



---

Abteilung III  
C-6977/2014

## Urteil vom 29. März 2017

---

Besetzung

Richter David Weiss (Vorsitz),  
Richter Daniel Stufetti,  
Richter Beat Weber,  
Gerichtsschreiberin Tania Sutter.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_,  
vertreten durch lic. iur. Josef Flury, Rechtsanwalt,  
Beschwerdeführer,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2,  
Vorinstanz.

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenrevision,  
Verfügung vom 28. Oktober 2014.

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

**A.a** Der am (...) 1958 geborene, heute in Mexiko wohnhafte, italienische Staatsangehörige A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer) ist gelernter Karosseriespengler. Er kam 1971 in die Schweiz und war gemäss eigenen Angaben seit 1987 als selbständiger Karosseriespengler tätig. Am 5. Oktober 1995 meldete er sich wegen eines aufgrund einer Auffahrkollision am 8. September 1994 erlittenen HWS-Distorsionstraumas (sog. Schleudertrauma) bei der damals zuständigen kantonalen IV-Stelle Luzern zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung (IV) an und machte geltend, er leide an Konzentrationsschwäche, dauernden Kopfschmerzen sowie Vergesslichkeit und sei körperlich behindert (vgl. Akten der IV-Stelle Luzern [act.] 1-13 ff.).

**A.b** Am 31. Juli 1996 verfügte die IV-Stelle Luzern eine Umschulung in Form einer einjährigen Handelsschule (act. 2-37 ff.). Am 6. November 1996 sprach die IV-Stelle Luzern dem Beschwerdeführer bei einem Invaliditätsgrad von 100 % für die Zeit von September 1995 bis März 1996 rückwirkend eine ganze Invalidenrente zu (act. 2-22 f.). Sodann gewährte ihm die IV-Stelle Luzern mit Verfügung vom 25. Juni 1998 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % ab 1. September 1997 bis auf weiteres eine ganze IV-Rente (act. 2-4 f.). Am 30. November 2000 wurde eine Rentenrevision eingeleitet (act. 28). Vom 24. März bis 23. Juni 2003 wurde der Beschwerdeführer in der Institution B.\_\_\_\_\_ beruflich abgeklärt (act. 63, 67). Mit Verfügung vom 17. Mai 2004 stellte die IV-Stelle Luzern keine rentenrelevante Änderung fest und bestätigte die bisherige ganze IV-Rente bei einem Invaliditätsgrad von 80 % (act. 84).

**A.c** Im März 2006 wurde eine weitere Revision eingeleitet (act. 112). Mit Vorbescheid vom 4. September 2006 stellte die IV-Stelle Luzern die Aufhebung der Rentenleistungen per 1. September 2005 und den Entzug der aufschiebenden Wirkung einer Beschwerde in Aussicht (act. 122). Gleichzeitig wurden die Rentenzahlungen ohne aktenkundige Mitteilung oder Verfügung eingestellt. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren hob die IV-Stelle Luzern mit Verfügung vom 9. Juli 2007 die Rentenleistungen per 1. September 2006 (und nicht wie zunächst angekündigt per 1. September 2005) auf und entzog einer Beschwerde die aufschiebende Wirkung. Zur Begründung wurde insbesondere ausgeführt, die Auswertung von Observationsunterlagen durch den medizinischen und juristischen Fachdienst

der IV-Stelle Luzern habe ergeben, dass keine klinisch-funktionellen Defizite nach Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) mehr nachweisbar seien, weshalb die frühere Tätigkeit als Karosseriespengler ohne Einschränkung zumutbar sei (act. 122 ff., 137).

**A.d** Mit Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Luzern vom 14. Oktober 2009 (S 07 430 und 630; act. 163) wurde in Gutheissung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde des Beschwerdeführers die Verfügung vom 9. Juli 2007 der IV-Stelle Luzern aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle Luzern zur medizinischen und allenfalls erwerblichen Abklärung sowie zum anschliessenden Erlass einer neuen Verfügung zurückgewiesen. Im Einzelnen erwog das Verwaltungsgericht des Kantons Luzern, dass die ins Recht gelegten Observationsunterlagen erhebliche Zweifel darüber aufkommen liessen, ob die vom Beschwerdeführer angeführten körperlichen Beeinträchtigungen überhaupt (noch) bestehen würden. Zur Beurteilung ob und in welchem Ausmass der Beschwerdeführer im Hinblick auf eine regelmässige Arbeitstätigkeit zum Zeitpunkt der Renteneinstellung (noch) eingeschränkt gewesen sei, erweise sich jedoch eine neue medizinische Abklärung als unerlässlich. Zudem hielt es unter Verweis auf BGE 129 V 370 fest, die Einstellung der Rentenzahlung dauere in Anbetracht der der Beschwerde entzogenen aufschiebenden Wirkung – selbst bei Rückweisung der Sache an die Verwaltung – für den Zeitraum des Abklärungsverfahrens bis zum Erlass der neuen Verwaltungsverfügung fort, sodass einstweilen keine Rente auszurichten sei (vgl. act. 163).

**A.e** In der Folge ordnete die IV-Stelle Luzern mit Mitteilung vom 28. Juni 2010 eine interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers bei der Abklärungsstelle MEDAS C. \_\_\_\_\_ an (act. 184). Der Beschwerdeführer wurde am 8. Dezember 2010 und 11. Januar 2011 neuropsychologisch, orthopädisch und neurologisch begutachtet. Das interdisziplinäre versicherungsmedizinische Gutachten datiert vom 19. September 2011 (act. 215).

**A.f** Mit Schreiben vom 22. August 2013 liess der Beschwerdeführer mitteilen, dass er nun in Mexiko lebe (act. 276). Infolgedessen überwies die IV-Stelle Luzern sämtliche Akten zuständigkeitshalber an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: Vorinstanz; Akten der Vorinstanz [vi act.] 1).

**A.g** Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (vi act. 17, 20) hob die Vorinstanz mit Verfügung vom 28. Oktober 2014 rückwirkend per 1. Mai 2006 die Rentenleistungen auf und entzog einer allfälligen Beschwerde die

aufschiebende Wirkung (vi act. 30). Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich zumindest seit dem Abschluss der Observation am 1. Mai 2006 verbessert. Aus interdisziplinärer Sicht sei die bisherige Tätigkeit mit einer verminderten Leistungsfähigkeit von maximal 20 % noch zumutbar. Weiter seien körperlich mittelschwere bis gelegentlich schwere Tätigkeiten zumutbar, dies ohne verminderte Leistungsfähigkeit und ohne zusätzliche spezielle Anforderungen an das Arbeitsprofil.

**A.h** Gegen diese Verfügung erhob der Beschwerdeführer am 28. November 2014 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragte, die Verfügung sei aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen; die Vorinstanz sei zu verpflichten, eine neutrale polydisziplinäre Begutachtung durchzuführen; eventualiter sei ein neutrales Gerichtsgutachten auf Kosten der IV durchzuführen; die Vorinstanz sei zu verpflichten, die Rentenleistungen ab 1. Mai 2006 bis zum Vorliegen des Gutachtens auszurichten; subeventualiter sei die Vorinstanz zu verpflichten, einen korrekten Einkommensvergleich durchzuführen und den Anspruch auf eine Invalidenrente zu prüfen; subsubeventualiter sei dem Beschwerdeführer in der Zeit vom 1. Mai 2006 bis Ende 2013 eine ganze Rente und ab 1. Januar 2014 mindestens eine Dreiviertels-Rente zuzusprechen; es sei ein zweiter Schriftenwechsel durchzuführen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin (Akten im Beschwerdeverfahren [BVGer act.] 1). Zur Begründung wurde im Wesentlichen angeführt, es lägen keine echtzeitlichen medizinischen Berichte aus dem Jahre 2006 vor. Die rückwirkende Beurteilung der medizinischen Berichte nach dem Unfall durch Experten der Abklärungsstelle stelle lediglich eine im Kontext nicht bedeutsame andere medizinische Würdigung im Nachhinein dar. Eine optimistischere Beurteilung eines gleich gebliebenen Sachverhalts sei keine erhebliche Änderung im Sinne von Art. 17 ATSG.

**B.**

In ihrer Vernehmlassung vom 4. Februar 2015 führte die Vorinstanz aus, die Fachärzte der Abklärungsstelle MEDAS C. \_\_\_\_\_ hätten sich aufgrund der Vorakten, der einlässlichen Anamneseerhebung und der durchgeführten eigenen Abklärungen und Untersuchungen ein zweifelfreies Bild der vorliegenden Leiden des Beschwerdeführers machen können. Zusammenfassend seien sie zum arbeitsmedizinischen Schluss gelangt, dass der Beschwerdeführer bereits vier Wochen nach dem Unfall eine maximal 20 %-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aufgewiesen habe. Dabei handle es sich nicht um eine differenzierte

Würdigung eines gleich gebliebenen Sachverhaltes, liege doch eine gerichtlich festgestellte, unvollständige Sachverhaltsermittlung vor, welche es nun zu schliessen gegolten habe. Entsprechend beantragte sie die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung unter Aufhebung des Rentenanspruchs per 1. September 2006 (BVGer act. 3).

**C.**

Der mit Zwischenverfügung vom 10. Februar 2015 vom Beschwerdeführer einverlangte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.– ging fristgerecht bei der Gerichtskasse ein (BVGer act. 4, 6).

**D.**

Mit Replik vom 12. März 2015 hielt der Beschwerdeführer an seiner Beschwerde und den darin gestellten Anträgen fest (BVGer act. 7).

**E.**

Mit Eingabe vom 31. März 2015 hielt die Vorinstanz an ihrer Vernehmlassung vom 4. Februar 2015 ebenfalls fest (BVGer act. 9).

**F.**

Der Schriftenwechsel wurde mit Verfügung vom 8. April 2015 unter Vorbehalt weiterer Instruktionsmassnahmen vorerst abgeschlossen (BVGer act. 10).

**G.**

**G.a** Mit Verfügung vom 29. Juli 2015 brachte der Instruktionsrichter das Urteil des Bundesgerichts 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 (= BGE 141 V 281) den Parteien zur Kenntnis und gab ihnen Gelegenheit, mit Frist bis zum 14. September 2015 aufgrund der geänderten Rechtsprechung hinsichtlich somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Störungen, eine Stellungnahme abzugeben (BVGer act. 11).

**G.b** Mit Stellungnahme vom 14. September 2015 liess der Beschwerdeführer im Wesentlichen ausführen, er leide nach wie vor an Beschwerden infolge des HWS-Schleudertraumas nach dem Auffahrunfall und es sei ihm weiterhin nicht möglich, einer geregelten Arbeit nachzugehen. Für den Fall, dass das Gericht an den funktionellen Ausfällen und den verbleibenden Ressourcen zweifeln sollte, wurde ein Gutachten beantragt, das im Sinne der neuesten Schmerz-Rechtsprechung durchzuführen sei (BVGer act. 13).

**G.c** Die Vorinstanz beantragte mit Schreiben vom 14. September 2015 die Sistierung des Verfahrens bis am 15. Dezember 2015, da ihre Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes noch nicht zur Anwendung der neuen Standardindikatoren hätten geschult werden können (BVGer act. 14).

**G.d** In seiner Stellungnahme vom 5. Oktober 2015 erklärte der Beschwerdeführer, dass er eine Sistierung des Beschwerdeverfahrens gegebenenfalls akzeptieren werde, betonte aber die Notwendigkeit der beantragten neutralen Begutachtung und bat um erneute Möglichkeit zur Stellungnahme, sobald die Vernehmlassung der Vorinstanz vorliege (BVGer act. 16).

**G.e** Mit Zwischenverfügung vom 12. November 2015 wurde das Beschwerdeverfahren bis zum 15. Dezember 2015 sistiert und der Vorinstanz Gelegenheit gegeben, bis zum 15. Januar 2016 aufgrund der geänderten Rechtsprechung hinsichtlich anhaltender somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Störungen eine medizinisch fundierte Stellungnahme abzugeben (BVGer act. 21).

**G.f** Mit Eingabe vom 16. Dezember 2015 reichte die Vorinstanz die Stellungnahme des medizinischen Dienstes vom 2. Dezember 2015 ein, wonach das strukturierte Beweisverfahren nach erneuter sorgfältiger Prüfung der psychiatrischen Standardindikatoren kein abweichendes Ergebnis gegenüber den Schlussfolgerungen in der Vernehmlassung vom 4. Februar 2015 ergeben habe, und hielt weiterhin an der Abweisung der Beschwerde fest (BVGer act. 24).

**G.g** Der Beschwerdeführer liess sich mit Schlussbemerkungen vom 19. Januar 2016 vernehmen. Er machte geltend, aufgrund der vorhandenen Akten sei es nicht möglich, den Fragekatalog der neuen Rechtsprechung rechtsgenügend zu beantworten, weshalb eine neue Begutachtung erforderlich sei. Im Übrigen hielt er an den bisherigen Stellungnahmen und Anträgen fest (BVGer act. 26).

**G.h** Am 9. Februar 2016 reichte die Vorinstanz ihrerseits Schlussbemerkungen ein und hielt an ihren Anträgen fest. Sie wies insbesondere darauf hin, dass gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert verlieren würden, sofern sie eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben würden (BVGer act. 28).

**H.**

Mit Verfügung vom 25. Februar 2016 wurde der Schriftenwechsel unter Vorbehalt weiterer Instruktionsmassnahmen abgeschlossen (BVGer act. 10).

**I.**

Auf die Ausführungen der Parteien und die Beweismittel ist, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen näher einzugehen.

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

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, Art. 32 und Art. 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung zur Erhebung der Beschwerde legitimiert (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 28. November 2014 einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

**2.**

**2.1** 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).

**2.2** Es ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Urteil des BGer 2C\_393/2015 vom 26. Januar 2016 E. 1.2; BGE 132 II 47 E. 1.3 m.H.).

**3.**

**3.1** Der Beschwerdeführer ist italienischer Staatsangehöriger und war in der Schweiz wohnhaft und erwerbstätig, bevor er nach Mexiko zog, wo er

aktuell seinen Wohnsitz hat. 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. Namentlich haben EU-Staatsangehörige grundsätzlich die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften wie Schweizer Staatsangehörige (Art. 4 der Verordnung [EG] Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, SR 0.831.109.268.1; für die Schweiz in Kraft getreten am 1. April 2012). 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** Die Sache beurteilt sich – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – nach denjenigen materiellen Rechtssätzen, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (vgl. BGE 130 V 329). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (*pro rata temporis*; vgl. BGE 130 V 445).

**3.3** Damit finden im vorliegenden Verfahren grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 28. Oktober 2014 in Kraft standen, weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind (für das IVG: ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IV-Revision], ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision] und – soweit einschlägig – ab dem 1. Januar 2012 in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659; 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket]; zudem die Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] in den entsprechenden Fassungen der 4., 5. und 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket).

#### **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 körper-

lichen, 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). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

**4.2** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung), soweit nicht völkerrechtliche Bestimmungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme ist seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz gegeben, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (vgl. FZA und dazugehörige Verordnungen). Letzteres trifft auf den Beschwerdeführer jedoch nicht zu, da er seinen Wohnsitz aktuell in Mexiko hat. Die Regelung in Art. 29 Abs. 4 IVG stellt nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

**4.3** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Wei-

teren 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).

**4.4** Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

## **5.**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

**5.1** Anlass zur Revision von Invalidenrenten gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist daher nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann etwa revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben oder eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt. Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (Urteil des BGer 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.1 m.H., in: SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81 f.).

**5.2** Die abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen. Eine ärztliche

Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen. Auch eine Veränderung von versicherungsmedizinischen Beurteilungsparametern kann zu einer abweichenden ärztlichen Schlussfolgerung hinsichtlich eines tatsächlich gleich gebliebenen Zustandes führen. Eine neue medizinische Beurteilung etwa, die mit der Entwicklung der Rechtspraxis zur Invalidität bei psychosomatischen Leiden begründet wird, kann weder unter dem Gesichtspunkt von Art. 17 ATSG noch unter einem anderen Anpassungstitel eine neue Beurteilung des Anspruchs veranlassen (vgl. aber die am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmung Bst. a der Änderung des IVG vom 18. März 2011). Eine zwischenzeitlich veränderte Rechtspraxis darf erst im Rahmen einer festgestellten erheblichen Tatsachenänderung berücksichtigt werden. Sie könnte auch nicht als Grundlage für eine Wiedererwägung herangezogen werden, weil deren Voraussetzungen vor dem Hintergrund der Rechtspraxis im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung beurteilt werden (Urteil 9C\_418/2010 E. 4.1 m.H.).

**5.3** Ob sich die tatsächlichen Verhältnisse verändert haben, bestimmt sich anhand eines Vergleichs des Sachverhaltes im Zeitpunkt, in welchem die Rente rechtskräftig gewährt bzw. materiell bestätigt worden ist, mit dem Sachverhalt im Zeitpunkt der Neuurteilung (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5.2). Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil 9C\_418/2010 E. 4.2 m.H.; Urteil des BGer 8C\_168/2014 vom 5. September 2014 E. 4.1.2 m.H.).

**5.4** Die letzte materielle Überprüfung des Leistungsanspruches des Beschwerdeführers fand im Vorfeld der Verfügung vom 17. Mai 2004 statt. Mit dieser Verfügung wurde die bereits bestehende ganze Rente bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % in einer Verweistätigkeit und einem Invaliditätsgrad von 80 % bestätigt (act. 83 f.). Diese Verfügung ist in Rechtskraft erwachsen und bildet den zeitlichen Anknüpfungspunkt für die Prüfung, ob seither eine rentenrelevante Veränderung des Sachverhalts eingetreten ist.

**5.5** Da die Angelegenheit im Rahmen eines ersten Rechtsmittelverfahrens mit Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Luzern vom 14. Oktober 2009 an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung zurückgewiesen wurde, erstreckt sich vorliegend der massgebliche Prüfungszeitraum bis zum Erlass dieser neuen und im vorliegenden Verfahren angefochtenen Verfügung, mithin bis zum 28. Oktober 2014 (vgl. Urteil des BGer 9C\_235/2009 vom 30. April 2009 E. 3.3). Dies bedeutet aber nicht, dass eine Rentenaufhebung nicht rückwirkend bestätigt werden kann. Im Zusammenhang mit der Bestätigung der Rechtsprechung, wonach der mit der revisionsweise verfügten Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente oder Hilflosenentschädigung verbundene Entzug der aufschiebenden Wirkung einer Beschwerde bei Rückweisung der Sache an die Verwaltung auch noch für den Zeitraum dieses Abklärungsverfahrens bis zum Erlass der neuen Verwaltungsverfügung andauert, führte das Bundesgericht aus, massgeblich sei, ab welchem Zeitpunkt die Ärzte eine zumutbare Arbeitsfähigkeit attestieren würden; würden die erneuten medizinischen Abklärungen die medizinischen Feststellungen im Rahmen der ersten Abklärungen auch in zeitlicher Hinsicht (Beginn der zumutbaren Arbeitsfähigkeit) bestätigen, sei der ursprüngliche Entscheid der IV-Stelle korrekt gewesen. Denn auch im Rahmen der Rückweisung bleibe streitig, ob die IV-Stelle anlässlich der ersten Verwaltungsverfügung zu Recht den Leistungsanspruch reduziert respektive aufgehoben habe. Eine Rückweisung bedeute nicht zwingend, dass die Feststellungen in der ersten Verwaltungsverfügung falsch gewesen seien, sondern bloss, dass diese beim derzeitigen Abklärungsstand nicht bestätigt werden konnten. Dies habe keine Schlechterstellung der versicherten Person zur Folge: Einerseits sei ihr seit der ersten Verwaltungsverfügung bewusst, dass ihr Leistungsanspruch strittig sei. Andererseits werde ihr die Leistung nachgezahlt, sollten die erneuten Abklärungen ergeben, dass im Zeitpunkt der ersten Verwaltungsverfügung die tatbeständlichen Voraussetzungen der Leistungsaufhebung oder -reduktion (noch) nicht gegeben waren. Massgebend sei somit nicht der Zeitpunkt der Sachverhaltsermittlung (d.h. der ärztlichen Berichterstattung), sondern

der tatsächliche Eintritt der (höheren) zumutbaren Arbeitsfähigkeit (vgl. Urteil des BGer 8C\_451/2010 vom 11. November 2010 E. 2 m.H. auf BGE 106 V 18 und 129 V 370 und E. 4.2.2 ff. in: SVR 2011 IV Nr. 33 S. 96).

**5.6** Liegt ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 m.w.H.; 117 V 198 E. 4b). Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 E. 6 m.H.). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteile des BGer 9C\_961/2008 vom 30. November 2009 E. 6.3, in: SVR 2010 IV Nr. 30 S. 94; 8C\_519/2015 vom 16. November 2015 E. 3.2).

## **6.**

**6.1** Die Vorinstanz ging in ihrer vorliegend angefochtenen rentenaufhebenden Verfügung vom 28. Oktober 2014 von einem zumindest seit dem 1. Mai 2006 verbesserten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus. Dies insbesondere gestützt auf das interdisziplinäre versicherungsmedizinische Gutachten der Abklärungsstelle MEDAS C.\_\_\_\_\_ vom 19. September 2011, wonach die bisherige Tätigkeit mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von maximal 20 % und im Übrigen körperlich mittelschwere bis gelegentlich schwere Tätigkeiten ohne Einschränkungen zumutbar sei (vi act. 30).

**6.2** Demgegenüber liess der Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren geltend machen, er leide seit dem Unfall im Jahre 1994

an anhaltenden therapieresistenten Schmerzen im Schulter-Nacken-Bereich mit Ausstrahlung in Hinterhaupt und Arme, an belastungsabhängigen Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule und am rechten Knie sowie an Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen (BVGer act. 1-8). Er bestreitet, dass sich sein Gesundheitszustand im Jahr 2006 wesentlich verbessert haben soll (BVGer act. 1-10). Im Einzelnen moniert er, aus dem Jahre 2006 würden keine echtzeitlichen medizinischen Berichte vorliegen. Diese fehlenden medizinischen echtzeitlichen Dokumente könnten auch nicht durch ein MEDAS-Gutachten aus dem Jahre 2011 ersetzt werden, womit nicht bewiesen werden könne, wie es um die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Jahre 2006 gestanden habe. Zudem könne kein Arzt die Arbeitsfähigkeit eines Menschen 17 Jahre nach dem Unfall rückwirkend verbindlich einschätzen. Ferner sei es nicht zulässig, im Rahmen einer Revision die damaligen ärztlichen Berichte und deren Ergebnisse aus heutiger Sicht neu zu beurteilen. Des Weiteren würden die Observationsberichte von 2005/2006 für sich alleine keine (sichere) Basis für Sachverhaltsfeststellungen betreffend den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person bilden, sondern könne diesbezüglich höchstens Anhaltspunkte liefern oder Anlass zu Vermutungen geben (BVGer act. 1-6 f.).

**6.3** Im Folgenden ist zu prüfen, ob eine rentenrelevante Sachverhaltsveränderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG überwiegend wahrscheinlich eingetreten ist, die eine Aufhebung der Rente rechtfertigte.

## **7.**

**7.1** Die rentenbestätigende Verfügung vom 17. Mai 2004 stützte sich zum einen auf den Abklärungsbericht der Institution B. \_\_\_\_\_ vom 11. Juli 2003, in dem festgehalten wurde, dass sich der Beschwerdeführer für körperlich wenig belastende Verkaufs- oder Aussendiensttätigkeiten eigne und dass die berufliche Alternativen am ehesten in einem (Halbtages-)Teilzeitpensum bei einer Verkaufstätigkeit vornehmlich im Aussendienst im Bereich seiner angestammten Branche erkannt wurden (act. 67), zum anderen auf den Verlaufsbericht von Dr. D. \_\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, vom 6. Oktober 2003, wonach der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit seinem letzten Verlaufsbericht vom 30. August 2001 unverändert sei, er immer noch Beschwerden des Schleudertraumas habe, regelmässig Schmerzmedikamente einnehme und Konzentrationsstörungen bei längerer intensiver Arbeit habe. Prognostisch sei es jedoch nicht ausgeschlossen, dass er, wenn es ihm gelänge, eine entsprechende Teilzeitstelle zu finden, wieder teilweise arbeitsfähig werden würde (act. 74).

Im Verlaufsbericht vom 30. August 2001 hatte Dr. D. \_\_\_\_\_ festgehalten, dass die rasche Ermüdbarkeit, die Unfähigkeit, sich zu konzentrieren, die rasch auftretenden Kopfschmerzen auch bei kleineren Arbeiten sowie die Nackenschmerzen die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinflussen würden (act. 40-1).

**7.2** Anlass für die Revision im März 2006 gab ein anonymes Hinweis (act. 110). In der Folge stellte die IV-Stelle Luzern am 6. März 2006 dem Beschwerdeführer den Fragebogen betreffend die Revision der Invalidenrente zu, welchen der Beschwerdeführer unter der Angabe, sein Gesundheitszustand sei gleich geblieben, am 14. März 2006 retournierte (act. 112). Mit Schreiben vom 21. Juni 2006 ersuchte dann die IV-Stelle Luzern beim Haftpflichtversicherer E. \_\_\_\_\_ um Akteneinsicht und Zustellung von Observationsunterlagen (act. 121).

**7.2.1** Der Haftpflichtversicherer E. \_\_\_\_\_ hatte den Beschwerdeführer im Zeitraum vom 8. September 2005 bis 1. Mai 2006 an zehn Tagen observieren lassen und die entsprechenden Unterlagen der IV-Stelle Luzern zur Verfügung gestellt (act. 159). Aus den Observationsberichten geht hervor, dass der Beschwerdeführer im Wesentlichen dabei beobachtet werden konnte, wie er oft mit dem Auto fuhr, mit einem Kind unterwegs war, zwei Hunde ausführte, die Post abholte, kleinere Besorgungen machte, Restaurants besuchte und sich mit anderen Leuten traf. Weiter ist den Berichten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bei den Fahrmanövern seinen Kopf in beide Richtungen drehte und insbesondere beim Rückwärtsfahren den Kopf stark über beide Schultern nach hinten drehte. Während der Observation vom 8. September 2005 ging der Beschwerdeführer zusammen mit einem anderen Mann in einem Bau- und Gartenmarkt einkaufen. Dabei wurde beobachtet, wie er sich mehrmals bückte, namentlich um einen aus dem Kofferraum gefallenen Rechen und einen Schlüsselbund vom Boden aufzuheben, wie er verkeilte Einkaufswagen richtete und dass er insgesamt einen lockeren und amüsierten Eindruck machte. Am 5. Oktober 2005 konnte sodann beobachtet werden, wie der Beschwerdeführer die Herbstmesse, wo reger Betrieb herrschte, besuchte, ein Kind auf dem Rollbrett zog und dabei teils vorwärts und zwischendurch über die rechte oder linke Schulter zurückschaute oder rückwärts ging. Am 22. März 2006 war der Beschwerdeführer unter anderem bei einer Autowerkstatt während etwas mehr als einer Stunde zusammen mit einem anderen Mann damit beschäftigt, eine Folie auf die Rückscheibe eines Autos zu kleben. Am 1. Mai 2006 wurde der Beschwerdeführer mit einem Kind schliesslich auf der Erlebnis-

messe beobachtet, wo er zunächst zuschaute, wie das Kind auf Vergnügungsbahnen mitfuhr, und anschliessend auch selbst auf den Putschautos mitfuhr.

**7.2.2** Aus dem Protokolleintrag vom 24. August 2006 der IV-Stelle Luzern geht hervor, dass das Observationsmaterial, insbesondere das Videomaterial, dem medizinischen Fachdienst unterbreitet worden war. Darin wurde zusammenfassend festgestellt, dass in allen Videoaufnahmen ein guter Allgemeinzustand des Beschwerdeführers und eine freie Beweglichkeit der HWS auch unter Belastung (Heben und Tragen von Gegenständen, Arbeiten an einem Auto mit monotonen Zwangshaltungen) zu finden sei, ohne dass er anschliessend eine Entlastungspause oder -haltung einnehme. Gangunsicherheiten und Gleichgewichtsstörungen als Zeichen eines Schwindels seien nicht auszumachen. Antriebsstörungen, emotionale Störungen oder sozialer Rückzug seien nicht zu finden, womit keine depressive Hemmung und keine ausgeprägten neuropsychologischen Defizite ausgewiesen seien.

**7.3** Die medizinische Aktenlage zur Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit Einleitung der Revision im März 2006 präsentiert sich zusammenfassend wie folgt:

**7.3.1** Gemäss Bericht vom 23. Mai 2007 von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Medizinische Radiologie, wurde beim Beschwerdeführer am 14. und 18. Mai 2007 eine funktionelle Magnetresonanztomographie (nachfolgend: fMRT oder englisch: functional magnetic resonance imaging, fMRI) des craniocervicalen Überganges und der Halswirbelsäule durchgeführt. Dabei stellte Dr. med. F.\_\_\_\_\_ Strukturveränderungen des rechten Ligamentum alare entsprechend einer Läsion Grad III nach Krakenes fest. Die Funktionsaufnahmen in Rotation würden diesen Eindruck bestätigen und zeigten Hinweise auf eine Instabilität, bedingt durch eine Überdehnung der genannten Ligamenta. Kaudal des C2 seien hingegen keine pathologischen Veränderungen feststellbar (act. 146-17 f.).

**7.3.2** Im Privatgutachten vom 9. Juli 2007 stellte Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, folgende Diagnosen: äusserst schmerzhaft-irritierbare segmentale Bewegungsstörungen innerhalb der Kopfgelenke, schmerzhaft Blockierung C2/3 beidseits samt Ausstrahlungen in den Kieferwinkel beidseits sowie schmerzbedingt klinisch nicht untersuchbare Segmenthöhe C1/2; eingeschränkte Kapazität der neuropsychologischen Leistungen allgemeiner

Art; Fuss- und Grosszehen-Heberschwäche links; Fehlform/-haltung der Wirbelsäule im Sinne eines mässiggradigen, teilfixierten Hohl-Flachrückens; mässiggradige belastungsabhängig-schmerzhaft Periarthropathia genu rechts; Übergewicht (act. 146-26 f.). In seiner Beurteilung hielt Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ fest, die vom Beschwerdeführer in den Vordergrund gestellten, vor allem zeitlichen Einschränkungen seiner neuropsychologischen Kapazitäten allgemeiner Natur, wie beispielsweise die Vergesslichkeit oder die zeitlich begrenzte Konzentrationsfähigkeit könnten nicht belegbar auf eine erlittene milde traumatische Hirnläsion zurückgeführt werden, sondern entsprächen eher einer neurasthenieanalogen bzw. -ähnlichen, unter psychophysischen Belastungen auftretenden Ermüdungserscheinung, die einerseits mit einer Überempfindlichkeit gegenüber Lärm und Licht und andererseits mit einer Muskelermüdung bzw. einem Kraftverlust einhergingen. Auf der körperlich-vertebragenen Ebene falle die Diskrepanz der eher zurückhaltend formulierten Beschwerden gegenüber den erheblichen Befunden manualdiagnostischer Art während der Untersuchung auf. Namentlich führe die Segmentsbewegungsstörung innerhalb des cervikothorakalen Überganges (C7/Th1) zu einer im Vordergrund stehenden, endgradig schmerzhaften Einschränkung der Retroflexion des Kopfes, wobei gleichzeitig aus dieser maximalen Retroflexionsstellung heraus keine Rotationen mehr möglich seien. Die Blockierung der Segmenthöhe C2/3 werde vom Beschwerdeführer subjektiv belastender empfunden. Die diagnostische Belastung dieser Bewegungsstörung führe zum Auftreten von charakteristischen Beschwerdeaussstrahlungen in die Kieferwinkel beidseits. Aufgrund der schmerzhaft blockierten Flexionsmöglichkeit der oberen Halswirbelsäule habe die Untersuchungsmöglichkeit der Höhe C1/2 gefehlt. Infolgedessen müsse dringend von klinisch relevanten, bisher nicht gelösten bzw. nicht erfolgreich mobilisierten Funktionsstörungen und Strukturschäden innerhalb der Kopfgelenke ausgegangen werden, worauf auch das fMRI vom 14. und 18. Mai 2007 hinweise. Dabei stellten die dort vermutete Instabilität sowie die klinisch-manuell erfasste Blockierung insbesondere in der Segmenthöhe C2/3 keine eigentlichen Diskrepanzen dar, weil bei der manualdiagnostischen Untersuchung durch die anzuwendenden Griffe Schmerzen erzeugt würden, die reflektorisch zu einer klinischen Blockierung führen könnten. Insgesamt sei die Übereinstimmung der bildgebenden und klinischen Befunde innerhalb der Kopfgelenke eklatant, was die Sicherheit der posttraumatischen Befunde und Störungen massgeblich erhöhe. Weiter hielt Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ fest, dass die mit Missempfindungen einhergehende Kopfsymptomatik sehr viel deutlicher durch die manuellen Untersuchungen ausgelöst werden könnten, als diese derzeit im Alltagsleben in Erscheinung treten würden. Der Beschwerdeführer habe

gelernt, durch sein spezielles Haltungs-Verhalten im Alltag diesen durchaus provozierbaren zusätzlichen Beschwerden und Missempfindungen aus dem Weg zu gehen, wobei trotzdem die invalidisierende Kopfsymptomatik weiterbestehe. Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ bestätigte die Arbeitsfähigkeit in Höhe von 50 % für eine allerdings noch nicht definierte adäquate bzw. angepasste Arbeit (act. 146-28 f.).

**7.3.3** Mit Bericht vom 18. November 2008 bestätigte Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ unter anderem, dass trotz aufgenommener pharmakologischer und physiotherapeutischer Behandlung auch ab dem 1. Januar 2008 keine Arbeitsfähigkeit mehr als selbständig erwerbender oder angestellter Karoseriespenger bestehe. Für körperlich leichte, mehr organisatorische und überwachende Funktionen bestehe derzeit eine garantierte Arbeitsfähigkeit von 30 %, wenn das Arbeiten nicht in monotoner Haltung, sondern wechselbelastend zwischen Sitzen, Stehen oder Gehen erfolge und insbesondere den Schultergürtel-Nackenbereich kräftemässig wenig beanspruche (act. 177-5).

**7.3.4** Gemäss Bericht vom 14. Dezember 2009 von Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ habe sich am Befund und Beschwerdespektrum des Beschwerdeführers qualitativ nichts Wesentliches geändert, wobei die implementierten und vom Beschwerdeführer durchgeführten Übungs- und Trainingsmassnahmen zu einer merklichen Verbesserung der Arbeitsbelastbarkeit geführt hätten. Aufgrund der trainingsbedingten Verbesserungen sei dem Beschwerdeführer zugestanden worden, über die bisherigen 20–30 % der Arbeitsbelastbarkeit ab dem 21. September 2009 einen Arbeitsversuch in der Grössenordnung von 50 % zu beginnen, was der Beschwerdeführer trotz manchen belastungsbedingten Mehrbeschwerden bisher habe durchhalten können (act.177-3).

**7.3.5** Aus dem interdisziplinären versicherungsmedizinischen Gutachten der MEDAS C.\_\_\_\_\_ vom 19. September 2011 geht hervor, dass der Beschwerdeführer im Begutachtungszeitpunkt im Wesentlichen seit einem Strassenverkehrsunfall im September 1994 anhaltende therapieresistente Schmerzen im Schulter-Nacken-Bereich mit Ausstrahlung in Hinterhaupt und Arme, belastungsabhängige Schmerzen im Bereich der LWS und dem rechten Knie sowie Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen beklagt habe (act. 215.2-39). Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende Diagnosen gestellt: Chronisches zerviko-zephalales und chronisches zervikales Rückenschmerzsyndrom (ICD M 53.1), lumbales Rückenschmerzsyndrom (IDC M 54.86) und Chondromalazie rechtes Kniegelenk

(ICD M 24.16). Seitens des Fachgebietes Neuropsychologie wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (act. 215.2-33). Aus interdisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass die bisherige Tätigkeit mit geringen Einschränkungen noch zumutbar sei, namentlich in einem zeitlichen Rahmen von 8.5 Stunden pro Tag an 5 Tagen der Woche mit maximal 20 % verminderter Leistungsfähigkeit. Zumutbar seien weiter körperlich mittelschwere bis gelegentlich körperlich schwere Tätigkeiten im gleichen zeitlichen Rahmen und ohne Verminderung der Leistungsfähigkeit oder zusätzlichen speziellen Anforderungen an das Arbeitsprofil. Für die Durchführung von Rehabilitationsmassnahmen bestehe keine Indikation. Die umfangreichen und langjährig durchgeführten Therapiemassnahmen hätten bislang die subjektive Beschwerdesymptomatik des Versicherten nicht wesentlich verbessern können. Eine anhaltende Leistungsminderung von 20 % sei seit dem Unfallereignis im September 1994 anzunehmen (act. 215.2-41). Hinzu kommt, dass im Rahmen der fachärztlichen Untersuchungen zahlreiche Inkonsistenzen und Divergenzen zwischen den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und den objektiven Untersuchungsbefunden festgestellt wurden, die sich massgeblich auf das Beurteilungsergebnis auswirkten.

**7.3.5.1** So führte lic. phil. H. \_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, in ihrer Beurteilung aus, der Beschwerdeführer habe sich im Gespräch sehr beschwerdeorientiert geäussert, sei aber auf Nachfrage hin sehr vage geblieben. Zum Teil habe er sich laut und ungehalten geäussert, was er selber darauf zurückgeführt habe, dass der Unfall sein Leben zerstört habe. Bereits zu Beginn der Untersuchung und unter Angabe, momentan unter Schmerzmitteleinnahme nicht unter Schmerzen zu leiden, habe er mit einer schwankenden Motivation gearbeitet und über Beschwerden berichtet, die er jedoch oft nicht genau beschreiben könne. Das Arbeitstempo sei sehr schwankend gewesen, ebenso die Quantität und Qualität der Ergebnisse. Bei allen Aufgaben scheine es, dass sich der Beschwerdeführer nicht genügend angestrengt und sich selber dadurch limitiert habe. Die Testuntersuchung habe in fast allen Funktionsbereichen unter der Norm liegende Ergebnisse ergeben. Dabei seien jedoch Inkonsistenzen deutlich geworden. So könne ein stark schwankendes Arbeitstempo nicht durch Aufmerksamkeitsprobleme erklärt werden (act. 215.2-33 f.). Ferner hätten sich Inkonsistenzen auch innerhalb der einzelnen Tests gezeigt. Namentlich habe der Beschwerdeführer einfache Aufgaben zum Teil deutlich schlechter als komplexere gelöst, was neuropsychologisch nicht plausibel sei (act. 215.2-24/34). Ausserdem resultierten bei zwei von drei durchgeführten Tests zur testdiagnostischen Beurteilung einer möglichen

Aggravation auffällige Ergebnisse (act. 215.2-27/34). Die Neuropsychologin hielt zusammenfassend fest, dass die Ergebnisse der Untersuchung vorwiegend auf Motivationsmängel und eine Selbstlimitierung des Beschwerdeführers zurückzuführen seien. Ein Zusammenhang der Leistungsfähigkeit mit den von ihm angegebenen Schmerzen zeige sich in der neuropsychologischen Untersuchung nicht. Die erhobenen, unter der Norm liegenden Ergebnisse seien somit als sogenannte nicht-authentische kognitive Minderleistungen zu bezeichnen (act. 215.2-34).

**7.3.5.2** Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen im Schulter-Nacken-Bereich schloss Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, aus orthopädischer Sicht anlässlich seiner Untersuchung gravierende strukturelle Veränderungen an der HWS aus. Im Vordergrund der Beschwerdesymptomatik würden funktionelle Störungen mit Myogelosen und Insertionstendinosen der paravertebralen Muskulatur stehen. Für die vom Beschwerdeführer beklagten langanhaltenden und sich ausweitenden organüberschreitenden subjektiv wahrgenommenen Symptombilder fehle pathophysiologisch jegliche Plausibilität. Das Unfallereignis vom 8. September 1994 könne dem Grad I der Quebec Task Force und dem Grad I der Klassifikation nach Erdmann zugeordnet werden. Ein anhaltender Unfallschaden und eine Minderung der Arbeitsfähigkeit sei aus den vorliegenden klinischen und radiologischen Befunden über einen Zeitraum von vier Wochen nach Unfallereignis nicht zu begründen. Sodann liege keine wesentliche Bewegungseinschränkung des rechten Kniegelenks vor. Ein auslösbarer Druckschmerz über der Femurkondyle und ein Patellaanpressschmerz wiesen auf eine Chondromalazie des Kniegelenks hin. In der Röntgendiagnostik könne eine Gonarthrose ausgeschlossen werden. Weiter fänden sich ein Facettendruckschmerz über der unteren Lendenwirbelsäule sowie ein Hartspann der paravertebralen Muskulatur im Bereich der Lendenwirbelsäule. Eine radikuläre Symptomatik liege nicht vor. In der radiologischen Diagnostik könnten eine wesentliche Bandscheibendegeneration und eine Spondylchondrose der Lendenwirbelsäule ausgeschlossen werden. Bezüglich der Chondromalazie des Kniegelenks und des lumbalen Rückenschmerzsyndroms sei keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen (act. 215.2-35 f.). Zur Beurteilung von Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 9. Juli 2007, wonach infolge des manual-medizinischen Befundes und in Kenntnis der Befunde des fMRI dringend von klinisch relevanten Funktionsstörungen und Strukturschäden innerhalb der Kopfgelenke ausgegangen werden müsse, hielt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ fest, die Hypothese einer isolierten Schädigungsmöglichkeit der Ligamenta ala-

ria könne aus seiner Sicht nicht bestätigt werden. In einer wissenschaftlichen Arbeit habe nachgewiesen werden können, dass auch bei völlig gesunden Personen gleichartige Befunde feststellbar gewesen seien. Selbst wenn die Bewertung des Befundes einer Instabilität richtig wäre, müsse ein Jahrzehnt nach dem Unfall von der Ausbildung einer Narbe ausgegangen werden. Eine klinische Wertigkeit eines solchen Befundes sei damit in Frage gestellt (act. 215.2-36).

**7.3.5.3** Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, hielt aus neurologischer Sicht fest, dass im Zeitpunkt der Begutachtung keine wesentlichen, zentral- oder peripher-nervösen, posttraumatischen Ausfälle oder Störungen als primäre Ursache der chronifizierten und subjektiv bis heute zunehmenden Nacken-Kopf-Beschwerden bestehen würden. Eine gewisse Beeinträchtigung durch die zerviko-kraniale Schmerz-Symptomatik in der bisherigen Tätigkeit sei möglich, jedoch sei aufgrund der jetzigen neurologischen Befunde eine Arbeitsunfähigkeit vor allem in angepassten Verweistätigkeiten neurologisch nicht plausibel erklärbar. Auch aus den lumbalen Schmerzen könne mit Rücksicht auf die unauffälligen aktuellen neurologischen Befunde keine plausible Arbeitsunfähigkeit speziell auch in angepassten Verweis-Tätigkeiten abgeleitet werden (act. 215.2-37 f.). Zusätzlich hätten sich bei der neurologischen gutachterlichen Untersuchung wichtige Feststellungen und Beobachtungen ergeben, die auf wesentliche Unterschiede, Ungereimtheiten und Divergenzen zwischen den Angaben des Beschwerdeführers und den objektiven Untersuchungsbefunden hinweisen würden. So habe der Beschwerdeführer während der ganzen Untersuchungszeit von über zwei Stunden keine Behinderungen und auch keine schmerzbedingten Ermüdungserscheinungen gezeigt. Das Bewegungsbild habe bis zum Schluss dieser Untersuchung keine schmerzbeeinflussten Schonhaltungen und -bewegungen gezeigt. Dasselbe gelte im Übrigen auch bezüglich der Konzentrations- und Gedächtnisleistungen im Rahmen dieser Untersuchung. Sodann sei gemäss Angaben des Beschwerdeführers die Position, die ihm am wenigsten Beschwerden bereite und ihn dementsprechend auch am meisten entlaste, das Liegen und hier vor allem die Bauchlage. Dies erstaune sehr, da in der Bauchlage der Kopf stark zur rechten oder linken Seite gedreht gehalten werden müsse, eine Haltung, die von HWS-Verletzten überhaupt nicht toleriert werde und die dementsprechend konsequent vermieden werde oder überhaupt nicht mehr eingenommen werden könne. Weiter habe der Beschwerdeführer berichtet, dass er ein Auto problemlos ohne wesentliche Einschränkungen infolge der Unfallfolgen über längere Zeit führen könne. Er habe angegeben, problemlos zwei bis zweieinhalb Stunden ohne Pausen durchfahren zu

können. Diese Angaben seien von grosser Bedeutung für die Beurteilung des Behinderungsgrades sowohl bezüglich der HWS-Kopf-Problematik als auch der Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Schliesslich seien bei der Befragung nach den beruflichen Tätigkeiten, die sich der Beschwerdeführer in seinem Zustand noch vorstellen könne, Angaben aufgefallen, die mit Rücksicht auf das komplexe Beschwerdebild sehr ungewöhnlich beziehungsweise sogar paradox erscheinen würden. So habe er über gute Erfahrungen bei einer während einiger Zeit ausgeführten, relativ monotonen „fliessbandähnlichen“ Arbeit berichtet, was im Allgemeinen bei posttraumatischen Nacken-Kopfbeschwerden besonders grosse Schwierigkeiten bereite. In solchen Fällen würden ja fast obligat häufig Wechsel-Tätigkeiten bezüglich Position und Zeitdauer bevorzugt und von medizinischer Seite her auch empfohlen. Im Weiteren nenne der Beschwerdeführer auch Arbeiten wie zum Beispiel als Schaden-Inspektor oder als Securitas-Angestellter als wünschenswert, die jedoch im Normalfall gerade speziell gute Fähigkeiten bezüglich Konzentration und Gedächtnis erforderten und keine Ablenkungen durch chronische Schmerzzustände erlaubten. All diese Angaben würden sich wesentlich von Angaben unterscheiden, wie sie sonst von HWS-Verletzten gemacht würden. Bei diesen Divergenzen müsse daher angenommen werden, dass der Beschwerdeführer bezüglich seiner Selbsteinschätzung von den posttraumatischen Beschwerden bis hin zu den beruflichen Möglichkeiten irrealer Vorstellungen habe und/oder dass die von ihm geklagten, behindernden posttraumatischen Beschwerden objektiv nicht die von ihm subjektiv zugeschriebene Bedeutung hätten (act. 215.2-38 f.). Insgesamt ergebe sich mit Ausnahme des posttraumatischen zerviko-vertebralen Syndroms keine neurologisch bedeutsamen posttraumatischen Ausfälle oder Störungen zentraler oder peripherer Art, die Anlass zu einer wesentlichen Behinderung im angestammten Beruf oder in einer angepassten Verweistätigkeit geben würden. Aus neurologischer Sicht könne dem Beschwerdeführer eine Leistungsminderung von höchstens 20 % im erlernten Beruf attestiert werden. Ferner seien ohne Weiteres auch mittelschwere Tätigkeiten zumutbar (act. 215-39).

**7.3.6** Gemäss dem Behandlungsprotokollbericht vom 28. Februar 2012 von Dr. K. \_\_\_\_\_ der Klinik L. \_\_\_\_\_ in Mexiko lasse der Beschwerdeführer seine Halswirbelsäule seit 3. November 2011 physiotherapeutisch behandeln. Ausserdem nehme er entzündungshemmende Medikamente und Antidepressiva ein (act. 228-9).

**7.3.7** Am 1. März 2012 wurde der IV-Stelle Luzern von Seiten des Beschwerdeführers eine undatierte, gutachterliche Stellungnahme von

Prof. Dr. Dr. M. \_\_\_\_\_ zur Behandlung des Beschwerdeführers eingereicht, in der Kritik am interdisziplinären Gutachten geübt wird (act. 228, 232). Vor dem Hintergrund, dass gemäss dem orthopädischen Teilgutachten keine wesentlichen strukturellen Unfallfolgen festgestellt werden konnten und es für die vom Beschwerdeführer beklagten langanhaltenden und sich ausweitenden organüberschreitenden Symptombilder an einem pathophysiologischen Korrelat fehle, beschreibt Prof. Dr. Dr. M. \_\_\_\_\_ unter Verweis auf medizinisch-wissenschaftliche Literatur ausführlich das Beschwerdebild des Schleudertraumas und dessen mögliche Spätschäden und wirft die Frage auf, weshalb das instabile Genickgelenk des Schleudertraumas bis heute nicht in seiner Bedeutung erkannt werde. Weiter hält Prof. Dr. Dr. M. \_\_\_\_\_ fest, die Symptome dieses Beschwerdebildes seien sehr unterschiedlich und wechselnd und würden klinisch ein recht unklares kaum klassifizierbares Bild geben. Hinzu kämen die häufig ungeeigneten Diagnostikmassnahmen durch statische Untersuchungen. Die pathologische Überbeweglichkeit des Genickgelenkes könne jedoch nur durch Funktionsuntersuchungen erkannt werden. Ferner kritisiert Prof. Dr. Dr. M. \_\_\_\_\_, im neuropsychologischen Teilgutachten hätten die Einbusen in Rekognitionsaufgaben nicht begründet werden können. Der Gutachter sei lediglich zum Schluss gekommen, dass wohl Motivationsmängel beim Probanden vorgelegen hätten. Es seien jedoch keine neurophysiologischen Untersuchungen beim Patienten eingeleitet und die mögliche Diagnostik im Labor durch stoffwechselrelevante Parameter nicht durchgeführt worden. Das neurologische Teilgutachten konzipiere sodann Bewegungseinschränkungen der Halswirbelsäule im Kopf-Genick-Bereich und registriere die Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, fasse die Bewegungsabläufe des Patienten bei der Untersuchung allerdings als ungestört und die neuralgischen Druckpunkte als druckindolent zusammen. Die Begutachtung werde zusammenfassend mit Hinweis auf Ungereimtheiten und Divergenzen zwischen Angaben und objektiven Untersuchungsbefunden abgeschlossen. Jedoch würde aus Sicht von Prof. Dr. Dr. M. \_\_\_\_\_ zu wenig Bezug auf die starke medikamentöse Analgesie des Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung genommen. Abschliessend hält Prof. Dr. Dr. M. \_\_\_\_\_ fest, bislang seien die Folgeschäden auf neuroendokrino-logischer Basis nicht weiter verfolgt worden. Der Beschwerdeführer hinterlasse einen depressiven Eindruck und zeige bereits erhebliche Züge des metabolischen Syndroms. Zur Überprüfung der möglichen Zusammenhänge von Stoffwechselschäden mit dem Halswirbelschaden empfiehlt er Stoffwechseluntersuchungen.

**7.3.8** Mit Schreiben vom 5. April 2012 unterbreitete die IV-Stelle Luzern der MEDAS C.\_\_\_\_\_ die Stellungnahme von Prof. Dr. Dr. M.\_\_\_\_\_ und bat um Stellungnahme und Beantwortung von Ergänzungsfragen betreffend die 2007 radiologisch festgestellte Gelenkinstabilität HWK1/2 und die Auswirkung der Diagnose der Spondylarthrose L3 bis S1 auf die Arbeitsfähigkeit (act. 233). Gemäss Stellungnahme vom 15. August 2013 der MEDAS C.\_\_\_\_\_ sei aus Sicht des orthopädischen und neurologischen Gutachters eine Gelenkinstabilität HWK1/2 nicht nachgewiesen, womit folgerichtig eine funktionelle Auswirkung entfalle. Die Diagnose der Spondylarthrose L3 bis S1 basiere auf der klinischen Untersuchung vom 8. Dezember 2010 mit Nachweis eines Rotations- und Seitneigeschmerzes im lumbosakralen Übergang ohne Fortleitungstendenz und mit Druckschmerz über den Facettengelenken L3 bis S1 beidseits sowie auf dem Röntgenbefund der LWS. Betreffend die neurologische Untersuchung wurde zudem bemerkt, dort sei nicht nur festgehalten worden, dass keine objektivierbaren neurologischen Defizite auszumachen seien, sondern auch, dass sehr viele Ungereimtheiten und Divergenzen bei der Befunddarstellung sowie bezüglich des Verhaltens des Exploranden bestanden hätten, was von Prof. Dr. Dr. M.\_\_\_\_\_ nicht berücksichtigt worden sei. Weiter wird darauf hingewiesen, dass das instabile Genickgelenk nach Auffahrunfall ohne nachweisbare strukturelle Störung nicht der allgemeingültigen medizinischen Lehrmeinung entspreche. Schliesslich wurde festgehalten, dass bei einer neuropsychologischen Abklärung allfällige hirnorganisch bedingte kognitive Defizite testpsychologisch ganz klar objektiviert werden könnten und sich diese von nicht-authentische kognitive Minderleistungen eindeutig unterscheiden liessen. Die beim Exploranden festgestellten Defizite seien mit keinerlei hirnorganischen Funktionsstörungen vereinbar und es müsse auch berücksichtigt werden, dass der Explorand beim Symptomvalidierungsverfahren ein auffälliges Ergebnis erzielt habe. Es würden in dieser Untersuchung sehr viele Inkonsistenzen bestehen, sodass diese Befunde mit den typischen Folgen eines Schleudertraumas nicht zu vereinbaren seien (act. 274).

**7.3.9** Gemäss handgeschriebenen ärztlichen Rezepten vom 19. Februar 2013 verschrieb der Psychiater Dr. N.\_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer diverse Medikamente (act. 261-5). Derselbe diagnostizierte beim Beschwerdeführer in seinem Bericht vom 3. Oktober 2013 eine organische Hirnstörung nach schwerem Schädelhirntrauma und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode. Im Einzelnen führte er aus, der Beschwerdeführer habe im Jahre 1994 einen Verkehrsunfall ge-

habt und habe infolgedessen ein schweres Schädelhirntrauma erlitten sowie zwei Tage im Koma gelegen. Anschliessend habe er sich wegen der Schäden an der Halswirbelsäule während mehrerer Jahre in Rehabilitation befunden. In geistiger Hinsicht habe sich der Beschwerdeführer nie vollständig erholt und zeige Symptome wie Konzentrationsschwäche, affektive Störungen, Gedächtnisstörungen und Lichtempfindlichkeit. Seit seiner Niederlassung in Mexiko zeige der Beschwerdeführer zudem depressive Episoden, weil er seine Kinder nicht sehe (vi act. 5).

**7.3.10** Am 17. Dezember 2013 nahm Dr. O.\_\_\_\_\_, FMH Allgemeinmedizin sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom medizinischen Dienst der Vorinstanz Stellung zum psychiatrischen Bericht vom 3. Oktober 2013. Gestützt auf das Gutachten vom 19. September 2011 führte sie bezüglich der diagnostizierten organischen Hirnstörung nach schwerem Schädelhirntrauma aus, es liege keine organische Hirnstörung vor. Weiter handle es sich um ein Schleudertrauma und nicht um ein Schädelhirntrauma. Schliesslich fänden sich in den Akten keine Hinweise für eine Bewusstlosigkeit nach dem Unfall. Hinsichtlich der rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode hielt sie fest, es sei in den bisherigen Akten keine solche Diagnose erwähnt worden. Aus dem Bericht vom 28. Februar 2012 gehe sodann hervor, dass der Beschwerdeführer unter anderem mit Antidepressiva behandelt werde. Daher empfahl sie, das Dossier einem Psychiater zu unterbreiten (vi act. 9).

**7.3.11** In der Folge nahm Dr. P.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom medizinischen Dienst der Vorinstanz am 21. März 2014 ebenfalls Stellung zum Bericht vom 3. Oktober 2013. In psychiatrischer Hinsicht erachtete er die Diagnose der *rezidivierenden* depressiven Störung als nicht zutreffend. Es würden entsprechende Befunde nach ICD fehlen und in der Vorgeschichte sei diese Diagnose nicht beschrieben worden. Zudem werde darauf hingewiesen, dass die depressiven Symptome reaktiv sein könnten, weil der Beschwerdeführer seine Kinder nicht sehe (vi act. 11).

## **8.**

Im Vordergrund stehen die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden, insbesondere im Bereich des Nackens, der Schulter und des Rückens sowie in Form von Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, als Folge des anlässlich des Verkehrsunfalls vom 8. September 1994 erlittenen HWS-Distorsionstraumas. Auf die vom Psychiater Dr. N.\_\_\_\_\_ gestellten (neuen) Diagnosen einer organischen Hirnstörung und

einer rezidivierenden depressiven Störung kann gestützt auf die schlüssigen Ausführungen und mit Blick auf die vorliegenden medizinischen Akten nicht abgestellt werden (vgl. E. 7.3.10 f.).

**8.1** Mit BGE 141 V 281 änderte das Bundesgericht seine Rechtsprechung hinsichtlich der Invaliditätsbemessung bei somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Störungen – zu denen namentlich auch eine HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle zählt (BGE 136 V 279) – und ersetzte das bisherige Regel/Ausnahme-Modell durch ein strukturiertes Beweisverfahren anhand von Standardindikatoren. Ausgangspunkt für die Anspruchsprüfung ist aber nach wie vor die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist. Im Weiteren kann eine Diagnose nur dann zur Feststellung einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung führen, wenn sie auch unter dem Gesichtspunkt der – in der Praxis zu wenig beachteten – Ausschlussgründe standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vorneherein keine Grundlage für eine Invalidenrente (vgl. BGE 141 V 281 E. 2).

**8.2** Anhaltspunkte für das Vorliegen von Ausschlussgründen ergaben sich zunächst aus dem Observationsmaterial aus den Jahren 2005 und 2006 (vgl. E. 7.2.1 f. vorstehend).

**8.2.1** In seinem Urteil vom 14. Oktober 2009 führte das Verwaltungsgericht Luzern in E. 10g aus, das Observationsmaterial zeige mit aller Deutlichkeit auf, dass der Beschwerdeführer offensichtlich nicht mehr an derart starken

Beeinträchtigungen leide, wie er dies ursprünglich geltend gemacht habe. Insbesondere sei keinerlei Einschränkung der Beweglichkeit des Kopfes oder eine Beeinträchtigung des Wohlbefindens des Beschwerdeführers durch intensiven Lärm oder Licht ersichtlich. Folglich sei davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers erheblich verbessert habe (act. 163-12 f.). Nach Auswertung der in den Akten liegenden Observationsberichte kommt das Bundesverwaltungsgericht zum gleichen Ergebnis.

**8.2.2** In Bezug auf die Verwertbarkeit von Observationsunterlagen hielt das EGMR im Urteil Vukota-Bojić gegen Schweiz vom 18. Oktober 2016, 61838/10, fest, dass es für die im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung veranlasste Observation einer versicherten Person an einer gesetzlichen Grundlage fehle. Vorliegend wurde jedoch die privatdetektivliche Observation von der Versicherung E. \_\_\_\_\_ als Haftpflichtversicherung in Auftrag gegeben, mithin nicht in einem öffentlich-rechtlichen, sondern vielmehr privatrechtlichen Verhältnis. Nach BGE 136 III 410 kann die von der Haftpflichtversicherung veranlasste Observation einer versicherten Person deren Privatsphäre wie auch deren Recht am eigenen Bild verletzen. Eine solche Persönlichkeitsverletzung kann jedoch im überwiegenden privaten und öffentlichen Interesse liegen, d.h. dadurch gerechtfertigt sein, dass weder die Versicherung noch die dahinter stehende Versichertengemeinschaft zu Unrecht Leistungen erbringen müssen (vgl. BGE 136 III 410 E. 2.2.3). Sodann waren die IV-Stelle Luzern wie auch die Vorinstanz gestützt auf Art. 43 Abs. 1 i.V.m. Art. 61 Bst. c ATSG zum Beizug des Observationsmaterials und dessen Verwertung befugt (vgl. BGE 132 V 241 E. 2.5.1; Urteil des BGer 8C\_64/2010 vom 20. April 2010 E. 3.2). Schliesslich gilt im gerichtlichen Verfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 Bst. c ATSG sowie Art. 19 VwVG i.V.m. Art. 40 BZP [SR 273]). Aus dem Gesagten folgt, dass in der vorliegenden Konstellation das genannte EGMR-Urteil nicht einschlägig ist, die vom Haftpflichtversicherer E. \_\_\_\_\_ veranlasste Observation zulässig war und die Observationsergebnisse im vorliegenden öffentlich-rechtlichen Sozialversicherungsverfahren berücksichtigt werden dürfen. Im Übrigen hat der Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren die Verwertbarkeit des Observationsmaterials auch nicht gerügt.

**8.2.3** Observationsergebnisse können zwar für sich allein keine Rentenaufhebung begründen. Jedoch können nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung die Ergebnisse einer zulässigen Observation zusammen mit

einer ärztlichen Aktenbeurteilung grundsätzlich geeignet sein, eine genügende Basis für Sachverhaltsfeststellungen betreffend den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit zu bilden (BGE 140 V 70 E. 6.2.2; Urteil des BGer 8C\_608/2014 vom 14. Januar 2015 E. 5.1). Entsprechend kam auch das Verwaltungsgericht Luzern zum Schluss, dass das Observationsmaterial zwar erhebliche Zweifel darüber aufkommen liesse, ob die vom Beschwerdeführer angeführten körperlichen Beeinträchtigungen überhaupt (noch) bestehen würden, jedoch zur Beurteilung der Einschränkungen mit Hinblick auf eine regelmässige Arbeitstätigkeit zum Zeitpunkt der Renteneinstellung eine neue medizinische Abklärung unerlässlich sei, weshalb es die Sache an die Vorinstanz zurückwies (act. 163-13).

**8.3** In der Folge wurde das interdisziplinäre versicherungsmedizinische Gutachten vom 19. September 2011 eingeholt. Dabei ist hervorzuheben, dass das Observationsmaterial den Gutachtern nicht unterbreitet wurde, denn dieses wird von ihnen weder in der Auflistung der Aktenlage erwähnt, noch nehmen sie darauf Bezug in ihrer Beurteilung. Die Gutachter stellten somit unabhängig von den Observationsergebnissen erhebliche Ungeheimtheiten zwischen dem Verhalten sowie den Angaben des Beschwerdeführers und den objektiven Untersuchungsbefunden fest, die deutlich für das Vorliegen von Ausschlussgründen sprechen und im Folgenden darzulegen sind.

**8.3.1** Hinsichtlich des Beweiswerts dieses Gutachtens ist vorweg festzuhalten, dass es im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholt wurde, auf neuropsychologischen, orthopädischen und neurologischen Untersuchungen durch entsprechend qualifizierte Fachärzte beruht, unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden und Einschränkungen, in Kenntnis der medizinischen Vorakten erstellt wurde und eine interdisziplinäre Schlussbeurteilung enthält. Solchen Gutachten ist grundsätzlich volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

**8.3.2** Die Neuropsychologin lic. phil. H. \_\_\_\_\_ erklärte in nachvollziehbarer Weise, dass die unter der Norm liegenden Untersuchungsergebnisse des Beschwerdeführers nicht etwa auf gesundheitliche Einschränkungen, sondern auf Motivationsmängel und Selbstlimitierung des Beschwerdeführers zurückzuführen seien. Dabei sind zum einen die Inkonsistenzen innerhalb der einzelnen Tests hervorzuheben, wo der Beschwerdeführer einfa-

che Aufgaben teils schlechter als komplexe Aufgaben löste, und zum anderen die auffälligen Ergebnisse bei der testdiagnostischen Beurteilung einer möglichen Aggravation (vgl. E. 7.3.5.1 vorstehend).

**8.3.3** Weiter fällt auf, dass der Beschwerdeführer anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung, die am 11. Januar 2011 stattfand, zwar angab, aufgrund der Einnahme von Schmerzmitteln nicht unter Schmerzen zu leiden, trotzdem aber mit einer schwankenden Motivation arbeitete und über Beschwerden berichtete. Demgegenüber beobachtete Dr. med. J. \_\_\_\_\_ im Rahmen seiner neurologischen Untersuchung vom 8. Dezember 2010 keinerlei schmerzbedingten Ermüdungserscheinungen, Schonhaltungen, Schonbewegungen oder Einbussen in der Konzentrations- und Gedächtnisleistungen. Ob der Beschwerdeführer auch an diesem Tag Schmerzmittel eingenommen hatte, geht aus dem Gutachten nicht hervor. Soweit Prof. Dr. Dr. M. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme in einen ungenügenden Bezug zur medikamentösen Analgesie des Beschwerdeführers im interdisziplinären Gutachten bemängelt, ist festzuhalten, dass nach ständiger Rechtsprechung die dauernde Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente in aller Regel eine jederzeit zumutbare Form allgemeiner Schadenminderung darstellt (Urteile des BGer U 510/05 vom 20. März 2007 E. 3.3; I 824/06 vom 13 März 2007 E. 3.1). Unter diesem Gesichtspunkt ist die Einnahme von Schmerzmitteln durch den Beschwerdeführer im Rahmen der Schadenminderungsobliegenheit ohnehin geboten.

**8.3.4** Ferner wies Dr. med. J. \_\_\_\_\_ auf diverse Angaben des Beschwerdeführers hin, die sich aus objektiv-medizinischer Sicht nicht mit den geltend gemachten subjektiven Beschwerden vereinbaren lassen (vgl. E. 7.3.5.3). Namentlich werde die Bauchlage von HWS-Verletzten überhaupt nicht toleriert, vom Beschwerdeführer aber als bevorzugte Liegeposition angegeben. Paradox sei auch, dass der Beschwerdeführer über gute Erfahrungen bei einer relativ monotonen fließbandähnlichen Arbeit berichtet habe, würden doch im Allgemeinen bei posttraumatischen Nacken-Kopfbeschwerden solche Tätigkeiten besonders grosse Schwierigkeiten bereiten und aus medizinischer Sicht deshalb wechselbelastende Tätigkeiten empfohlen. Im Übrigen entspricht diese Auffassung auch derjenigen von Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_, der in seinem Bericht vom 18. November 2008 von Arbeiten in einer monotonen Haltung abriet und vielmehr wechselbelastende und den Schultergürtel-Nackebereich kräftemässig wenig beanspruchende Tätigkeiten empfahl (vgl. E. 7.3.3). Widersprüchlich sei gemäss Dr. med. J. \_\_\_\_\_ auch der Wunsch, als Schaden-Inspektor o-

der Securitas-Angestellter zu arbeiten, handle es sich dabei um Tätigkeiten, die im Normalfall gerade speziell gute Fähigkeiten bezüglich der Konzentration und des Gedächtnisses erforderten und keine Ablenkungen durch chronische Schmerzzustände erlauben würden.

**8.3.5** Zu diesen im Rahmen der neuropsychologischen und neurologischen Untersuchung festgestellten Inkonsistenzen passt auch, dass gemäss dem Gutachter Dr. med. I. \_\_\_\_\_ aus orthopädischer Sicht die vom Beschwerdeführer subjektiv wahrgenommenen Schmerzen im Schulter-Nacken-Bereich pathophysiologisch nicht plausibilisiert werden konnten. Daran vermag die Beurteilung des Privatgutachters Prof. Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 9. Juli 2007, wonach die mittels fMRI erhobenen Befunde neben der fehlenden Untersuchungsmöglichkeit der Höhe C1/2 aufgrund der schmerzhaft blockierten Flexionsmöglichkeit der oberen HWS weitere Hinweise dafür seien, dass dringend von klinisch relevanten, bisher nicht gelösten bzw. nicht erfolgreich mobilisierten Funktionsstörungen und Strukturschäden innerhalb der Kopfgelenke ausgegangen werden müsse (act. 146-29), nichts zu ändern. Dr. med. I. \_\_\_\_\_ führte diesbezüglich aus, die Hypothese einer isolierten Schädigungsmöglichkeit der Ligamenta alaria könne er nicht bestätigen, und verwies auf eine wissenschaftliche Arbeit, in welcher nachgewiesen worden sei, dass gleichartige Befunde auch bei völlig gesunden Personen feststellbar seien. Darüber hinaus stellte er die klinische Wertigkeit eines solchen Befundes in Frage, da, selbst wenn die Bewertung des Befundes einer Instabilität richtig wäre, ein Jahrzehnt nach dem Unfall von der Ausbildung einer Narbe ausgegangen werden müsste (act. 215.2-36). Dass die Instabilität des Genickgelenks im Zusammenhang mit einem Schleudertrauma in Fachkreisen umstritten ist, ergibt sich auch aus der gutachterlichen Stellungnahme von Prof. Dr. Dr. M. \_\_\_\_\_. Es ist aber nicht Sache des Sozialversicherungsgerichts, medizinisch-wissenschaftliche Kontroversen zu klären (BGE 134 V 231 E. 5.3). Ferner stellt nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine funktionelle Magnetresonanztomographie nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft kein geeignetes Beweismittel zur Beurteilung der Organizität von Beschwerden dar (Urteil des BGer 8C\_447/2010 vom 1. Februar 2011 E. 4.2 m.H. auf BGE 134 V 231 E. 5.2 bis 5.5; vgl. auch Urteil des BGer 8C\_16/2014 vom 3. November 2014 E. 4.2). Entsprechend sind beschwerderelevante Strukturschäden innerhalb der Kopfgelenke, wie sie von Prof. Dr. G. \_\_\_\_\_ vermutet und Prof. Dr. Dr. M. \_\_\_\_\_ befürwortet werden, nicht rechtsgenügend nachgewiesen.

**8.4** Eine weitere Diskrepanz zwischen den vom Beschwerdeführer geschilderten Einschränkungen und seinem Verhalten zeigt sich im Umstand, dass er gemäss eigenen Angaben in der Lage sei, problemlos über längere Zeit (gut eineinhalb bis drei Stunden) ein Auto zu lenken. Dies geht sowohl aus dem interdisziplinären Gutachten vom 19. September 2011 (act. 215.2-23/38) als auch aus dem Privatgutachten von Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 9. Juli 2007 (vgl. act. 146-20) hervor. Offenbar fühlt sich der Beschwerdeführer beim Autofahren nicht wesentlich eingeschränkt, was im Widerspruch zu den geltend gemachten Beschwerden steht, zumal gerade längere Autofahrten eine konstante Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit erfordern. Darüber hinaus wurde der Beschwerdeführer insbesondere auch dabei observiert, wie er bei Fahrmanövern oder beim Rückwärtsfahren den Kopf seitlich und stark über die Schulter nach hinten drehte, was mit der Angabe einer schmerzhaften Einschränkung der Kopfbeweglichkeit nicht vereinbar ist.

**8.5** Sodann fällt auf, dass der Beschwerdeführer gemäss Bericht von Dr. Q. \_\_\_\_\_, Kantonsspital R. \_\_\_\_\_, vom 25. Oktober 1994 angab, es habe sich um einen Auffahrunfall gehandelt und es habe weder Bewusstlosigkeit, Übelkeit noch Erbrechen bestanden. Dr. Q. \_\_\_\_\_ stellte die Diagnosen einer HWS-Distorsion sowie einer LWS- und BWS-Kontusion (act. 5.1-25). Demgegenüber hält der Psychiater Dr. N. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 3. Oktober 2013 fest, der Beschwerdeführer habe infolge des Verkehrsunfalls 1994 ein schweres Schädelhirntrauma erlitten und sei zwei Tage im Koma gelegen (vi act. 5). Vor dem Hintergrund, dass die sogenannten *spontanen Aussagen der ersten Stunde* in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2a), ist das angebliche Vorliegen eines zweitägigen Komats mit den Angaben gleich nach dem Unfallereignis unvereinbar.

**8.6** Weiter wurden im Bericht der Rehaklinik S. \_\_\_\_\_ vom 5. April 1995 durch PD Dr. med. T. \_\_\_\_\_ und Dr. med. U. \_\_\_\_\_ folgende Diagnosen genannt: HWS-Distorsion, cervico- und cervico-cephales Syndrom, funktionelle neuropsychologische Defizite, funktionelle Visusstörungen, rechtsbetonte temporo-mandibuläre Dysfunktion, Schwindel und posttraumatische sexuelle Dysfunktion. Gleichzeitig wurde auch festgehalten, der Beschwerdeführer sei im Zeitpunkt des Unfalls angegurtet und sein Auto sei mit Kopfstützen ausgestattet gewesen. Nach dem Unfall sei er aus dem

Wagen ausgestiegen und es habe kein Bewusstseinsverlust, keine Übelkeit und kein Erbrechen vorgelegen. Ein Kopfanprall lag demnach nicht vor. Ferner werden die Angaben in Dr. Q. \_\_\_\_\_ Bericht vom 25. Oktober 1994, wonach der Beschwerdeführer nach dem Unfall nicht bewusstlos war, bestätigt. Im Ergebnis wurden keine Hirnfunktionsstörungen festgestellt, sodass sich die von Dr. N. \_\_\_\_\_ Jahrzehnte später gestellte Diagnose eines schweren Schädelhirntraumas als unzutreffend erweist.

**8.7** Schliesslich steht auch die vom Beschwerdeführer mehrfach angegebene Geräusch- und Lichtüberempfindlichkeit (vgl. act. 5.1-17, 146-20, vi act. 5) im Widerspruch mit den im Observationsmaterial dokumentierten Besuchen der Herbst- und Erlebnismesse, wo er sogar selbst auf den Putschautos mitfuhr und sich dabei bewusst den bei einem Aufprall auf den Körper wirkenden Kräften aussetzte (vgl. E. 7.2.1 vorstehend).

**8.8** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich allein schon aus den medizinischen Akten zahlreiche Unstimmigkeiten und Inkonsistenzen ergeben, die deutlich für das Vorliegen von Ausschlussgründen und damit gegen das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens sprechen. Das im vorliegenden Fall verwertbare Observationsmaterial bestätigt dieses Ergebnis, liefert aber darüber hinaus keine neuen Erkenntnisse, die nicht bereits schon aus der medizinischen Aktenlage gewonnen werden konnten. Sodann vermöchte auch eine erneute Begutachtung die aktenkundigen Unstimmigkeiten und Inkonsistenzen nicht zu beseitigen. Entsprechend liegt eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers vor, wobei nicht zu beanstanden ist, dass die Vorinstanz angenommen hat, diese sei zumindest seit dem Zeitpunkt des Observationsschlusses im Mai 2006 eingetreten. Die Aufhebung der Rente ist somit grundsätzlich gerechtfertigt. Bei diesem Ergebnis erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens unter Berücksichtigung der massgeblichen Indikatoren gemäss BGE 141 V 281.

## **9.**

Die Vorinstanz hat mit Verfügung vom 28. Oktober 2014 die Rente des Beschwerdeführers per 1. Mai 2006 aufgehoben. Mit Vernehmlassung vom 4. Februar 2015 beantragte sie die Aufhebung per 1. September 2006. Im Folgenden ist die Zulässigkeit der rückwirkenden Rentenaufhebung zu prüfen.

**9.1** Der Beschwerdeführer beruft sich auf Art. 85 Abs. 2 i.V.m. Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 Bst. b IVV und macht geltend, die Herabsetzung einer Rente erfolge

grundsätzlich auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats. Rückwirkend werde die Rente nur herabgesetzt oder aufgehoben, wenn die unrichtige Ausrichtung einer Leistung darauf zurückzuführen sei, dass der Bezüger sie unrechtmässig erwirkt habe oder der ihm gemäss Art. 77 IVV zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen sei. In Bezug auf die mit einer Strafverfolgung verbundenen Tatbestände (Art. 70 IVG i.V.m. Art. 87 Abs. 1 und 5 AHVG) sei kein Strafverfahren aktenkundig. Zudem sei nicht von einer ursprünglich rechtswidrigen Rentenzusprache auszugehen. Einem allfälligen Vorwurf der unrechtmässigen Erwirkung von Rentenleistungen würde es an jeglicher Grundlage fehlen. Dass aggravatorisches Verhalten im Raum stehe, genüge dafür nicht (BVGer act. 1-10).

**9.2** Stehen wie hier invalidenversicherungsrechtliche Aspekte zur Diskussion, gilt es grundsätzlich, mit Wirkung ex nunc et pro futuro einen rechtskonformen Zustand herzustellen (Urteil des BGer 9C\_343/2012 vom 11. Oktober 2012 E. 2.2; Art. 85 Abs. 2 i.V.m. Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV). Die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente erfolgt gemäss Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV in der bis 31. Dezember 2014 in Kraft gestandenen Fassung frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Bst. a) oder rückwirkend vom Eintritt der für den Anspruch erheblichen Änderung, wenn die unrichtige Ausrichtung der Leistung darauf zurückzuführen ist, dass der Bezüger sie unrechtmässig erwirkt hat oder der ihm gemäss Art. 77 IVV zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen ist (Bst. b).

**9.3** Für den Tatbestand der unrechtmässigen Erwirkung einer Leistung ist erforderlich, dass durch das Verhalten der versicherten Person letztlich ein Entscheid erwirkt worden sein muss, auf dessen Grundlage die Leistung erbracht wird (Urteil des BGer 9C\_338/2015 vom 12. November 2015 E. 4.1). Die letzte rentenbestätigende Verfügung wurde am 17. Mai 2004 erlassen (act. 84). Dass diese Verfügung aufgrund eines unrechtmässigen Verhaltens des Beschwerdeführers ergangen ist, ist weder erstellt noch wird solches von der Vorinstanz vorgebracht. Im Übrigen ergeben sich die Ausschlussgründe auch erst aus dem Observationsmaterial von 2005/2006 und dem interdisziplinären versicherungsmedizinischen Gutachten vom 19. September 2011.

**9.4** Der Tatbestand der Meldepflichtverletzung setzt ein schuldhaftes Fehlverhalten voraus, wobei bereits eine leichte Fahrlässigkeit genügt. Zudem musste gemäss Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 Bst. b IVV in der bis 31. Dezember 2014

in Kraft gestandenen Fassung die Verletzung der Meldepflicht für den unrechtmässigen Leistungsbezug kausal gewesen sein (vgl. Urteil des BGer 8C\_601/2016 vom 29. November 2016 E. 6.1; BGE 118 V 214 E. 2a und E. 3b in fine; 142 V 259 E. 3.2.1). Die Pflicht zur Meldung veränderter Verhältnisse ist sowohl in Art. 31 Abs. 1 ATSG als auch in Art. 77 IVV verankert. Demnach sind Rentenberechtigte verpflichtet, jede für den Leistungsanspruch wesentliche Änderung, namentlich eine solche des Gesundheitszustandes, der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit, unverzüglich der IV-Stelle zu melden. Dies kann jedoch in guten Treuen nicht so verstanden werden, dass bei unterschiedlicher Auffassung über den Gesundheitszustand die versicherte Person verpflichtet wäre, das von ihr bestrittene Ergebnis der Begutachtung im Sinne einer Meldung an die Verwaltung vorwegzunehmen. Dies gilt jedenfalls, soweit keine Anhaltspunkte für eine Ausschöpfung der hinzugewonnenen Arbeitsfähigkeit bestehen, was im vorliegenden Fall zutrifft (vgl. Urteil des BGer 9C\_343/2012 vom 11. Oktober 2012 E. 4.6). Eine Meldepflichtverletzung wird dadurch im vorliegenden Fall nicht ausgeschlossen. Aus dem Observationsmaterial ergibt sich nämlich, dass der Beschwerdeführer in der Lage war, ohne sichtliche Einschränkungen ein Auto zu lenken, und namentlich auch die für Fahrmanöver wie dem Rückwärtsfahren erforderlichen Kopfbewegungen ausführen konnte. Ferner konnte bei der Observation festgestellt werden, dass der Beschwerdeführer oft unterwegs war, verschiedene Aktivitäten bewältigen konnte und auf der Herbstmesse sogar bei den Putschautos mitfuhr (vgl. E. 7.2.1 vorstehend). Dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers erheblich verbessert hatte, ergibt sich denn auch aus dem interdisziplinären versicherungsmedizinischen Gutachten vom 19. September 2011. Gerade die wiedererlangte Kopfbeweglichkeit wie auch das an den Tag gelegte Aktivitätsniveau stellen wesentliche Verbesserungen des Gesundheitszustands dar, welche der Beschwerdeführer hätte melden müssen. Indem er dies unterliess, hat er eine mindestens leicht fahrlässige und damit schuldhaftige Meldepflichtverletzung begangen, die im Übrigen auch kausal für die Weiterausrichtung der Rentenleistungen war. Die IV-Stelle Luzern erlangte nämlich erst zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von der durch die Haftpflichtversicherung durchgeführte Observation (vgl. Akteneinsichtsgesuch der IV-Stelle Luzern an die Haftpflichtversicherung vom 21. Juni 2006, act. 121) und stellte die Rentenzahlungen nach deren Auswertung des Observationsmaterials per September 2006 faktisch ein.

**9.5** Nach dem Gesagten ist eine rückwirkende Rentenaufhebung zufolge Vorliegens einer Meldepflichtverletzung im Sinne von Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2

Bst. b IVV zulässig. Die für den Anspruch erhebliche Änderung des Gesundheitszustands trat spätestens im Zeitpunkt des Observationsschlusses am 1. Mai 2006 ein. Damit ist die Rente des Beschwerdeführers per 1. Mai 2006 aufzuheben.

#### **10.**

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Vorinstanz mit der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 28. Oktober 2014 die Rente des Beschwerdeführers zu Recht per 1. Mai 2006 aufgehoben hat. Demzufolge ist die Beschwerde abzuweisen.

#### **11.**

**11.1** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die auf Fr. 400.– festzusetzenden Verfahrenskosten dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

**11.2** Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

*Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.*

## **Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Die Verfahrenskosten von Fr. 400.– werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Der einbezahlte Kostenvorschuss wird zur Bezahlung der Verfahrenskosten verwendet.

**3.**

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. \_\_\_\_\_; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

David Weiss

Tania Sutter

## **Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). 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 der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: