

# **BVGer C-38/2015 vom 19. September 2017**

Bundesverwaltungsgericht, 2017-09-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-38\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-38_2015)

FR: TAF C-38/2015 du 19 septembre 2017

IT: TAF C-38/2015 del 19 settembre 2017

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 22a Abs. 1 Bst. c, Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 38 Abs. 4 Bst. c und Art. 60 ATSG).

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 20. November 2014. Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) vorgesehen, hat die kantonale IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Beschwerdeführer in seiner Eigenschaft als Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, das Leistungsbegehren entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die angefochtene Verfügung erlassen hat. Prozessthema ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland. 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. Soweit 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 (BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 8C\_707/2014 vom 19. Januar 2015 E. 2).

### **E. 3.2**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 20. November 2014) 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).

### **E. 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 Verfügung vom 20. November 2014 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

### **E. 4**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet, so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

### **E. 5.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

### **E. 5.2**

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

### **E. 5.3**

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

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

#### **E. 5.4**

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades bei Erwerbstätigen 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wäre sie nicht invalid geworden (Art. 16 ATSG).

#### **E. 5.5**

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).

#### **E. 5.6**

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 über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

#### **E. 6.1**

Die Vorinstanz geht in der angefochtenen Verfügung gestützt auf das neurologisch-psychiatrische Gutachten vom 30. November/21. Dezember 2013 davon aus, dass dem Beschwerdeführer die Ausübung seiner angestammten Tätigkeit als Logopäde sowie jeglicher seinen Leiden angepassten Verweistätigkeiten zu 80 % zumutbar ist. Gestützt darauf ermittelte sie einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 20 %. Im Rahmen der Invaliditätsbemessung hat sie dabei zur Bestimmung des Invalideneinkommens das effektive Einkommen des Beschwerdeführers im Jahr 2013 bei einem 60 %-Pensum auf ein 80 %-Pensum umgerechnet.

#### **E. 6.2**

Der Beschwerdeführer geht demgegenüber davon aus, dass ihm die Ausübung der Tätigkeit als Logopäde wie auch einer leidensangepassten Verweistätigkeit lediglich noch zu 60 % zumutbar ist. Er stützt sich dabei im Wesentlichen auf die Einschätzung seines behandelnden Psychiaters. Er beanstandet, dass der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt worden sei, weil trotz der vielschichtigen Gesundheitsschäden keine polydisziplinäre Begutachtung durchgeführt worden sei. Er geht aber davon aus, dass auch bereits aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage ein Rentenanspruch bestehen würde, weil im Rahmen der Schadenminderungspflicht von ihm nicht verlangt werden könne, eine andere Stelle zu suchen, bei der er mit dem maximal zumutbaren Pensum von 80 % arbeiten könnte, da dies die Erwerbseinbusse erhöhen würde. Seine Arbeitgeberin sei nicht bereit, sein aktuelles 60 %-Pensum zu erhöhen. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens sei daher von der aktuellen Stelle mit einem Pensum von 60 % auszugehen. Auf eine Rückweisung der Sache könne daher verzichtet werden. Eine Rückweisung zur Neuabklärung werde jedoch als Eventualbegehren beantragt.

## **E. 7**

In den Akten finden sich zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen die folgenden Angaben:

### **E. 7.1**

Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie, berichtete am 17. Mai 2004, dass der Beschwerdeführer seit 1972 an einem Diabetes mellitus Typ I (E11.90 G) leidet, wobei sich keine diabetische Nephropathie entwickelt habe. Als weitere Diagnose hielt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ eine arterielle Hypertonie (I10.90 G) fest (IV-act. 13 S. 14).

### **E. 7.2**

Laut dem Bericht des Augenarztes Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 17. November 2008 leidet der Beschwerdeführer an einer angeborenen Sehschwäche. Die Sehschärfe auf dem rechten Auge mit Brillenkorrektur betrage 100 %, auf dem linken Auge etwa 10 % (IV-act. 13 S. 21). Im Bericht vom 5. Oktober 2010 führte Dr. med. E.\_\_\_\_\_ als Diagnosen eine Myopie rechts und eine Schielamblyopie links auf. Hinweise auf diabetische Hintergrundveränderungen fand er nicht (IV-act. 13 S. 13).

### **E. 7.3**

Am 11. Oktober 2008 stürzte der Beschwerdeführer beim Abstellen seines Motorrades auf die Schulter (vgl. Schadenmeldung vom 16. Oktober 2008; IV-act. 14 S. 3) und erlitt dabei eine AC-Gelenksluxation Typ Tossy III links. Das Schultergelenk wurde am 14. Oktober 2008 in der Klinik F.\_\_\_\_\_ operativ mittels einer Platte stabilisiert (Bericht vom 20. Oktober 2008; act. 14 S. 5 ff.). Wegen einer Instabilität wurde am 3. November 2008 eine Re-Osteosynthese durchgeführt (Bericht vom 3. November 2008; IV-act. 14 S. 8 ff.). Am 13. Februar 2009 wurde die Platte bei stabilen Verhältnissen am AC-Gelenk wieder entfernt (Bericht 13. Februar 2009; IV-act. 14 S. 12 ff.). Gemäss Zwischenbericht des behandelnden Orthopäden vom 15. Mai 2009 konnte der Beschwerdeführer die Arbeit am 9. März 2009 wieder zu 100 % aufnehmen (IV-act. 14 S. 20). Im Rahmen der postoperativen Kontrolluntersuchungen wurde hinsichtlich der Schulter ein positiver Verlauf geschildert. Es wurde jedoch ein Verdacht auf eine Arthritis des oberen linken Sprunggelenks geäussert (IV-act. 14 S. 21 ff.). Im Verlaufseintrag vom 3. August 2009 wurde eine posttraumatische Sprunggelenksverletzung links nach Motorradunfall vom 11. Oktober 2008 mit Status nach Abpunktion eines hämorrhagischen Gelenksergusses am 13. November 2008 aufgeführt

(IV-act. 14 S. 24). Am 6. August 2009 schilderte der Beschwerdeführer bereits eine deutliche Verbesserung der Beschwerden am Sprunggelenk, so dass auf die Vornahme weiterer Abklärungen verzichtet wurde (IV-act. 14 S. 26).

#### **E. 7.4**

Eigenen Angaben zufolge litt der Beschwerdeführer in der Vergangenheit bereits mehrmals (1993, 1994/1995 und 1999) an depressiven Episoden (IV-act. 17 S. 3). Am 15. Mai 2012 berichtete der behandelnde Psychiater Dr. med. G. \_\_\_\_\_, dass es dem Beschwerdeführer laut eigenen Angaben seit rund fünf Jahren wieder zunehmend schlecht gehe. Er nannte als Diagnose eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2; IV-act. 13 S. 12). Vom 29. Mai bis 10. Juli 2012 wurde der Beschwerdeführer in der psychiatrischen Klinik H. \_\_\_\_\_ stationär behandelt. Im ausführlichen Austrittsbericht vom 14. August 2012 wurden als psychiatrische Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1; Differenzialdiagnose: ICD-10: F33.1), ein Erschöpfungssyndrom (ICD-10: Z73.0), akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) sowie Belastungen am Arbeitsplatz (ICD-10: Z56) aufgeführt. Als somatische Diagnosen wurden ein Diabetes mellitus Typ I (ICD-10: E10.2) mit Nephropathie und hervorragender Einstellung mit Insulin in Eigenregie, eine arterielle Hypertonie (ICD-10: I10), eine Coxarthrose links bei Status nach Epiphysenlösung/Operation beidseits 1970, ein Status nach Diskushernie C5/6 mit radikulärem Reiz- und Ausfallsyndrom links sowie ein Status nach Töffunfall 2008 mit Hämarthrose OSG links und Acromionluxation links genannt. Die Klinikärzte attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 25. Juli 2012 und empfahlen einen schrittweisen Arbeitseinstieg mit einem Pensum von zunächst rund 40-50 % für die ersten vier bis sechs Wochen und eine schrittweise Erhöhung nach weiterer Stabilisierung auf 60 % und danach auf 80 % (IV-act. 17). Dr. med. G. \_\_\_\_\_ berichtete am 26. Juli 2012, dass der Aufenthalt in der Klinik dem Beschwerdeführer sichtlich gut getan habe. Als Diagnose nannte er eine gesicherte schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2 G; IV-act. 13 S. 9).

#### **E. 7.5**

Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, berichtete im IV-Arztbericht (Eingang: 19. Januar 2013) von einer seit Jahren bestehenden, mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F 32.1; DD: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode [ICD-10: F33.1]). Weiter nannte er in seinem handschriftlichen, zum Teil nur schwer entzifferbaren Bericht als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen Diabetes mellitus Typ I (insulinpflichtig, bisher kein Hinweis auf Spätsyndrom), eine beginnende Coxarthrose links bei einem Status nach einer Operation wegen einer Epiphysiolyse in der Jugend, einen Status nach einem Bandscheibenprolaps C5/6 (konservativ behandelt, Restparese im linken Arm), einen Status nach Operation einer AC-Gelenksluxation nach einem Töffunfall im Oktober 2008, arterielle Hypertonie sowie eine Amblyopie auf dem linken Auge. Der Beschwerdeführer habe sein Pensum bereits auf 80 % reduziert und sei zurzeit noch arbeitsfähig. Aufgrund der Belastung am Arbeitsplatz sei mit einer Arbeitsunfähigkeit zu rechnen. Es sei nicht absehbar, in welchem Umfang eine behinderungsangepasste Tätigkeit möglich sein werde (IV-act. 13 S. 1 ff.).

#### **E. 7.6**

Auf Veranlassung des seit 10. Juli 2012 behandelnden Psychiaters Dr. med. Dipl. Psych. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, wurde eine MRI-Untersuchung des Schädels (IV-act. 22 S. 13) sowie eine neuropsychologische Untersuchung im Spital K.\_\_\_\_\_ durchgeführt. Dr. phil. L.\_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, hielt in ihrem Bericht vom 25. März 2013 als Diagnosen leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störungen (Exekutivfunktionen, Aufmerksamkeit), eine rezidivierende Depression (aktuell leichte Episode) sowie eine zerebrovaskuläre Mikroangiopathie (MRI vom 11. Februar 2013) fest. Sie führte aus, dass nach Angaben des Beschwerdeführers ein Arbeitspensum von 75 % die obere Belastungsgrenze darstelle. Eine Pensumserhöhung scheine vor dem Hintergrund der sich nicht verbessernden körperlichen Beschwerden nicht realistisch zu sein (IV-act. 22 S. 9 ff.).

#### **E. 7.7**

Im IV-Arztbericht (Eingang am 8. April 2013) hielten Dr. med. Dipl. Psych. J.\_\_\_\_\_ und die Psychologin lic. phil. M.\_\_\_\_\_ als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33; letzte Episode seit Mai 2012) sowie ein primär insulinabhängiger Diabetes mellitus Typ I seit der Kindheit fest. Als Folgeschäden des Diabetes nannten sie leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störungen (Exekutivfunktionen, Aufmerksamkeit) und eine cerebrovaskuläre Mikroangiopathie. Sie attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % für die Tätigkeit als Logopäde seit 1. Mai 2012 bis auf Weiteres (IV-act. 22).

#### **E. 7.8**

Der Beschwerdeführer wurde am 26. November 2013 bzw. am 29. November 2013 im Auftrag der kantonalen IV-Stelle bidisziplinär begutachtet:

##### **E. 7.8.1**

Im neurologischen Gutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_\_ vom 30. November 2013 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: - Verdacht auf kognitive Defizite mit/bei unspezifischen Läsionen im periventrikulären Marklager beidseits bei - Diabetes mellitus I - Arterieller Hypertonie - Linksseitiges, mässig ausgeprägtes, unteres Cervikalsyndrom mit - residuellen diskreten motorisch-radikulären Ausfällen C5 links - schmerzhafter Funktion ohne relevante Funktionseinschränkung - Status nach AC-Gelenksluxation Typ Tossy III links im Bereich der linken Schulter am 11.10.08 - Status nach operativer Stabilisation mit Balser-Platte am 14.10.08 - Status nach Re-Osteosynthese bei Schraubenlockerung am 03.11.08 - Status nach Arthroskopie mit subakromialer Adhäsiolyse und Metallentfernung am 13.02.09 Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte der Gutachter: - Arterielle Hypertonie - Angeborene Amblyopie und ausgeprägte Visusminderung links - Adipositas I Aufgrund der cervikalen Problematik und auch der Schulterproblematik links (deren Symptome und Auswirkungen nicht sicher voneinander abgegrenzt werden könnten), attestierte der Gutachter aus neurologischer Sicht eine Unzumutbarkeit für körperlich schwere Tätigkeiten, insbesondere auch für repetitive Arbeiten über Schultergürtelhöhe. Er bestätigte die von der Neuropsychologin Dr. phil. L.\_\_\_\_\_ getroffene Annahme, dass die kognitive Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im Rahmen von schwankenden Blutzuckerwerten schwanken könnte. Diese Schwankungen führten zu einer Einschränkung der Arbeitseffizienz infolge schwankender Leistungen, vorwiegend für Tätigkeiten mit überdurchschnittlichen kognitiven Anforderungen, wie bei der Tätigkeit als Logopäde. Die Einschränkung der quantitativen Leistungsfähigkeit im Beruf als Logopäde könne

angesichts der beruflichen Anforderungen auf 20 % bezogen auf ein volles Pensum eingeschätzt werden. Die Einschränkung gelte seit spätestens März 2013, als die neuropsychologische Abklärung erfolgt sei. Wahrscheinlich bestehe sie schon länger, was aber aufgrund der Datenlage nicht mit genügender Sicherheit definiert werden könne. Zumutbar seien körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne repetitive Arbeiten über Schulterhöhe ganztags. Bei überdurchschnittlichen Anforderungen an die kognitive Leistungsfähigkeit sei ebenfalls ein volles Pensum mit einer Einschränkung der Effizienz von 20 % zumutbar.

### **E. 7.8.2**

Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. O. \_\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2013 wurde eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig knapp leichtgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F33.00) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter akzentuierte (impulsive/narzisstische) Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1), Probleme in Verbindung mit der Berufstätigkeit (ICD-10: Z56) sowie sonstige, nicht näher bezeichnete Probleme in der primären Bezugsgruppe (ICD-10: Z63.8) auf. Der Gutachter kam zum Schluss, dass sich aus rein psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % begründen lasse ohne zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit. Während des stationären Klinikaufenthalts vom 29. Mai bis 10. Juli 2012 sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen. Danach sei ein langsamer Wiedereinstieg in das Erwerbsleben erfolgt. Spätestens seit Ende 2012 lasse sich aus psychiatrischer Sicht lediglich noch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % begründen ohne zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit. Es könne nicht davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer in einer alternativen Tätigkeit seine verbleibenden Fähigkeiten besser verwerten könnte, die Beschwerden seitens der Depression dürften sich in allen Tätigkeiten in etwa gleichem Ausmass auswirken.

### **E. 7.8.3**

In der Konsensbesprechung vom 9. Dezember 2013 wurde festgehalten, dass sowohl aus neurologischer wie auch aus psychiatrischer Sicht aktuell eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in gleich hohem Ausmass vorliege; es ergebe sich aber kein additiver Effekt. In bidisziplinärem Konsens bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % sowohl in der angestammten als auch in einer alternativen Tätigkeit seit spätestens Ende 2012. Zuvor sei der Beschwerdeführer während der Hospitalisation vom 29. Mai bis 10. Juli 2012 vollständig arbeitsunfähig gewesen.

### **E. 7.9**

Der RAD-Arzt Dr. med. P. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Stellungnahme vom 5. Februar 2014 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: - Depression, leichtgradig und ohne somatisches Syndrom (F33.00) - Verdacht auf Kognitionsverminderung bei Zuckerkrankheit / Blutdruckerhöhung (F06.71) - Cervikalsyndrom (M53) - Status nach Schulterluxation (2008) Die Arbeitsfähigkeit als Logopäde und in Verweistätigkeiten legte der RAD-Arzt auf 80 % fest.

### **E. 7.10**

Im einwandweise eingereichten Bericht von Dr. med. Dipl. Psych. J. \_\_\_\_\_ vom 14. Mai 2014 wurde ausgeführt, dass der Beschwerdeführer angesichts des bisherigen Krankheitsverlaufs und der vorliegenden Untersuchungsergebnisse (Neuropsychologie und

Bildgebung) primär an einer organisch (vor allem durch den immer wieder entgleisenden juvenilen insulinpflichtigen Diabetes) bedingten Einschränkung seiner Leistungsfähigkeit leide, die sich sekundär im Sinne einer depressiven Verarbeitung und Bedrohung seines Selbstwertgefühls psychisch auswirke. Daher seien die Diagnosen einer organisch bedingten psychischen Störung (affektive und kognitive Störung gemischt, ICD-10: F06.9) sowie einer (reaktiven) rezidivierenden depressiven Störung, zurzeit sicher wieder mittelgradig mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.1), zu stellen. Aus seiner Sicht sei dem Beschwerdeführer ein Arbeitspensum über 60 % als Logopäde in keinem Fall zumutbar (IV-act. 44).

## **E. 8**

Zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht davon ausgeht, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Logopäde (und in Verweistätigkeiten) zu 80 % arbeitsfähig ist bzw. ob sich der medizinische Sachverhalt als genügend abgeklärt erweist.

### **E. 8.1**

Die Vorinstanz stützt sich massgeblich auf das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ und Dr. med. O. \_\_\_\_\_ vom 30. November/21. Dezember 2013, das die Fachrichtungen der Neurologie und der Psychiatrie umfasst. Die beiden Gutachter verfügen über entsprechende Facharztstitel und waren somit in ihren Fachgebieten grundsätzlich zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers befähigt. Für die vorliegend umstrittene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als Logopäde stehen die kognitiven Defizite (verminderte Belastbarkeit, verminderte Konzentrationsfähigkeit, verminderte Gedächtnisleistung und reduzierte Aufnahmefähigkeit) und die depressive Erkrankung im Vordergrund, die in den Fachbereich der Neurologie und der Psychiatrie fallen und zu deren Beurteilung die beiden Gutachter zweifellos fachlich qualifiziert waren. Gemäss der Einschätzung der begutachtenden und behandelnden Ärzte stehen die Hirnleistungsprobleme im Zusammenhang mit dem seit vielen Jahren bestehenden Diabetes mellitus Typ I. Daneben leidet der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung an Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule, der Schulter und der Hüfte. Zudem besteht seit Geburt eine starke Sehschwäche auf dem linken Auge.

### **E. 8.2**

Der Beschwerdeführer macht geltend, es habe aufgrund der zahlreichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen einer polydisziplinären und nicht nur bidisziplinären Begutachtung bedurft. Er ist der Ansicht, dass die gesundheitlichen Probleme nicht offensichtlich klar auf die Fachgebiete der Neurologie und der Psychiatrie beschränkt seien. So seien gemäss den Arztberichten Schädigungen von Blutgefässen, die das Fachgebiet der Angiologie betreffen, bekannt. Weiter bestünden ein schwerer Diabetes sowie Beschwerden an der Halswirbelsäule, die alle zumindest möglicherweise Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben könnten. Er verweist zudem auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung, wonach die Erstbegutachtung grundsätzlich polydisziplinär und damit zufallsbasiert anzulegen sei. In seiner Replik lässt der Beschwerdeführer vorbringen, dass es sich beim Diabetes um eine Stoffwechselerkrankung handle. Ein Bezug zum Nervensystem und damit zum Fachgebiet der Neurologie sei nicht erkennbar. Da bei einer HWS-Problematik oft auch Nerven beeinträchtigt seien, bestehe zwar eine gewisse Nähe zum Fachgebiet eines Neurologen, dennoch falle die Beurteilung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates in das

Fachgebiet der Orthopädie oder der Rheumatologie. Der Beschwerdeführer beruft sich zudem auf den Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. Dipl. Psych. J. \_\_\_\_\_ vom 14. Mai 2014, wonach die multifaktorielle Genese der Einschränkungen des Beschwerdeführers im bidisziplinären Gutachten völlig unzureichend gewürdigt worden sei. Insbesondere fehle eine dringend erforderliche internistische gutachterliche Stellungnahme des chronischen und schwer einstellbaren juvenilen Diabetes und der daraus entstandenen Mikroangiopathie (Schädigung der kleinen Gefässe), die in einem Schädel-MRI nachweisbar gewesen sei. Die Komplexität der Symptome und Einschränkungen erfordern laut Dr. med. Dipl. Psych. J. \_\_\_\_\_ dringend ein multidisziplinäres Gutachten durch eine geeignete Institution (IV-act. 44).

### **E. 8.3**

Die Vorinstanz stellt sich dagegen auf den Standpunkt, dass der für den Rentenanspruch relevante Gesundheitsschaden des Beschwerdeführers ausschliesslich die Fachdisziplinen der Neurologie und der Psychiatrie betreffe, weshalb die vom Beschwerdeführer verlangte polydisziplinäre Begutachtung nicht nötig sei. In ihrer Vernehmlassung hielt sie fest, dass dem Diabetes im bidisziplinären Gutachten ausführlich Rechnung getragen worden sei. Der Umstand, dass der Diabetes möglicherweise an den neuropsychologischen Störungen mitbeteiligt sei, sei mit der Leistungsminderung von 20 % berücksichtigt worden. Die aus neurologischer Sicht attestierte Unzumutbarkeit für körperlich schwere Tätigkeiten sowie für repetitive Tätigkeiten über Schulterhöhe würde die HWS-Problematik genügend beachten. Damit seien alle geklagten Beschwerden im Rahmen des bidisziplinären Gutachtens berücksichtigt worden.

### **E. 8.4**

Nach der Rechtsprechung ist die umfassende administrative Erstbegutachtung regelmässig polydisziplinär anzulegen, sofern die medizinische Situation nicht offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt (BGE 139 V 349 E. 3.2; 137 V 210 E. 1.2.4). Allein der Umstand, dass Beschwerden verschiedener Art vorliegen, bedingt aber noch nicht, dass eine polydisziplinäre Begutachtung durchzuführen ist (Urteil des BGer 8C\_863/2015 vom 12. Februar 2016 E. 3; 8C\_38/2015 vom 1. Juni 2015 E. 4.2.2). Beschlägt der Gesundheitszustand verschiedene Aspekte, bestehen aber keine hinreichenden Anhaltspunkte darauf, dass diese zu einer (zusätzlichen) Einschränkung in einer leidensangepassten Tätigkeit führen, kann auf eine polydisziplinäre Begutachtung verzichtet werden (vgl. Urteil des BGer 8C\_863/2015 vom 12. Februar 2016 E. 3; vgl. auch Urteil des BGer 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.2). Zudem ist zu beachten, dass rechtsprechungsgemäss zwischen ärztlich gestellten Diagnosen und Arbeitsunfähigkeit - und zwar sowohl bei somatisch dominierten als auch bei psychisch dominierten Leiden - keine Korrelation besteht (BGE 140 V 193 E. 3.1). Vielmehr sind die funktionellen Auswirkungen der Beschwerden für die Belange der Invalidenversicherung entscheidend (Urteil des BGer 9C\_617/2008 vom 6. August 2009 E. 4.5).

### **E. 8.5**

Die zur Beurteilung des Gesundheitsschadens notwendigen Fachdisziplinen sind in erster Linie von Medizinern zu bezeichnen, das heisst auch vom Regionalen Ärztlichen Dienst als beratende Stelle der IV-Stellen (Art. 59 Abs. 2bis IVG, Art. 49 IVV; Urteil 9C\_344/2012 vom 24. Oktober 2012 E. 4.2 mit Hinweis). Es ist zudem Sache der beauftragten Gutachter, allenfalls weitere notwendige Fachdisziplinen beizuziehen oder die Auftraggeberin auf die

ihrer Meinung nach zutreffenden Fachdisziplinen hinzuweisen, was unter Umständen zu einer Rückgabe des Auftrags führen kann (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.3). Vorliegend wurde die bidisziplinäre Begutachtung auf Anweisung des RAD-Arztes Dr. med. P. \_\_\_\_\_ vom 14. Juni 2013 veranlasst. Dieser erteilte den Auftrag in Kenntnis der Aktenlage und der verschiedenen Leiden des Beschwerdeführers (IV-act. 29 S. 2). Es lag in der Kompetenz des RAD, die Fachrichtungen Neurologie und Psychiatrie für die Begutachtung vorzusehen, nicht aber zusätzliche Fachrichtungen. Am 11. Juli 2014 bestätigte auch die RAD-Ärztin Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, dass keine Einschränkungen in anderen Disziplinen bestünden, weshalb auf eine polydisziplinäre Begutachtung verzichtet werden könne (IV-act. 50). Des Weiteren haben auch die beiden Gutachter in Kenntnis der gesamten medizinischen Aktenlage, insbesondere des MRI-Befundes vom 11. Februar 2013, keinen Hinweis angebracht, dass noch zusätzliche Abklärungen in einem weiteren medizinischen Fachbereich für eine Begutachtung erforderlich sein sollten, um eine umfassende Beurteilung vorzunehmen (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_656/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 3.2).

#### **E. 8.6**

In Bezug auf die vorliegenden Diagnosen betreffend Stütz- und Bewegungsapparat ergeben sich keine Anhaltspunkte aus den Akten, dass diese die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als Logopäde beeinträchtigen. Den geklagten Schmerzen im Bereich der Hüfte und im Nacken sowie den Kraftverlust auf der linken Seite der Schulter und im Oberarmbereich (ohne Gefühlsstörungen) wurde mit der vom neurologischen Gutachter attestierten Unzumutbarkeit für körperlich schwere Arbeiten und repetitiven Arbeiten über Schulterhöhe ausreichend Rechnung getragen. Es ist davon auszugehen, dass ein Facharzt für Neurologie, welcher sich mit der Erforschung, Diagnostik und Behandlung der Erkrankungen des Nervensystems und der Muskulatur befasst (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2013, 264. Aufl. 2012, S. 1458), fachlich qualifiziert ist, die Beschwerden im Bereich des Nackens, die sich mit jenen der Schulter überschneiden, mit Blick auf ein radikuläres Geschehen ebenso wie die Notwendigkeit weiterer Abklärungen zuverlässig beurteilen kann (vgl. Urteil des BGer 9C\_432/2014 vom 10. Dezember 2014 E. 3.3.2 und 9C\_851/2012 vom 5. März 2013 E. 4.4.2). Zwar hat der Gutachter darauf hingewiesen, dass er zur Beurteilung der Hüftbeschwerden nicht kompetent sei. Es ist aber nicht ersichtlich, inwiefern die Hüftprobleme die Arbeit als Logopäde zusätzlich einschränken würden. So sind auch dem Bericht des Hausarztes, der sämtliche somatischen Beschwerden unter den Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt hat, keine derartigen Hinweise zu entnehmen (IV-act. 13). Schliesslich ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer trotz der seit längerer Zeit bestehenden Beschwerden im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates während Jahren vollschichtig als Logopäde erwerbsfähig war.

#### **E. 8.7**

Was den seit 1973 bestehenden Diabetes anbelangt, so richtet sich eine daraus ergebende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach der Schwere des Diabetes, nach der Einstellbarkeit und nach Art und Ausmass der diabetischen Spätkomplikationen (vgl. Wegleitung zur Einschätzung der zumutbaren Arbeitstätigkeit nach Unfall und bei Krankheit der Swiss Insurance Medicine [SIM], 2013, S. 18). Nach der Rechtsprechung ist davon auszugehen, dass mit einem adäquat behandelten, gut eingestellten Diabetes mellitus in der Regel keine Arbeitsunfähigkeit verbunden ist. Anders als bei einem entgleisten

Diabetes, der eine dauernde Arbeitsunfähigkeit bewirken kann, ergibt sich eine Einschränkung hier allenfalls aus dem Risiko einer plötzlichen Unterzuckerung, weshalb gewisse Berufe wegen Fremd- oder Eigengefährdung, wie der Arbeit an Maschinen, mit Fahrzeugen oder sonstigem hohem Gefahrenpotential nicht als geeignet erscheinen. Das gilt auch für Tätigkeiten, bei denen sich der Diabetiker nicht um seine Stoffwechselkontrolle kümmern kann (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 94/06 vom 23. August 2006 E. 3.3; vgl. auch Urteil des BGer 8C\_903/2014 vom 13. August 2015 E. 4.3). Diesem Risikoprofil trägt die Tätigkeit als Logopäde zweifellos Rechnung. Laut dem neurologischen Gutachter ergaben sich im klinischen Status keine Hinweise auf diabetische Folgeschäden, insbesondere keine Polyneuropathie. Das stimmt mit der Einschätzung des Hausarztes überein, der den Diabetes als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt und festgehalten hat, dass keine Hinweise auf ein Spätsyndrom vorlägen (IV-act. 13). Die Aussage des behandelnden Psychiaters, dass der Diabetes schlecht eingestellt sei (IV-act. 22), stützt sich nicht auf eigene Untersuchungen und findet in den medizinischen Akten keine Stütze. Im Gegenteil wird im Austrittsbericht der Klinik H.\_\_\_\_\_ vom 14. August 2012, der auch von einer Allgemeinmedizinerin mitunterzeichnet wurde und auf einer Laboruntersuchung basierte, festgehalten, dass der Diabetes bisher nur geringe klinische Folgeerkrankungen zeige und stabil eingestellt sei, obwohl dort eine Nephropathie als Folgeerscheinung genannt wurde (IV-act. 17).

#### **E. 8.8**

Gemäss der überzeugenden Stellungnahme des RAD sind allfällige Folgeschäden des Diabetes im Rahmen der neurologischen Begutachtung genügend berücksichtigt worden. Der RAD-Arzt Dr. med. P.\_\_\_\_\_ hielt dazu am 7. Juli 2014 fest, dass die eventuellen, funktionellen Einschränkungen durch ein Hirn-Blutgefäss-Leiden ohnehin im psychiatrischen oder neurologischen Bereich münden würden. Das sei im neurologisch-psychiatrischen Gutachten gewürdigt worden. Für den erwähnten MRI-Befund sei also keine zusätzliche Begutachtung nötig. Zum juvenilen Diabetes müsse bemerkt werden, dass die Zuckerkrankheit heutzutage im Prinzip keine Funktionseinschränkungen bzw. keine Arbeitsfähigkeitsverminderung mit sich bringe, weil die modernen Behandlungsmethoden inzwischen eine sehr gute, erfolgreiche Behandelbarkeit der Zuckerkrankheit ermöglichen (IV-act. 46). Die RAD-Ärztin Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 9. Juli 2014 fest, dass sich Dr. med. N.\_\_\_\_\_ im neurologischen Teilgutachten ausführlich mit dem Diabetes auseinandergesetzt habe. Der Diabetes sei möglicherweise mitbeteiligt an den neuropsychologischen Störungen. Dem sei mit einer Leistungsminderung von 20 % Rechnung getragen worden (IV-act. 47). Konkrete Hinweise darauf, dass weitere Folgeerkrankungen des Diabetes bestehen könnten, die im Rahmen der neurologischen Begutachtung nicht berücksichtigt worden sind, bestehen nicht.

#### **E. 8.9**

Schliesslich ist nicht davon auszugehen, dass die Sehschwäche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als Logopäde beeinflusst, was dieser auch nicht geltend macht (vgl. dazu Urteil des BGer 8C\_508/2014 vom 4. November 2014 E. 3.3).

#### **E. 8.10**

Insgesamt ergeben sich keine hinreichenden Anhaltspunkte aus den Akten darauf, dass sich die weiteren Leiden auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als Logopäde

auswirken. Die Anordnung eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens und der Verzicht auf eine polydisziplinäre Begutachtung erweist sich unter diesen Umständen als vertretbar. Folglich basiert das neurologisch-psychiatrische Gutachten auf für die strittigen Belange hinreichenden Untersuchungen. Es erfüllt auch die übrigen bundesgerichtlichen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vorstehend E. 5.6). Der Beschwerdeführer bestreitet den Beweiswert der beiden Teilgutachten in Bezug auf die beiden darin beurteilten Fachgebiete der Psychiatrie und Neurologie denn auch nicht (siehe Replik S. 2).

#### **E. 8.11**

Die abweichende Beurteilung des behandelnden Psychiaters Dr. med. Dipl. Psych. J. \_\_\_\_\_ vom 14. Mai 2014, der eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % attestierte (IV-act. 44), vermag das bidisziplinäre Gutachten nicht in Frage zu stellen. Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche wie hier den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4). In diesem Sinne vermag die Beurteilung behandelnder Ärzte ein Administrativgutachten grundsätzlich nur dann in Frage zu stellen und zumindest Anlass zu weiteren Abklärungen zu geben, wenn sie wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C\_425/2013 vom 16. September 2013 E. 4.1 mit Hinweisen). Das ist hier nicht der Fall. Nichts zu seinen Gunsten kann der Beschwerdeführer auch aus dem Bescheid des Landratsamtes C. \_\_\_\_\_ vom 17. Juli 2014 betreffend Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft (IV-act. 52) ableiten, enthält dieses Dokument doch lediglich eine Aufzählung der überwiegend bereits bekannten Diagnosen ohne weitere Spezifikationen und Angaben zum Schweregrad. Der RAD-Arzt Dr. med. P. \_\_\_\_\_ weist in seiner Stellungnahme vom 6. November 2014 überzeugend darauf hin, dass die aufgeführten Störungen entweder invalidenrechtlich nicht relevant sind (Sehminderung, Bluthochdruck, Prostatavergrösserung) oder im Rahmen der Begutachtung bereits berücksichtigt wurden (IV-act. 54).

#### **E. 8.12**

Der medizinische Sachverhalt ist nach dem Gesagten als dahingehend erstellt zu erachten, dass der Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in der aktuell noch ausgeübten Tätigkeit als Logopäde sowie in einer seinen Leiden angepassten Verweistätigkeit (keine körperlich schwere Arbeit, keine repetitiven Tätigkeiten über Schulterhöhe) in seiner Arbeitsfähigkeit zu 20 % eingeschränkt ist.

#### **E. 9**

Zu prüfen ist weiter die beruflich-erwerbliche Seite der Invaliditätsbemessung.

#### **E. 9.1**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs, das heisst mittels eines Vergleichs von Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu bestimmen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen; 129 V 222 E. 4). Hierbei ist grundsätzlich auf die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Rentenbeginns (hier: 1. Juli 2013) abzustellen (BGE 128 V 174; 129 V 222). In diesem Rahmen ist unbestritten, dass das vom Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden hypothetisch erzielbare Valideneinkommen im Jahr 2013 laut den Angaben der Arbeitgeberin Fr. 114'762.- betragen hätte (IV-act. 19). Umstritten ist jedoch das trotz

Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbare Einkommen (Invalideneinkommen).

### **E. 9.2**

Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung arbeitete der Beschwerdeführer bei seinem bisherigen Arbeitgeber an seinem angestammten Arbeitsplatz als Logopäde mit einem Pensum von 60 %. Die Vorinstanz geht davon aus, dass die Tätigkeit als Logopäde dem Anforderungsprofil entspricht, nicht aber das ausgeübte Pensum. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens rechnete sie deshalb den effektiven Lohn des Beschwerdeführers bei 60 % auf das ihm zumutbare Pensum von 80 % hoch, was für das Jahr 2013 ein Invalideneinkommen von Fr. 91'810.- ergab. Verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 114'762.- resultierte ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 20 %. Der Beschwerdeführer ist dagegen der Ansicht, dass das Invalideneinkommen anhand des effektiven Einkommens bei einem 60 %-Pensum von Fr. 68'850.- zu bemessen und dementsprechend von einem anspruchsbegründenden Invaliditätsgrad von 40 % auszugehen sei.

### **E. 9.3**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, sowie das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn erscheint, gilt grundsätzlich der von ihr erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzielt, ist das Einkommen aus der Erwerbstätigkeit gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, können nach der Rechtsprechung die Tabellenlöhne gemäss LSE beigezogen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2; Urteile des BGer 9C\_508/2016 vom 21. November 2016 E. 5.1 und 8C\_749/2013 vom 6. März 2014 E. 4.1). Wenn eine versicherte Person trotz der gesundheitlichen Einschränkungen in der Lage ist, die bisher ausgeübte Erwerbstätigkeit weiterzuführen, allenfalls mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit, besteht keine Notwendigkeit, statistische Werte beizuziehen (Urteil des BGer 9C\_576/2016 vom 13. Juni 2017 E. 5 mit Hinweisen).

### **E. 9.4**

Der Beschwerdeführer ist seit 2007 bei der aktuellen Arbeitgeberin tätig, womit ein stabiles Arbeitsverhältnis vorliegt. Es ist zudem davon auszugehen, dass er für seine Arbeit angemessen entlohnt wird. Die Arbeit als Logopäde entspricht überdies dem gutachterlich festgelegten Zumutbarkeitsprofil. Mit der Arbeit als Logopäde zu 60 % schöpft der Beschwerdeführer die im bidisziplinären Gutachten auf 80 % festgelegte Arbeitsfähigkeit quantitativ jedoch nicht voll aus. Das beim aktuellen Arbeitgeber erzielte Einkommen kann jedoch nicht auf 80 %-Pensum hochgerechnet werden. Denn gemäss Schreiben vom 19. Dezember 2014 (Beilage 3 zu BVGer-act. 1) schliesst der Arbeitgeber eine Erhöhung des Pensums auf 80 % ausdrücklich aus (vgl. Urteil des BGer 8C\_7/2014 vom 10. Juli 2014 E. 7.2; Urteil des BVGer C-4635/2014 vom 22. August 2016 E. 5.3; vgl. auch Thomas Ackermann, Die Bemessung des Invaliditätsgrads, in: Sozialversicherungsrechtstagung 2012, S. 33). Das wurde von der Vorinstanz im Rahmen der Vernehmlassung ausdrücklich

anerkannt.

### **E. 9.5**

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist jedoch deshalb nicht ohne Weiteres auf das effektiv erzielte Einkommen bei einem 60 %-Pensum abzustellen. Bevor die versicherte Person Leistungen der IV verlangt, hat sie aufgrund der Schadenminderungspflicht vielmehr alles ihr Zumutbare selber vorzukehren, um die Folgen der Invalidität bestmöglich zu mindern. Ein Rentenanspruch ist zu verneinen, wenn sie selbst ohne Eingliederungsmassnahmen, nötigenfalls mit einem Berufswechsel, zumutbarerweise in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Für die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der zumutbaren Tätigkeit sind die gesamten subjektiven und objektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen. Im Vordergrund stehen bei den subjektiven Umständen die verbliebene Leistungsfähigkeit sowie die weiteren persönlichen Verhältnisse, wie Alter, berufliche Stellung, Verwurzelung am Wohnort etc. Bei den objektiven Umständen sind insbesondere der ausgeglichene Arbeitsmarkt und die noch zu erwartende Aktivitätsdauer massgeblich (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_644/2015 vom 3. Mai 2016 E. 4.3.1 m.H.).

### **E. 9.6**

Die Vorinstanz geht davon aus, dass der Beschwerdeführer zwecks Ausschöpfung seiner Restarbeitsfähigkeit verpflichtet sei, eine Arbeitsstelle mit einem Pensum von 80 % zu suchen, und er dabei in der Lage wäre, auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt gemäss dem massgebenden Tabellenlohn ein Einkommen von Fr. 79'301.- zu erzielen, was höher sei als sein aktuelles Einkommen bei einem 60 %-Pensum. Als diplomierter Logopäde verfüge er über einen Hochschulabschluss, weshalb das Invalideneinkommen anhand der LSE 2012 Tabelle T11 (höhere Berufsausbildung, Fachschule, ohne Kaderfunktion) zu berechnen sei. Der entsprechende Durchschnittslohn betrage Fr. 7'954.-, was unter Berücksichtigung eines Pensums von 80 %, der betriebsüblichen Arbeitszeit sowie der Nominallohnentwicklung ein Invalideneinkommen von Fr. 79'301.- ergebe. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 114'762.- resultiere somit eine Erwerbseinbusse von Fr. 35'461.-, was einem nicht anspruchsbegründendem Invaliditätsgrad von 31 % entspreche. In ihrer Duplik hielt die Vorinstanz fest, dass es sich bei der Ausbildung zum Logopäden zweifellos um ein Studium an einer Fachhochschule oder sogar Universität handle, weshalb sogar auf die Tabelle T11 Fachhochschule oder Universität abgestellt werden könnte.

### **E. 9.7**

Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, dass er bei einer anderen Stelle auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als Logopäde mit dem maximal zumutbaren Pensum von 80 % gemäss LSE 2012 (Kompetenzniveau 2, Wirtschaftszweige: Schul-, Gesundheits- oder Sozialwesen) unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit und der Nominallohnentwicklung lediglich ein Einkommen von Fr. 57'861.- erzielen könnte. Dieses Einkommen sei deutlich tiefer als sein aktuelles Einkommen mit einem 60 %-Pensum. Ein Stellenwechsel aufgrund der Schadenminderungspflicht sei somit nicht angezeigt, da ein solcher die Erwerbseinbusse nicht vermindern, sondern sogar erhöhen würde.

### **E. 9.8**

Die Verfahrensbeteiligten sind sich zu Recht dahingehend einig, dass zur Bestimmung des Einkommens, das der Beschwerdeführer bei einem 80 %-Pensum verdienen könnte, auf die Tabellenlöhne gemäss LSE 2012 abzustellen ist, zumal ihm die Erhöhung des

Arbeitspensums beim aktuellen Arbeitgeber wie erwähnt nicht möglich ist. Bezüglich der umstrittenen Frage nach der massgebenden Tabelle ist festzuhalten, dass gemäss der Rechtsprechung für die Bestimmung des Invalideneinkommens anhand von Tabellenlöhnen in der Regel die Monatslöhne gemäss LSE-Tabelle TA1 (Zeile «Total») heranzuziehen sind (BGE 124 V 321 E. 3b/aa), bisweilen aber auch auf Löhne einzelner Sektoren oder gar einzelner Branchen abgestellt werden kann, wenn dies als sachgerecht erscheint, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen. Dies geschieht namentlich bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung lange Zeit in diesem Bereich tätig gewesen sind und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt. Es besteht jedoch kein Grundsatz, wonach stets auf die Tabelle TA1 abzustellen ist. So kann bei qualifizierten Berufsleuten mit Fach- und Hochschulabschluss das Heranziehen der Tabelle TA11 (ab LSE 2012: Tabelle T11; vgl. IV-Rundschreiben Nr. 328 vom 22. Oktober 2014) nach den konkreten Umständen des Einzelfalls angezeigt erscheinen (vgl. Urteil des BGer 9C\_841/2013 vom 7. März 2014 E. 4 mit Hinweisen).

### **E. 9.9**

Der Beschwerdeführer verfügt unbestrittenermassen über eine Ausbildung als Logopäde. Das allein rechtfertigt es aber noch nicht, das Invalideneinkommen auf der Basis von schwergewichtig die berufliche Ausbildung berücksichtigenden tabellarischen Ansätzen (Tabelle T11) zu eruieren. Vielmehr sind die konkreten Umstände des Einzelfalls zu berücksichtigen. Der Beschwerdeführer ist seit dem Abschluss seiner (Zweit-)Ausbildung im Jahr 1999 als Logopäde im Bereich der Volksschule tätig. Es ist nicht davon auszugehen, dass er dadurch befähigt wäre, ausserhalb dieses Berufs seine Kenntnisse gleichermassen - im Sinne einer ähnlich anspruchsvollen Tätigkeiten in etwa derselben Einkommensklasse - im Rahmen einer anderen beruflichen Tätigkeit einbringen zu können. Vorliegend rechtfertigen es die konkreten Umstände damit nicht, ausnahmsweise eine von TA1 abweichende Tabelle heranzuziehen (vgl. Urteil des BGer 8C\_704/2009 vom 27. Januar 2010 E. 4.2.1.2). Es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit am besten in seinem angestammten Beruf als Logopäde verwerten kann, weshalb es angezeigt ist, die Löhne des Sektors 85 («Erziehung und Unterricht») der Tabelle TA1 der LSE 2012 (Kompetenzniveau 3, Spalte Männer) heranzuziehen. Unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.5 Stunden und der Nominallohnentwicklung von 0.8 % bis 2013 ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt bei einem 80 %-Pensum als Logopäde ein Invalideneinkommen von Fr. 70'197.45 erzielen könnte, was nur unmassgeblich mehr wäre, als sein aktueller Verdienst von Fr. 68'857.20 bei einem 60 %-Pensum. Unter dem Aspekt der Schadenminderungspflicht kann der Beschwerdeführer daher nicht angehalten werden, seine überdurchschnittlich bezahlte Arbeitsstelle aufzugeben. In einer solchen Konstellation ist es vielmehr gerechtfertigt, dass der Beschwerdeführer seine Arbeitsstelle beibehält und der daraus erzielte Lohn als Teil des Invalideneinkommens angerechnet wird (vgl. Urteil des BGer 8C\_7/2014 vom 10. Juli 2014 E. 8.1). Im Übrigen erschiene es auch nicht zumutbar, dass der bereits über 55 Jahre alte Beschwerdeführer seine stabile und gut entlohnte Arbeitsstelle beim aktuellen Arbeitgeber im Hinblick auf eine rein theoretisch zwar mögliche, in der Praxis aber nicht ohne Weiteres realisierbare andere Arbeit kündigen würde (vgl. dazu auch Urteil des BVGer C-172/2016 vom 16. Mai 2017 E. 3.6.4).

### **E. 9.10**

Zu prüfen bleibt, ob der Beschwerdeführer verpflichtet ist, zwecks voller Ausschöpfung seiner Arbeitsfähigkeit für das verbleibende, ihm aus medizinischer Sicht zumutbare Restpensum von 20 % eine zusätzliche Arbeitsstelle zu suchen. Dabei wäre für das nicht ausgeschöpfte Arbeitspensum der LSE-Tabellenlohn zu ermitteln und zum Invalideneinkommen dazuzurechnen, so wie das die Vorinstanz unter Berufung auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung (8C\_7/2014 E. 8.1) verlangt. Der Beschwerdeführer bestreitet, dass ihm die Aufnahme einer zusätzlichen 20 %-Stelle zumutbar sei bzw. dass die verbleibende Restarbeitsfähigkeit von 20 % auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwertbar sei.

### **E. 9.11**

Was die Verwertbarkeit des verbleibenden 20 %-Pensum anbelangt, so ist gemäss der Rechtsprechung davon auszugehen, dass der für die Bestimmung des Invalideneinkommens massgebliche ausgeglichene Arbeitsmarkt gekennzeichnet ist durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten aufweist. Das gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen als auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Von einer Arbeitsgelegenheit kann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nurmehr in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein ausgeschlossen erscheint (vgl. Urteil des BGer 9C\_277/2016 vom 15. März 2017 E. 4.1 mit Hinweisen).

### **E. 9.12**

Selbst wenn nicht auszuschliessen wäre, dass auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt 20 %-Stellen existieren, die dem Anforderungsprofil des Beschwerdeführers entsprechen, ist vorliegend zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer das zusätzliche 20 %-Pensum nur ausserhalb seiner Arbeitszeiten seines 60 %-Pensum beim aktuellen Arbeitgeber ausüben könnte, was eine Stellensuche erschweren würde. Dazu kommt, dass der aktuelle Arbeitgeber einer 80 %-Erwerbstätigkeit ablehnend gegenübersteht (vgl. Schreiben vom 19. Dezember 2014 [Beilage 3 zu BVGer-act. 1]). Auch dürften die ärztlich beschriebenen gesundheitlichen Einschränkungen bei der Suche nach einer Stelle erschwerend ins Gewicht fallen. Schliesslich war der Beschwerdeführer im massgebenden Zeitpunkt des Feststehens der medizinischen Zumutbarkeit der Erwerbsfähigkeit (bidisziplinäres Gutachten vom 30. November/21. Dezember 2013; vgl. BGE 138 V 457 E. 3.3) immerhin schon 56.5 Jahre alt. Unter Berücksichtigung dieser konkreten Gegebenheiten, welchen Rechnung getragen werden muss, erscheint das zusätzliche 20 %-Pensum auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht verwertbar. Folglich ist als Invalideneinkommen das beim aktuellen Arbeitgeber im Jahr 2013 erzielte Einkommen bei einem 60 %-Pensum als Logopäde einzusetzen. Ein ziffernmässiger

Einkommensvergleich erübrigt sich unter diesen Umständen (vgl. Urteil des BGer 8C\_558/2013 vom 2. April 2014 E. 4.3). Der Prozentvergleich ergibt einen Invaliditätsgrad von 40 %, was einen Anspruch auf eine Viertelsrente begründet.

### **E. 9.13**

Laut den Angaben des RAD (IV-act. 37 S. 2) betrug die Arbeitsunfähigkeit von Mai bis Juli 2012 100 %, von August bis Dezember 2012 60 % und seit Januar 2013 20 %, womit das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs.1 Bst. b IVG Ende April 2013 abgelaufen war. Der Beschwerdeführer hat sich am 8. Januar 2013 bei der kantonalen IV-Stelle zum Leistungsbezug angemeldet. Nach Art. 29 Abs. 1 entsteht der Rentenanspruch frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs, weshalb der Anspruch auf eine Viertelsrente ab 1. Juli 2013 besteht. Dementsprechend ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung aufzuheben.

### **E. 10.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind keine Kosten aufzuerlegen und der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 10.2**

Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Da der Vertreter keine Kostennote eingereicht hat, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- gerechtfertigt (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu auch Urteil des BVer C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE [Stundenansatz für nichtanwaltliche Vertreter und Vertreterinnen mindestens Fr. 100.- und höchstens Fr. 300.-]).

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