einschränkung der Handlungsplanung und -strukturierung, diskrete Einschränkung der mentalen Flexibilität bei generativen Anforderungen. Visuell räumliche Merkspanne verkürzt. Schwierigkeiten beim Lernen. Unklar, in welchem Ausmass antiepileptische Medikation zum langsamen Arbeitstempo beiträgt; Modulation durch Schmerz möglich, jedoch nicht in relevantem Ausmass zu beobachten. Reduzierte Lesekompetenzen, unter Berücksichtigung der anamnestischen Angaben als Residuen einer kongenitalen Dyslexie (ICD-10 F81.0).

Aus neuropsychologischer Sicht bestehe im angestammten Beruf als Zimmermann in Vorarbeiterfunktion eine Arbeitsfähigkeit von 36%. Bei strukturierten Tätigkeiten ohne Leitungsfunktion eine Restarbeitsfähigkeit von 50%. Die Umschulung sei aufgrund der Beeinträchtigungen erschwert. Die Stimmung sei etwas gedrückt, derzeit bestünden keinerlei Perspektiven bezüglich der weiteren beruflichen aber auch privaten Laufbahn. Es werde eine Unterstützung bei einer psychologischen/psychiatrischen Fachperson empfohlen.

**6.19** In der Stellungnahme vom 23. September 2014 (Vorakten 63) hielt der RAD, Dr. T.\_\_\_\_\_, fest, die versicherungsmedizinische Stellungnahme (AF 36% angestammte Tätigkeit, 50% angepasste Tätigkeit) sei eine weitgehende Bestätigung der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der IV-Stelle.

**6.20** Gemäss Bericht von Dr. Cc.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, vom 28. April 2015 (Vorakten 69) berichtete der Versicherte, einmal erwacht zu sein und unter Myalgien gelitten zu haben. Wahrscheinlich habe er aus dem Schlaf heraus einen Anfall erlitten. Sie stellte die Diagnosen:

- Strukturelle Epilepsie bei Z. n. offenem Schädelhirntrauma III. Grades 2008
- mit nächtlichen bilateral tonisch-klonischen Anfällen (G40.6) mit rezidivierenden Schulterluxationen
- mit rezidivierenden Schulterluxationen
- konsekutive Gedächtnisstörung (R41.3)
- V.a. zusätzliche epigastrische Auren
- rez. Cephalgien (R51)

Im Bericht vom 28. August 2015 (Vorakten 73) hielt sie an den Diagnosen fest und diagnostizierte zusätzlich:

- Tinnitus aurium

- LWS-Syndrom

Der Status sei abgesehen vom Lendenwirbelsyndrom gleichbleibend. Der Tinnitus stehe eher nicht im Zusammenhang mit der Epilepsie.

Im Bericht vom 16. Februar 2016 (Vorakten 79) hielt sie fest, der Patient gebe an, einmal mit Myalgien erwacht zu sein, ohne sich vorher körperlich betätigt zu haben. Sie diagnostizierte zu den vorangegangenen Diagnosen zusätzlich eine

- reaktive depressive Verstimmtheit

Im Bericht vom 26. April 2016 (Vorakten 79) hielt sie betreffend die Kopfschmerzen fest, er habe erneut hochfrequent an Kopfschmerzen gelitten, Hinweise auf eine Migräne ergeben sich weiterhin an keiner Stelle. Sie stellte zusätzlich folgende Diagnose:

- rez. re.-seitigen Cephalgien (R51)
- im Übergang in medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerz

Am 15. Juni 2016 (Vorakten 80) wiederholte sie die gleichlautenden Diagnosen bei gleichbleibendem neurologischem Status.

**6.21** In der Folge holte die SUVA zweimal eine Neurologische Beurteilung von Dr. Z. \_\_\_\_\_ ein, der bei der bisherigen Einschätzung blieb, dass keine Kausalität bezüglich der Kopfschmerzen oder Migräne vorliege (Vorakten 79, 80.4). Es sei der Endzustand der medizinischen Entwicklung erreicht. Im Bericht vom 16. Februar 2016 (Vorakten 79) hielt er fest, als zumutbare Leistungsfähigkeit sei aus neurologischer Sicht eine mittelschwere Tätigkeit ohne Leitungsfunktion ganztags mit reduziertem Rendement 50% zumutbar. Unter Berücksichtigung der Beurteilung des Chirurgen, Kreisarzt Dr. S. \_\_\_\_\_, vom 2. April 2013, sei der Schweregrad auf leicht bis mittelschwer anzupassen. Der Versicherte sei auf strukturierte Arbeitsabläufe angewiesen, es bestehe eine Beeinträchtigung für Arbeiten in ungesicherter Höhe oder mit erhöhter Absturzgefahr. Es bestehe keine Beeinträchtigung hinsichtlich der Arbeit an rotierenden Maschinen. Es bestehe keine Fahrtauglichkeit als Berufschaffeur.

**6.22** In der Folge liess die SUVA eine psychiatrische Untersuchung durchführen (Vorakten 79.5). Diese ergab, dass aus versicherungsmedizinischer

Sicht keine Diagnose gestellt werde. Der Patient sei nachdenklich bezüglich seiner Zukunft, aber durch die Arbeit auf dem elterlichen Hof sozial gut eingebunden und beschäftigt.

**6.23** Der RAD, Dr. T. \_\_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin, nahm zum Dossier drei weitere Male Stellung:

- Gemäss Bericht vom 19. Februar 2016 (Vorakten 76) sei keine Änderung der bisherigen Beurteilung vorzunehmen
- Laut Bericht vom 16. August 2016 (Vorakten 82) erfolge keine Änderung der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Die kreisärztliche neurologische Beurteilung ergebe einen stabilen Verlauf hinsichtlich der posttraumatischen Epilepsie. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht wurde keine Diagnose gestellt. Es bestünden keine Hinweise für eine affektive Störung, Anpassungsstörung oder hirnorganisches psychiatrisches Leiden. Es handle sich um eine unauffällige Psychopathologie. Während der BEFAS Abklärung sei ein BDI durchgeführt worden, welcher unauffällig geblieben sei. Die Stimmung des Versicherten sei als gut beschrieben worden. Im Dossier fänden sich keine Symptome, welche im Verlauf zu einer psychiatrischen Abklärung geführt hätten. Rückblickend liessen sich, wie in der Exploration, keine psychischen Symptome ausmachen. Der Versicherte sei verständlicherweise nachdenklich bezüglich seiner Zukunft, aber durch die Arbeit auf dem elterlichen Hof sozial gut eingebunden und beschäftigt.
- Der Bericht vom 19. August 2016 (Vorakten 84) beinhaltet zur Arbeitsfähigkeit Folgendes: In der angestammten Tätigkeit bestehe seit Dezember 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. In einer Verweistätigkeit seien leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar, ohne Eigen- und Fremdgefährdung (kein Arbeiten auf Leitern/Gerüsten und an gefährlichen Maschinen aufgrund der Epilepsie), ohne hohe Anforderungen an die Kognition und Konzentrationsfähigkeit. Ab 22. 6. 2011 bis 12.12.2011 betrage die Arbeitsfähigkeit 50% gemäss dem neurologischen Gutachten; ab 13. Dezember 2011 bis 31. Mai 2012 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100% wegen zwei Schulteroperationen und Rekonvaleszenz; ab Juni 2012 stand die Kopfschmerzproblematik im Vordergrund, so dass die Beurteilung des neurologischen Gutachtens von einer 50%igen

Arbeitsunfähigkeit ab diesem Zeitpunkt angenommen werden könne.

- In der Stellungnahme vom 24. März 2017 empfahl der RAD, an der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von 50% für behinderungsangepasste Tätigkeiten festzuhalten, da die Kopfschmerzproblematik im Gutachten angemessen berücksichtigt worden sei.

**6.24** Auf Beschwerdeebene nahm der RAD, Dr. T.\_\_\_\_\_, erneut am 8. Dezember 2017 zum medizinischen Dossier Stellung und hielt an der 50%igen Arbeitsfähigkeit für Verweistätigkeiten fest. Zunächst wiederholte er die Arbeitsfähigkeitseinschätzung der SUVA vom 16. Februar 2016 (vgl. E. 6.22 hiervor). Im Folgenden diskutierte er die Auswirkung unfallfremder Beeinträchtigungen, welche von der SUVA nicht berücksichtigt worden seien. Da die Dyslexie bereits vor dem Unfall bestanden habe, könne nicht geschlossen werden, diese habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (allenfalls bestehe ein Einfluss auf die Ausbildungsfähigkeit). Aus versicherungsmedizinischer Sicht seien die Auswirkungen der Kopfschmerzen in der durch den neuropsychologischen Gutachter begründeten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 50% - bei formal nur einem knapp durchschnittlichen allgemeinen kognitiven Leistungsvermögen mit leichter bis mittelgradiger kognitiver Leistungsfähigkeit - mitenthalten. Laut Gutachter Dr. Y.\_\_\_\_\_ ergebe sich die Beeinträchtigung von 50% bei chronischen Kopfschmerzen und dadurch verminderter Ermüdbarkeit und Belastbarkeit.

## 7.

**7.1** Im vorliegenden Verfahren unstrittig ist, dass für die bisherige Tätigkeit als Zimmermann eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit besteht. Für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit in Verweisungstätigkeiten hat sich die Vorinstanz insbesondere auf das neurologische Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_\_, die kreisärztliche Untersuchung von Dr. S.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, sowie die Stellungnahmen des RAD Dr. T.\_\_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin, gestützt.

**7.2** Aufgrund der Beschwerdebegehren streitig und zu prüfen ist die Frage, ob von Juni 2011 bis Dezember 2011 und danach wiederum ab Juni 2012 bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügungen vom 22. September 2017 auf der Grundlage der medizinischen Berichte auf eine Arbeitsfähigkeit von 50% für Verweistätigkeiten geschlossen werden kann und ob der leidensbedingte Abzug von 5% zu Recht erfolgt ist.

**7.3** Wie aus der Vernehmlassung hervorgeht, stützte sich der angefochtene Entscheid neben dem monodisziplinären Neurologischen Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_\_ und dem kreisärztlichen Untersuchungsergebnis von Dr. S.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, massgeblich auf die Einschätzung des RAD Dr. T.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin. Aufgabe des 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. Urteil BGer 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Die Stellungnahmen des RAD müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (vgl. oben E. 5.5 und 5.6). Vorliegend ist zu berücksichtigen, dass der RAD-Arzt seine Beurteilungen nicht aufgrund eigener Untersuchungen abgegeben hat, sondern lediglich die vorhandenen Befunde aus versicherungsmedizinischer Sicht würdigte. Stellungnahmen des RAD 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. E. 5.6 hiervor; 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 eine Aktenbeurteilung des RAD 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; Urteile BGer 8C\_874/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3 und 9C\_8/2011 vom 21. Februar 2011 E. 4.1.3). Entscheidend ist somit, ob es die vorliegenden medizinischen Akten erlaubten, sich ein lückenloses und einheitliches Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen, und ob die Schlussfolgerungen des RAD nachvollziehbar und schlüssig sind.

**7.4** Aus den Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer insbesondere an Beschwerden aufgrund einer posttraumatischen Epilepsie und chronischer Kopfschmerzen sowie als Folge der Krampfanfälle an Schulterbeschwerden leidet. Neu vorgebracht werden auch Leiden des Rückens (LWS-Syndrom) sowie in den ärztlichen Berichten ein Tinnitus, Würgereiz, medikamenteninduzierter Dauerkopfschmerz und eine depressive Verstimmung. Es liegen mehrere Faktoren vor, die sich auf die Arbeitsfähigkeit des

Beschwerdeführers auswirken. Bei komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie der vorliegenden muss die Einschätzung der Leistungsfähigkeit grundsätzlich auf einer umfassenden, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierender Grundlage erfolgen. Zweck solcher interdisziplinärer Gutachten ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Insbesondere beim Zusammenwirken von physischen und psychischen Beeinträchtigungen ist es nicht gerechtfertigt, die somatischen und psychischen Befunde isoliert abzuklären. Vielmehr ist eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen (Urteil des BGer 8C\_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2). Dem medizinischen Dienst standen für die Aktenbeurteilung zwar zahlreiche fachärztliche Berichte und Gutachten zur Verfügung; bei diesen handelt es sich allerdings, wie der Beschwerdeführer zu Recht vorbringt, nicht um allseitige Einschätzungen, welche das Zusammenwirken der verschiedenen Gesundheitsbeeinträchtigungen rechtsgenügend berücksichtigten. Dr. Y.\_\_\_\_\_ hat seiner Fachdisziplin entsprechend eine neurologische Schätzung der Arbeitsfähigkeit abgegeben. Doch konnten sich die IVSTA und der RAD in ihrer Beurteilung nicht darauf abstützen, da eine orthopädische Sicht auf die funktionellen Einschränkungen fehlt. Im Weiteren ist der Versicherte im Jahr 2013 durch einen Chirurgen kreisärztlich untersucht worden. Dr. Z.\_\_\_\_\_, Neurologe, hat sich zwar in seiner neurologisch-psychiatrischen Beurteilung für die SUVA auch ausserhalb seines Fachgebiets zum Problem der Schulterluxationen und der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit geäussert, diesbezüglich hat er jedoch keine Untersuchungen durchgeführt und die Auswirkungen der Schulterproblematik nicht näher erläutert. Im Übrigen weist Dr. X.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Physikalische Medizin in der BEFAS-Abklärung vom 8. August 2013 überzeugend darauf hin, dass die medizinische Bewertung der Leistungsfähigkeit aufgrund der offenen versicherungsmedizinischen Fragestellung in Bezug auf die Kopfschmerzen nicht abgeschlossen werden könne. Dr. Y.\_\_\_\_\_ hat in seinem Gutachten diesbezüglich vorgeschlagen, die Beurteilung eines HNO-Arztes einzuholen, was bisher noch nicht erfolgt ist. Schliesslich ist zu beachten, dass Dr. X.\_\_\_\_\_ in der Statuserhebung (vgl. Anhang A, Schlussbericht BEFAS) zum Ergebnis kam, die Lendenwirbelsäule sei in allen Achsen frei und indolent beweglich. Auch aus der Untersuchung von Kreisarzt Dr. S.\_\_\_\_\_, auf die sich die Vorinstanz und der RAD massgeblich in der Beurteilung der somatischen Beeinträchtigungen stützten, gehen keine Rückenbeschwerden hervor. Hingegen weist das medizinische Dossier diesbezüglich auf eine mögliche

Statusänderung hin, da die behandelnde Neurologin, Dr. Cc. \_\_\_\_\_, seit 28. August 2015 in ihrer Diagnosestellung wiederholt darauf hingewiesen hat, dass nunmehr ein LWS-Syndrom vorliege. Im Weiteren stellte sie auch neu ab 26. April 2016 einen medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerz fest. Wie diese Entwicklungen, wie auch der von ihr diagnostizierte Tinnitus aurum, versicherungsmedizinisch zu beurteilen sind, geht aus den Unterlagen der IVSTA nicht hervor. Schliesslich weisen verschiedenste Arztberichte auf das Vorliegen depressiver Symptome hin. In der psychiatrischen Untersuchung der SUVA vom 12. Mai 2016 wurde festgehalten, dass aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine Diagnose gestellt werde, worauf sich die IVSTA in ihrer Vernehmlassung stützte. Aus dem Querschnittsbericht geht jedoch nicht hervor, ob die depressive Verstimmung nun remittiert sei. Das Dossier weist einen phasenweisen Verlauf auf, zumal die behandelnde Neurologin am 15. Juni 2016 wiederum eine reaktive depressive Verstimmtheit diagnostizierte. In Bezug auf den somatischen Status ist schliesslich auch nicht klar, ob dem RAD sämtliche medizinische Unterlagen vorgelegt wurden, zumal er in der Stellungnahme vom 3. April 2013 davon ausgeht, der Versicherte sei zweimal an den Schultern operiert worden, und auf die damals von ihm getroffene versicherungsmedizinische Einschätzung in späteren Stellungnahmen Bezug nahm, obwohl dies im Widerspruch zur medizinischen Aktenlage stand (vier Operationen). Auch weisen die versicherungsmedizinischen Würdigungen des RAD Unsicherheiten auf. Zunächst ging er von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aus, seit dem neuropsychologischen Bericht des H.h. \_\_\_\_\_ vom 9. September 2014 (vgl. E. 6.18 hiavor) gab er an, eine 36%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestätige die bisherige Einschätzung, von der er im späteren Verlauf wieder abgerückt ist (vgl. Beilage zur Vernehmlassung: „unzweifelhaft liege eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor“). In den Akten befindet sich damit keine rechtsgenügende polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers, auf die sich der RAD hätte stützen können.

**7.5** Aus den genannten Gründen kann nicht auf die Einschätzung des RAD sowie auf das monodisziplinäre Gutachten von Dr. Y. \_\_\_\_\_ abgestellt werden. Zwar entspricht das Gutachten den rechtlichen Vorgaben an einen beweiswertigen Arztbericht (vgl. E. 5.4 hiavor), doch reicht die monodisziplinäre Sicht nicht aus, allseitige Einschätzungen über die Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Auch die übrigen ärztlichen Berichte und kreisärztlichen Untersuchungen enthalten keine sämtliche Leiden berücksichtigende, den Beweisanforderungen genügende Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit. Daher lässt sich

der Invaliditätsgrad aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beurteilen. Die Vorinstanz hätte sich unter diesen Umständen nicht mit der Einholung eines monodisziplinären Gutachtens und einer Aktenbeurteilung des RAD begnügen dürfen, sondern hätte mit Blick auf die unklare Aktenlage weitere Abklärungen tätigen müssen.

**7.6** Zu prüfen ist im Weiteren die Frage des umstrittenen leidensbedingten Abzugs im Rahmen der Berechnung des Invalideneinkommens.

**7.6.1** Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne aus invaliditätsfremden Gründen herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), welche nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Dabei erlaubt ein Abzug vom statistischen Lohn von insgesamt höchstens 25%, den verschiedenen Merkmalen, die das Erwerbseinkommen zu beeinflussen vermögen, Rechnung zu tragen (BGE 126 V 75 E. 5). Ein Abzug soll nicht automatisch, sondern dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Versicherte wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale seine gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 134 V 322 E. 5.2).

**7.6.2** Das Bundesverwaltungsgericht prüft, ob der Entscheid, den die IV-STA nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen müssen. Bei der Überprüfung des gesamthaft vorzunehmenden Abzuges, der eine Schätzung darstellt und von der Verwaltung kurz zu begründen ist, darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen (BGE 126 V 75 E. 6).

**7.6.3** Die Vorinstanz gewährte einen Abzug von 5%, da der Beschwerdeführer nur mehr einer Teilzeitarbeit nachgehen könne. Die Gewährung des Abzugs aufgrund der lohnmindernden Auswirkung der Teilzeitarbeit bei Männern ist an sich nicht zu beanstanden. In der Festsetzung und Begründung des leidensbedingten Abzugs fehlt aber noch eine Berücksichtigung, dass der Beschwerdeführer unter Epilepsie leidet, was sich laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung zusätzlich lohnmindernd auswirken kann, da

die betroffenen Personen nach den erlittenen Krampfanfällen häufig ausfallen können, was sich lohnmindernd auswirken könne (vgl. BGer 9C\_882/2010 vom 25. Januar 2011). Im vorliegenden Fall ist bei der Festsetzung des leidensbedingten Abzugs zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer, der zwei bis viermal jährlich Krampfanfälle erleidet, am darauffolgenden Tag durch Myalgien beeinträchtigt ist und in der Folgezeit häufig ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen muss, unter anderem, weil er sich an seinen Gelenken verletzt hat, wobei dies in der Vergangenheit jeweils zu längeren Ausfällen geführt hat.

## **8.**

**8.1** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im vorinstanzlichen Verfahren infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben sind. Da bisher noch keine polydisziplinäre, sämtliche Leiden umfassende Untersuchung und allseitige Einschätzung der medizinischen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vorgenommen wurde, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen. Die Beschwerde ist folglich insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Die Vorinstanz ist anzuweisen, unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte sowie Beizug weiterer verfügbarer medizinischer Unterlagen eine fachärztliche, polydisziplinäre Begutachtung des Gesundheitsschadens des Beschwerdeführers sowie von dessen Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit in der Schweiz vorzunehmen. Je nach Diagnosestellung (Lendenwirbelsyndrom; psychische Leiden) wird allenfalls die Rechtsprechung zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden gemäss BGE 141 V 281 und die mit BGE 143 V 418 jüngst geänderte Rechtsprechung des Bundesgerichts, gemäss welcher sämtliche psychische Leiden zu berücksichtigen sind, damit eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren möglich sein wird. Anschliessend hat die Vorinstanz unter Berücksichtigung der obigen Ausführungen zum leidensbedingten Abzug einen Einkommensvergleich durchzuführen und neu zu verfügen (vgl. Art. 61 Abs. 1 VwVG).

**8.2** Die vorzunehmende Rückweisung beinhaltet die Gefahr einer reformatio in peius, da die von der Vorinstanz mit den angefochtenen Verfügungen zugesprochenen abgestuften Renten in Frage gestellt werden (vgl. BGE

137 V 314 E. 3.2.4). Dem Beschwerdeführer wurde daher vorgängig das rechtliche Gehör gewährt. Mit Eingabe vom 30. Oktober 2018 erklärte er, an der Beschwerde festhalten zu wollen.

## **9.**

**9.1** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 137 V 210 E. 7.1), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 800.– ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz können keine Verfahrenskosten auferlegt werden (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

**9.2** Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz (Art. 64 Abs. 1 VwVG, Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers macht mit der eingereichten Honorarnote vom 30. Oktober 2018 (vgl. BVGer-act. 21) für die Zeit vom 17. Januar 2017 bis zum 30. Oktober 2018 einen anwaltlichen Aufwand von 22,5 Stunden à Fr. 250.- und Auslagen von Fr. 500.40 (864 Fotokopien à Fr. 0.50 und Kosten für Porti Telefonate von Fr. 68.40), zuzüglich Mehrwertsteuer von Fr. 484.-, also insgesamt Fr. 6'609.40.- geltend.

Mit Blick auf den notwendigen Aufwand ist für das vorliegende Verfahren festzuhalten, dass lediglich der Aufwand seit dem 19. Oktober 2017 ("Akttenstudium, Ausarbeitung Beschwerde" ) zu berücksichtigen ist. Der vor diesem Datum angefallene Aufwand von 6,9 Stunden ist nicht dem Beschwerdeverfahren zuzurechnen und daher vorliegend nicht zu entschädigen.

Zu prüfen bleibt, ob der nach diesen Abzügen übrig gebliebene Aufwand von 15,6 Stunden als notwendig zu betrachten und demzufolge vollumfänglich zu entschädigen ist. Der Beschwerdeführer hat im vorliegenden Verfahren im Wesentlichen folgende Rechtsschriften ausarbeiten und einreichen lassen: Beschwerde (9 Textseiten), Replik (8 Textseiten), Stellungnahme zur beabsichtigten Rückweisung (1 Textseite). Mit Blick auf diese

Eingaben und die weiteren deklarierten Aufwendungen, namentlich Aktenstudium, Besprechungen und Korrespondenz mit dem Beschwerdeführer, erweist sich der dafür geltend gemachte Aufwand von 15,6 Stunden als zu hoch. Immerhin vertrat der Rechtsanwalt den Beschwerdeführer bereits im Verwaltungsverfahren, weshalb Kenntnis der Sach- und Rechtslage grösstenteils vorausgesetzt werden darf. Unter Berücksichtigung der obgenannten Umstände, mit Blick auf ähnlich gelagerte Fälle und die im Sozialversicherungsrecht geltende Untersuchungsmaxime ist ein Aufwand von 10 Stunden als angemessen und gerechtfertigt anzusehen. Der geltend gemachte Stundenansatz von Fr. 250.- entspricht dem in der Regel vom Bundesverwaltungsgericht für Parteientschädigungen in Verfahren im Bereich der Invalidenversicherung anerkannten Stundenansatz und ist daher nicht zu beanstanden. Die geltend gemachten Auslagen, bestehend aus Telefonkosten und Kopien, sind zwar ebenfalls seit dem 19. Oktober 2017 zu berücksichtigen, doch sind sie mangels zeitlich detaillierten Angaben vor dieser Zeit nicht zu korrigieren, da sie gemäss den Vorgaben von Art. 11 Abs. 1 und 4 VGKE ausgewiesen sind. Nicht zu berücksichtigen ist schliesslich die geltend gemachte Mehrwertsteuer von Fr. 484.-, da für die anwaltliche Vertretung von Personen mit Wohnsitz im Ausland keine Mehrwertsteuer geschuldet und somit auch nicht zu entschädigen ist (vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a MWSTG [SR 641.20] in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 MWSTG und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE).

Dem Beschwerdeführer ist somit zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung in der Höhe von insgesamt Fr. 3'000.40 (10 Stunden à Fr. 250.- und Auslagen in der Höhe von Fr. 500.40) zuzusprechen.

(Dispositiv nächste Seite)

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtenen Verfügungen vom 22. September 2017 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur weiteren Abklärung und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– wird ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

**3.**

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.40 zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde; Beilage: Formular Zahladresse)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Daniel Stufetti

Anna Wildt

**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 gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: