

BVGer C-4146/2020 vom 21. Juli 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-07-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4146_2020_d20200721

FR: TAF C-4146/2020 du 21 juillet 2020

IT: TAF C-4146/2020 del 21 luglio 2020

Regeste

Rentenanspruch | Invalidenversicherung, Rentenanspruch; (Verfügung vom 21. Juli 2020)

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem der Beschwerdeführer auch den ihm auferlegten Kostenvorschuss fristgerecht geleistet hat (BVGer-act. 4), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 14. August 2020 einzutreten (Art. 60 Abs. 1 und Abs. 2 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 Bst. c ATSG; vgl. auch Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 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).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer ist spanischer Staatsangehöriger und wohnt in Spanien. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich auch im Anwendungsbereich des FZA ausschliesslich aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften

C-4146/2020 Seite 6 (BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4 mit Hinweisen; BASILE CARDINAUX, § 7 Beweiserhebung im Ausland, in: Recht der Sozialen Sicherheit, 2014, S. 281 Rz. 7.23; Urteile des BVGer C-2816/2014 vom 12. Februar 2016 E. 2.1 und C-5263/2014 vom

E. 2.3

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 21. Juli 2020 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. Im vorliegenden Fall sind damit insbesondere die erst am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705, BBl 2017 2535) im IVG, in der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV [SR 831.201]) sowie im ATSG nicht anwendbar. Die Ansprüche des Beschwerdeführers gegenüber der IV beurteilen sich nach dem IVG und der IVV (jeweils Stand am 1. Januar 2020) sowie dem ATSG und der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11; jeweils Stand am 1. Oktober 2019).

E. 2.4.1

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit Sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 21. Juli 2020) 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). Neue Tatsachen, die sich vor Erlass der streitigen Verfügung verwirklicht haben, die der Vorinstanz aber nicht bekannt waren oder von ihr nicht berücksichtigt wurden (unechte Noven), können im Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht vorgebracht werden und sind zu würdigen. Gleiches gilt auch für neue Beweismittel (ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, S. 117 Rz. 2.204). Später eingetretene Tatsachen (echte Noven), die zu einer Änderung des Sachverhalts geführt haben, sind grundsätzlich nicht im Rahmen des hängigen, sondern gegebenenfalls im Rahmen eines weiteren Verfahrens zu berücksichtigen

C-4146/2020 Seite 7 (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1). Unterlagen, die nach dem Verfügungszeitpunkt datieren, sind demgegenüber zu berücksichtigen, wenn und soweit sie sich auf den Zeitraum vor Verfügungserlass beziehen respektive Rückschlüsse darauf zulassen (vgl. Urteil des BGer 9C_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.2).

E. 2.4.2

Im vorliegenden Beschwerdeverfahren legte der Beschwerdeführer ein Gutachten von Dr. C._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 7. September 2020 (Beilage 1 zu BVGer-act. 14) ins Recht, das zwar nach Verfügungserlass datiert, jedoch Hinweise zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des Verfügungserlasses enthält und damit vorliegend zu berücksichtigen ist. Ebenfalls beachtlich sind die Stellungnahmen der RAD-Ärzte Dr. B._____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, vom 26. September 2021 (Beilage 2 zu BVGer-act. 21) und Dr. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Forensische Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Kinder- und Jugendforensik SGFP, vom 11. Oktober 2021 (Beilage 1 zu BVGer-act. 21), welche sich zum eingereichten ärztlichen Gutachten vom 7. September 2020 äussern.

E. 2.5

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

3. 3.1 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

C-4146/2020 Seite 8 gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; vgl. auch BGE 135 V 215 E. 7.3). 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).

3.2 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 geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Für die Erfüllung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer können Beitragszeiten, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind, mitberücksichtigt werden (Art. 6 und Art. 45 VO [EG] 883/2004; vgl. auch BGE 131 V 390). Dabei muss aber mindestens ein Beitragsjahr in der Schweiz zurückgelegt worden sein (Art. 36 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 29 Abs. 1 AHVG). Diese Voraussetzungen müssen kumulativ gegeben sein; ist eine davon nicht erfüllt, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere zu bejahen ist. Der Beschwerdeführer hat vorliegend insgesamt während 98 Monaten Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet und überdies auch in Spanien während mehrerer Jahre Beiträge entrichtet (vgl. IVSTA-act. 7 [IK-Auszug vom 20.11.2019]; IVSTA-act. 21, S. 2), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer unbestrittenermassen erfüllt ist.

3.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten 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.

C-4146/2020 Seite 9 3.4 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente,

wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 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 (Art. 7 VO [EG] 883/2004; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

3.5 3.5.1 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

3.5.2 Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl.

C-4146/2020 Seite 10 BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4, BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

3.5.3 Im Weiteren

ist festzuhalten, dass die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen ausländischer Versicherungs-träger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbe- ginn gebunden sind (BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch Zeitschrift für die Ausgleichskassen [ZAK] 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch die aus dem Ausland stammenden Beweismittel der freien Beweiswürdigung durch das Gericht (vgl. Urteil des BVGer C-6058/2019 vom 5. Oktober 2020 E. 4.6 mit Verweis auf Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts EVG, [heute: Bundesgericht, BGer] vom

E. 3.1

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; vgl. auch BGE 135 V 215 E. 7.3). 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. 3.2

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 geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Für die Erfüllung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer können Beitragszeiten, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind, mitberücksichtigt werden (Art. 6 und Art. 45 VO [EG] 883/2004; vgl. auch BGE 131 V 390). Dabei muss aber mindestens ein Beitragsjahr in der Schweiz zurückgelegt worden sein (Art. 36 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 29 Abs. 1 AHVG). Diese Voraussetzungen müssen kumulativ gegeben sein; ist eine davon nicht erfüllt, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere zu bejahen ist. Der Beschwerdeführer hat vorliegend insgesamt während 98 Monaten Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet und überdies auch in Spanien während mehrerer Jahre Beiträge entrichtet (vgl. IVSTA-act. 7 [IK-Auszug vom 20.11.2019]; IVSTA-act. 21, S. 2), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer unbestrittenermassen erfüllt ist.

E. 3.3

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten 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. 3.4

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 (Art. 7 VO [EG] 883/2004; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

E. 3.5.1

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

E. 3.5.2

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4, BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige - und nicht rein

subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkant oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

E. 3.5.3

Im Weiteren ist festzuhalten, dass die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden sind (BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch Zeitschrift für die Ausgleichskassen [ZAK] 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch die aus dem Ausland stammenden Beweismittel der freien Beweiswürdigung durch das Gericht (vgl. Urteil des BVGer C-6058/2019 vom 5. Oktober 2020 E. 4.6 mit Verweis auf Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts EVG, [heute: Bundesgericht, BGer] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.).

E. 3.6

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

E. 4

Bezogen auf den relevanten Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 21. Juli 2020 liegen im Wesentlichen die folgenden Akten vor (in chronologischer Reihenfolge):

E. 4.1.1

Aus dem Entlassungsbericht des Spital E._____, Abteilung Neurologie, vom 23. Juli 2018, unterzeichnet von Dr. F._____, geht hervor, dass der Beschwerdeführer am 18. Juli

2018 aufgrund eines epileptischen Anfalls von der Notfallabteilung in die Abteilung Neurologie verlegt und dort bis zum 23. Juli 2018 stationär behandelt wurde. Im Hauptbefund wurde ein generalisierter epileptischer Anfall diagnostiziert. Der Verlauf sei gut, es sei zu keinen weiteren Epilepsieanfällen gekommen. Der Beschwerdeführer dürfe keinen Alkohol einnehmen und keine Fahrzeuge lenken. Zur medikamentösen Behandlung wurde ihm Levetiracetam 500 mg (Antiepileptikum zur Monotherapie bei der Behandlung von partiellen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung; vgl. <<https://compendium.ch/product/1263392-levetiracetam-desitin-filmtabl-500-mg/mpro>>, abgerufen am 2. September 2022), eine Filmtablette zum Frühstück und Abendessen, verschrieben (IVSTA-act. 11, S. 1 f. = BVGer-act. 12 [deutsche Übersetzung]).

E. 4.1.2

Dem Bericht der Röntgenuntersuchung vom 23. Juli 2018, unterzeichnet von Dr. med. G._____, Facharzt für Radiologie, sind folgende Befunde zu entnehmen: punktförmige ischämische Läsion älteren Datums im hinteren Bereich des Linsenkerns rechts; kaum punktförmig erhöhte Signalintensität in weisser Hirnsubstanz beider zerebraler Hemisphären. Im Übrigen seien keine anderen parenchymatösen lokalen Läsionen supra- und infratentoriell erkennbar. Die Mittellinie sei zentriert (IVSTA-act. 11, S. 3 = BVGer-act. 12 [deutsche Übersetzung]).

E. 4.1.3

Mit ausführlichem ärztlichem Bericht vom 7. Oktober 2019 (Formular E213) stellte Dr. med. H._____ vom Institut für Versicherungsmedizin nach persönlicher Untersuchung des Versicherten am 2. Oktober 2019 die Diagnose eines generalisierten epileptischen Anfalls. Es liege eine fokale Epilepsie vor, wahrscheinlich mit Episoden fokaler Anfälle mit Bewusstseinsveränderungen und wahrscheinlich ein Anfall mit sekundärer Generalisierung, einmalig, mutmasslich vaskulärer Ursache. Der Versicherte berichte auch von kurzen Bewusstseinspausen (seit der Entlassung aus der Abteilung Neurologie drei bis vier Episoden). Gegenwärtig werde er mit Zebinix 800 mg (steigende Dosierung seit April; [Antiepileptikum indiziert als Monotherapie oder Begleittherapie zur Behandlung partieller epileptischer Anfälle mit oder ohne sekundäre Generalisierung; vgl. <<https://compendium.ch/product/1447956-zebinix-tabl-800-mg/mpro>>, abgerufen am 2. September 2022]), Levetiracetam 500 mg (2 x morgens) und Levetiracetam 250 mg (1 x abends) behandelt. Vormalig seien drei bis vier Anfälle verzeichnet, zuletzt im April 2019. Der Allgemeinzustand sei gut, einschliesslich Kontakt/Sprache. Die Computertomographie (CT) des Gehirns der Notfallabteilung zeige keine Hinweise auf eine akute intrakranielle Pathologie. Das Elektrokardiogramm (EKG) sei aktuell ohne Hinweise auf erhebliche Störungen. Die Magnetresonanztomographie (MRI; auch: MRT) des Gehirns zeige eine punktförmige ischämische Läsion älteren Datums im hinteren Bereich des Linsenkerns rechts. Es bestehe kaum punktförmig erhöhte Signalintensität in der weissen Hirnsubstanz beider zerebralen Hemisphären. Der Krankheitsverlauf sei ungewiss und es bestehe eine Einschränkung für risikoreiche Betätigungen. Der Versicherte könne nur noch leichte Arbeiten regelmässig verrichten ohne Nässe, Hitze, Wechselschicht, das Tragen von Lasten, Klettern oder Steigen, Kälte, Lärm oder Absturzgefahr. Tätigkeiten dürften nur in wechselnder Körperhaltung verrichtet werden. Es sei keine Bildschirmarbeit möglich, da diese Anfälle auslösen könnte. Seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lastwagenchauffeur könne der Versicherte nicht mehr ausüben. Es seien jedoch angepasste Tätigkeiten, wie beispielsweise Aufsicht und Kontrollen, in einem 50 % Pensum zumutbar. Die

festgestellten Einsatzbeschränkungen bestünden auf Dauer seit 2019. Die Leistungsfähigkeit könne durch medizinische und berufliche Rehabilitation verbessert werden (IVSTA-act. 3 = BVGer-act. 12 [deutsche Übersetzung]).

E. 4.1.4

Dem ärztlichen Bericht der Praxis I._____, Abteilung Neurologie, zuhanden des galizischen Gesundheitsamtes vom 10. Dezember 2019, unterzeichnet durch Dr. J._____, ist zu entnehmen, dass der Versicherte am 16. April 2019 zu einer Kontrolluntersuchung in Begleitung seines Bruders erschienen sei. Er berichte, dass er einige kurze Bewusstseinspausen gehabt habe, meistens ohne Begleitung, während denen er jeweils abschalte, und wenn er wieder zu sich komme, erinnere er sich nicht daran, was er in dieser Zeit getan habe. Seit er aus der Neurologie entlassen worden sei, habe er drei bis vier solche Episoden gehabt. Die Behandlung toleriere er nach eigenen Angaben gut. Deshalb sei die Dosis im Februar 2019 vom Hausarzt erhöht worden, aber er habe weitere Episoden gehabt. Seit dem Eintritt (Anm. des Gerichts: Gemeint ist wohl seit dem Eintritt in die Neurologie im Juli 2018) sei der Gemütszustand sehr schlecht, denn er arbeite als Lastwagenchauffeur. In der klinischen Beurteilung wird festgestellt, dass eine fokale Epilepsie, wahrscheinlich mit Episoden fokaler Anfälle mit Bewusstseinsveränderungen und wahrscheinlich ein Anfall mit sekundärer Generalisierung, einmalig mutmasslich vaskulärer Ursache, bestehe. Im September 2019 fand eine weitere Kontrolluntersuchung statt. Dr. J._____ hält fest, dass der Versicherte zu Hause folgende Medikamente einnehme: Tirbas 500 mg (2 x morgens); Tirbas 250 mg (1 x abends; [Antiepileptikum mit dem Wirkstoff Levetiracetam; vgl. <<https://www.vademecum.com/medicamentos/tirbas-12314.html>>, abgerufen am 2. September 2022]); Zebinix 800 mg (1 x abends). Er vertrage die verschriebene Behandlung gut und habe seit Initiierung von Zebinix keine Anfälle mehr. Der Gemütszustand sei weitgehend unverändert und er werde emotional, wenn er danach gefragt werde. Er sei pensioniert worden und könne weiterhin nicht fahren. Die Behandlung werde unverändert fortgesetzt mit Ausnahme von Levetiracetam 750 mg alle 12 Stunden (die morgendliche Dosis werde reduziert). Im April 2020 wäre ein Jahr seit dem letzten Anfall vergangen. Wenn sich in der Zwischenzeit keine Veränderungen ergeben, sei eine Kontrolluntersuchung in sechs Monaten angezeigt (IVSTA-act. 14 = BVGer-act. 12 [deutsche Übersetzung]).

E. 4.1.5

Der RAD-Arzt Dr. B._____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, hielt in seiner Stellungnahme vom 13. Januar 2020 zuhanden der IVSTA fest, es bestehe beim Versicherten eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit in dessen zuletzt ausgeübter Tätigkeit als Lastwagenchauffeur ab dem 18. Juli 2018. Es bestehe demgegenüber keine Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, wobei folgende funktionellen Einschränkungen zu berücksichtigen seien: keine statische oder sitzende Arbeitshaltung; kein Besteigen von Leitern, Gerüsten oder unebenem Gelände; keine Arbeit unter Stress; keine Arbeiten, welche Schnelligkeit erforderten. Dr. B._____ führte aus, als Ursache für die epileptischen Anfälle sei an ischämische Ereignisse zu denken, welche weder ausgedehnt noch neu seien. Der letzte bestätigte Anfall habe sich im April 2019 ereignet und die Therapie mit Antiepileptika werde gut vertragen. Aus Gründen der Verkehrssicherheit könne die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht weiter ausgeübt werden, während alle anderen Tätigkeiten ohne Gefahr für den Versicherten oder andere zumutbar seien (IVSTA-act. 18).

E. 4.2

Im Beschwerdeverfahren wurden folgende medizinische Berichte zu den Akten gereicht:

E. 4.2.1

Dr. C. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Elektroenzephalographie, hielt in seinem Gutachten vom 7. September 2020 fest, dass er den Beschwerdeführer nach mehr als dreimonatigem Lockdown infolge der Corona-Pandemie untersuche. Obwohl er mit Tribas 250 mg und 500 mg, Zebinix 800 mg, Sertralin 50 mg (Antidepressivum indiziert zur Behandlung von leichten bis mittelschweren Depressionen, zur Behandlung und [sekundären] Prävention von Zwangsstörungen, zur Behandlung von Panikstörungen, zur Verminderung der Symptomatik bei chronischen Formen von posttraumatischen Belastungsstörungen sowie zur Behandlung der sozialen Phobie; vgl.

<<https://compendium.ch/product/1027367-sertralin-helvepharm-filmtabl-50-mg/mpro>>, abgerufen am 2. September 2022), Rivotril 0.50 mg (Antiepileptikum indiziert zur Behandlung der Mehrheit der klinischen Formen der Epilepsie von Säuglingen und Kindern, Rivotril kann auch bei Epilepsien von Erwachsenen und bei fokalen Anfällen Anwendung finden; vgl. <<https://www.swissmedicinfo.ch> > Rivotril>, abgerufen am 2. September 2022) und Omeprazol 20 mg (Ulku-therapeutikum, Protonenpumpenhemmer; vgl. <<https://compendium.ch/product/1163642-omeprazol-mut-sandoz-filmtabl-20-mg/product>>, abgerufen am 2. September 2022) behandelt werde, habe er weiterhin wenig Lebensmut, sei ohne jegliche Freude und verspüre eine starke innere Unruhe und Rastlosigkeit. Er wirke äusserst empfindlich und leicht reizbar mit cholерischen «Kurzschluss»-Episoden (klastische Aggressivität). Die Gefühle von Nutzlosigkeit und Hoffnungslosigkeit seien anhaltend. Er sei 24 Stunden pro Tag damit beschäftigt, über sein Leiden und die gelegentlichen Empfindungen von Unsicherheit, welche er wahrnehme, nachzugrübeln. Sein Selbstvertrauen habe sich mit den verschiedenen therapeutischen Fehlschlägen fortschreitend vermindert und die Erschöpfung werde immer grösser. Er fühle sich körperlich und geistig erschöpft, wobei es ihm schwerfalle, Beziehungen zu unterhalten. Schliesslich fühle er sich körperlich und geistig beeinträchtigt, da er fortschreitend seine Wahrnehmungsfähigkeit verloren habe. Dr. C. _____ führt aus, die psychologische Untersuchung beruhe auf folgenden Inventaren: Beck'sches Depressionsinventar (41 Punkte, entsprechend einer schweren Depression), State-trait-Angstinventar (STAI), wobei die durch den Versicherten erreichten Punktzahlen sehr erhöht seien, so entspreche die Angst als Zustand einem Standard-Zehnerwert von 10 und die Angst als Merkmal einem Standard-Zehnerwert von 10. Angesichts dieser Ergebnisse könne er bestätigen, dass die Angst, die der Versicherte zeige, pathologisch sei und sein Leben bedeutend beeinträchtige. Das Ergebnis des Elektroenzephalogramms (EEG) befinde sich innerhalb der normalen Parameter. Die neurologische Untersuchung zeige folgende Ergebnisse: lebhaft und symmetrisch vorhandene Dehnreflexe; Fusssohlen-Hautreflex bilateraler Beuger; refraktäre Kopfschmerzen mit organisch zerebraler Grundlage; verlangsamter Ablauf des Denkens; gewisse Vermeidungsverhaltensweisen; verminderte Psychomotorik; starke Traurigkeit und Angst; dauerhafte Empfindlichkeit und Reizbarkeit, mit Verzerrung der Wirklichkeit während den Angstanfällen und Verlust der Impulskontrolle (Aggressivität); klastische Verhaltensweisen; Beeinträchtigung der sozialen und familiären Beziehungen; Schwierigkeit bei der Entscheidungsfindung; Manifeste Psychasthenie; Kurze und sporadische Depersonalisationsepisoden; Fehlende Lebensmotivation; Todesgedanken;

Leichtes kognitives Defizit zahlreicher Funktionen. Nach Ansicht des Gutachters handle es sich um ein psychoorganisches Syndrom ischämischer Natur, vereinbar mit Gliose/Demyelinisation, in wahrscheinlicher Verbindung mit chronischer mikrovaskulärer Pathologie, was Folgendes erzeugt habe: partielle Epilepsie mit komplexen Anfällen und sekundär generalisiert; Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens aufgrund von Hirnerkrankung, -verletzungen oder -dysfunktion mit ängstlich-depressiven Merkmalen und mangelnder Impulskontrolle; leichte kognitive Veränderung zahlreicher Funktionen. Was die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten betrifft, geht der Gutachter davon aus, dass er in der Wahrnehmung seiner Alltagsaktivitäten eingeschränkt sei, wobei er in hohem Grad arbeitsunfähig sei. Die Arbeitsunfähigkeit ergebe sich aus sehr grossen Defiziten bei der Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit, Kontinuität und Rhythmus bei der Ausführung von Aufgaben sowie einer dauerhaften und fortschreitenden Beeinträchtigung seines Verhältnisses zu einer Arbeitstätigkeit, dies als Folge des polysyndromischen Bildes, welches er aufweise. Dies alles führe dazu, dass er keine normale Arbeitstätigkeit unterhalte könne. Schliesslich habe festgestellt werden können, dass alle oder fast alle Symptome die für die Diagnose erforderlichen internationalen Kriterien überschreiten würden. Angesichts all des vorstehend Dargestellten, der fortschreitenden Verschlechterung der organischen Hirnstörung mit neurologischer und psychiatrischer Auswirkung, der unkontrollierbaren Wutepisoden mit klastischer Aggressivität, der schweren Beziehungsschwierigkeiten, einer Introversion und sozialen Isolation, der zeitweisen Depersonalisationsepisoden mit gelegentlicher Verzerrung der Wirklichkeit, der starken Traurigkeit und Angst, der allgemeinen Verlangsamung, der Anergie, der Gefühle von Nutzlosigkeit und Hoffnungslosigkeit, des niedrigen Selbstwertgefühls der fehlenden Lebensmotivation, der Todesgedanken und der leichten, neuropsychologischen Veränderungen zahlreicher Funktionen in Bezug auf Verarbeitungsgeschwindigkeit, Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Ausführungsfunktion sowie der Chronifizierung und Unumkehrbarkeit, die seine Leiden mit sich bringen würden und dauerhaft seien, sei der Versicherte als zu 75 % arbeitsunfähig einzuschätzen (BVGer-act. 14, Beilage 1 = BVGer-act. 18 [deutsche Übersetzung]).

E. 4.2.2

Dr. B._____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, RAD-Arzt, führte in seiner Stellungnahme vom 26. September 2021 aus, als neues Element finde der Gutachter einen Stimmungsumschwung mit leichter Reizbarkeit, sozialem Rückzug sowie Gefühlen der Wertlosigkeit sowie Unruhe, wobei die Symptome als Ausdruck einer schweren Depression angesehen würden. Den Schlussfolgerungen des Gutachtens folgend, bescheinige er eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % auch in einer angepassten Tätigkeit ab dem Datum des Gutachtens (7. September 2020), jedoch nicht früher, wie dies der Sachverständige vorschlage, da diese Probleme zuvor nicht berichtet worden seien. Dr. B._____ hielt im Weiteren die folgenden funktionellen Einschränkungen fest: keine Arbeitszeit von mehr als zwei Stunden pro Tag; wechselnd sitzend-stehende Arbeitshaltung; kein Besteigen von Leitern und Gerüsten; kein Gehen auf unebenem Gelände; zu vermeiden seien Lärm und Nacharbeit; Arbeiten mit Verantwortung, Schnelligkeit, Komplexität, Flexibilität, Stress, Personenkontakt, Emotionen; kein Lenken von Fahrzeugen; keine Bildschirmarbeit. Als angepasste Tätigkeiten kämen unter anderen beispielsweise eine Tätigkeit als Park- oder Museumswächter, Versandhändler, Ticketverkäufer oder Rezeptionist, Telefonist oder Mitarbeiter Scannen in Frage (BVGer-act. 21, Beilage 2).

E. 4.2.3

Der RAD-Arzt, Dr. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Forensische Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Kinder- und Jugendforensik SGFP, hielt in seiner Stellungnahme vom 11. Oktober 2021 fest, gemäss jüngstem ärztlichen Bericht soll sich auf der hirnorganischen Grundlage eine schwerste Depression mit Ängsten und aggressiven Verhaltensstörungen entwickelt haben. Es würden verschiedenste neuropsychologische Störungen aufgeführt, die zusammen mit den depressiv-ängstlichen Symptomen eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % bedingen würden. Die Schwere der Symptomatik werde jedoch derart ausgeprägt dargestellt, dass damit keinerlei Arbeitsfähigkeit mehr vereinbar erscheine. Auch müsse eine stationäre Behandlung der Depressivität erfolgen respektive erfolgt sein, die niedrig dosierte psychotrope Medikation reicht keinesfalls aus. Andererseits würden die aufgeführten neuropsychologischen Defizite mangels Fehlens entsprechender neuropsychologischer Untersuchungen, aber auch aus dem psychischen Befund heraus nicht plausibel erscheinen. Es erscheine auch klinisch wenig plausibel, dass derartige Symptome bis Dezember 2019 nicht aufgefallen seien, in September 2020 aber in derartiger Ausprägung vorliegen sollen. Zudem sei der Versicherte nach einem dreimonatigen Lockdown gesehen worden, so dass auch hier eine (vorübergehende) Ursache eines depressiv-ängstlichen Zustandes vorliegen könne. Schliesslich sei der Befund vom September 2020 mittlerweile veraltet, um mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem rentenrelevanten und anhaltenden Zustand ausgehen zu können. Im vorliegenden Fall bedürfe es somit einer Aktualisierung der Befunde. Es werde empfohlen, einen unabhängigen und ausführlichen psychiatrischen Bericht über die Verbindungsstelle einzuholen. Dieser sollte eine aktuelle Untersuchung mit Stellungnahme zu den Funktionseinschränkungen beinhalten. Ebenso sollten allfällige Spital- und Behandlerberichte eingeholt werden. Zudem solle ein neurologischer Bericht zum aktuellen Stand der Epilepsie eingeholt werden (BVGer-act. 21, Beilage 1).

E. 5

Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung.

E. 5.1

Die Vorinstanz stütze sich bei der Ablehnung des Leistungsgesuchs des Beschwerdeführers in medizinischer Hinsicht primär auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. B. _____ vom 13. Januar 2020 (IVSTA-act. 18). Zur Begründung führte die Vorinstanz im Wesentlichen aus, die Gesundheitsbeeinträchtigung des Beschwerdeführers führe zu folgenden funktionellen Einschränkungen: keine statischen oder sitzenden Tätigkeiten, die das Besteigen von Leitern oder Gerüsten erforderten, das Gehen auf unebenem Gelände sowie keine Arbeiten unter Stress oder in hohem Arbeitstempo. Es bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lastwagenchauffeur. Demgegenüber bestehe keine Arbeitsunfähigkeit für eine leidensangepasste Tätigkeit, welche die funktionellen Einschränkungen berücksichtige, wobei eine Einkommenseinbusse von 12 % bestehe (IVSTA-act. 29 = Beilage 2 zu BVGer-act. 1).

E. 5.2

Der Beschwerdeführer bemängelt beschwerdeweise, dass die Verfügung der Vorinstanz ausschliesslich auf einer internen Beurteilung eines angestellten Mediziners, Dr.

B. _____, ohne persönliche Untersuchung beruhe. Ebenfalls seien keine möglichen angepassten Tätigkeiten, welche er ohne Gefahr für sich und andere Personen noch ausführen könnte, genannt worden (BVGer-act. 1). Ergänzend brachte er unter Hinweis auf das Gutachten von Dr. C. _____ vom 7. September 2021 (Beilage 1 zu BVGer-act. 14) vor, er sei auf Dauer etwa 70 % arbeitsunfähig für jede Art einer auf Erwerb gerichteten Arbeitstätigkeit (BVGer-act. 14).

E. 5.3.1

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweismwürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD: Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

E. 5.3.2

Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 5.3.3

Zu prüfen ist somit, ob die vorliegenden medizinischen Akten dem RAD erlaubten, sich ein Bild über eine allfällige invaliditätsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zu machen, und ob dessen Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind.

E. 5.4.1

In somatischer Hinsicht steht die Diagnose des generalisierten epileptischen Anfalls im Vordergrund. Der RAD-Arzt Dr. B._____ hielt in seiner Stellungnahme vom 13. Januar 2020 fest, es bestehe aufgrund dieser Diagnose eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in dessen zuletzt ausgeübter Tätigkeit als Lastwagenchauffeur ab dem 18. Juli 2018. Hingegen sieht er keine Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, welche die funktionellen Einschränkungen (vgl. E. 4.1.5 hiervor) berücksichtige. Der RAD-Arzt stützt sich bei seiner Einschätzung nicht auf eine eigene Untersuchung des Beschwerdeführers, wie dieser zu Recht vorbringt. Indessen ist sämtlichen medizinischen Vorakten die übereinstimmende Diagnose eines generalisierten epileptischen Anfalls zu entnehmen (IVSTA-act. 3; 11; 14), womit (diesbezüglich) von einem feststehenden medizinischen Sachverhalt auszugehen ist und eine fehlende Untersuchung des Beschwerdeführers durch den RAD-Arzt die Beweiskraft seiner Stellungnahme grundsätzlich nicht schmälert (vgl. E. 5.3.2 hiervor). Die Einschätzung des RAD-Arztes erfolgt sodann in Übereinstimmung mit den Weisungen der Verkehrskommission der Schweizerischen Epilepsie-Liga «Fahreignung mit Epilepsie». Aus diesen geht hervor, dass eine Wiederzulassung zur Führerausweiskategorie C (Lastwagen) bei einer einmal manifest gewesenen Epilepsie nur möglich ist, wenn eine fünfjährige Anfallsfreiheit ohne Medikation besteht. Bei einem erstmaligen unprovokierten Anfall ist eine Karenzfrist von zwei Jahren einzuhalten (vgl. <<https://medicalforum.ch/de/detail/doi/smf.2019.08402>>, abgerufen am 26. August 2022). Zwischen den Parteien ist denn auch unbestritten, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Epilepsie und der damit verbundenen Gefahr für die Verkehrssicherheit seine bisherige Tätigkeit als Lastwagenchauffeur nicht mehr ausüben kann.

E. 5.4.2

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit findet sich nebst der Stellungnahme des RAD einzig die Einschätzung der Versicherungsmedizinerin Dr. H._____ vom 7. Oktober 2019 (Formular E 213; IVSTA-act. 3) in den vorinstanzlichen Akten. Diese geht in ihrem ausführlichen und nachvollziehbaren Bericht von einer fokalen Epilepsie mit wahrscheinlichen Episoden fokaler Anfälle mit Bewusstseinsveränderungen aus. Der Bericht von Dr. H._____ basiert dabei auf einem Aktenstudium sowie einer persönlichen Untersuchung des Versicherten am 2. Oktober 2019. Sie setzt sich ausführlich mit den funktionellen Leistungseinschränkungen des Versicherten, dessen zuletzt ausgeübter Tätigkeit sowie möglichen angepassten Tätigkeiten auseinander und kommt dabei zum Schluss, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit des Versicherten als Lastwagenchauffeur seit 2019 nicht mehr zumutbar sei, jedoch angepasste Tätigkeiten, wie Aufsicht- oder Kontrolltätigkeiten, in einem 50 % Pensum weiterhin möglich seien. Die Leistungsfähigkeit könne durch medizinische und berufliche Rehabilitation verbessert werden. Dr. J._____ stellt bei ihrer Kontrolluntersuchung im September 2019 fest, der Beschwerdeführer vertrage die verschriebene Behandlung gut und habe seit Initiierung von Zebinix keine Anfälle mehr, so dass im April 2020 ein Jahr seit dem letzten Anfall vergangen wäre (IVSTA-act. 14). In den Akten finden sich darüber hinaus keinerlei Hinweise und es wird insbesondere auch durch den Beschwerdeführer nicht geltend gemacht, dass sich bis zum Verfügungsdatum vom 21. Juli 2020 weitere epileptische Anfälle ereignet hätten. Dr. B._____ versäumt es jedoch, sich mit dem ausführlichen Bericht von Dr. H._____ auseinanderzusetzen und begründet seine Abweichung ihrer Einschätzung einer 50 %igen Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht. Der Bericht des RAD lässt im Weiteren auch eine

Stellungnahme zu den von ihr festgestellten funktionellen Einschränkungen vermissen. So geht Dr. H. _____ davon aus, dass dem Beschwerdeführer ausschliesslich Tätigkeiten ohne Nässe, Hitze, Kälte, Lärm, das Tragen von Lasten, Klettern oder Steigen, ohne Absturzgefahr, nicht in Nachtschicht sowie Wechselschicht, in wechselnder Körperhaltung zumutbar seien. Auch könne der Beschwerdeführer keine Bildschirmarbeit verrichten, da dies Anfälle auslösen könnte. Es ist demgegenüber aus der sehr knapp gehaltenen Stellungnahme von Dr. B. _____ nicht ersichtlich, weshalb er die funktionellen Einschränkungen betreffend Bildschirmarbeit, Nachtarbeit, Nässe, Hitze, Kälte und Lärm unberücksichtigt lässt. Die Beweiskraft der Stellungnahme von Dr. B. _____ wird sodann durch dessen eigene Einschätzung im vorliegenden Beschwerdeverfahren weiter in Zweifel gezogen. So ist der Stellungnahme vom 26. September 2021 als neue funktionelle Einschränkungen und in Übereinstimmung mit der Einschätzung von Dr. H. _____ ebenfalls Bildschirmarbeit, Lärm und Nacharbeit zu entnehmen (vgl. BVGer-act. 21, Beilage 2), wobei insbesondere in Bezug auf Bildschirmarbeit nicht nachvollziehbar erscheint, dass sich diese funktionelle Einschränkung aus der neu gestellten psychiatrischen Diagnose einer Depression (vgl. hierzu E. 5.5 nachfolgend) und nicht aus der somatischen Diagnose der Epilepsie ergeben soll.

E. 5.5.1

In psychiatrischer Hinsicht ist den im Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen die Diagnose einer schweren Depression mit Ängsten und Verhaltensstörungen zu entnehmen. Der RAD-Arzt Dr. B. _____ bescheinigte eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % auch in einer angepassten Tätigkeit ab dem 7. September 2020. Der Allgemeinmediziner stützt sich dabei auf das Privatgutachten von Dr. C. _____ vom 7. September 2020 (vgl. Beilage 2 zu BVGer-act. 21). Betreffend die Stellungnahme von Dr. B. _____ ist darauf hinzuweisen, dass die fachliche Qualifikation eines Arztes für die Würdigung medizinischer Berichte eine erhebliche Rolle spielt. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht müssen sich auf die Fachkenntnisse des Verfassers eines medizinischen Berichts, auf welchen sie abstellen wollen, verlassen können. Der berichtende oder zumindest der den Bericht visierende Arzt muss sich daher über eine allgemein anerkannte Facharztausbildung in der gefragten medizinischen Disziplin ausweisen können (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1 mit diversen Hinweisen). Damit kann mangels einer fachärztlichen psychiatrischen Qualifikation auf die Aussagen des Allgemeinmediziners nicht abgestellt werden.

E. 5.5.2

Dr. C. _____ diagnostiziert in seinem Privatgutachten vom 7. September 2020 eine schwere Depression mit Ängsten und Verhaltensstörungen (Beilage 1 zu BVGer-act. 14). Die Diagnose des Privatgutachters gründet dabei auf einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers am 31. August 2020. In den vorinstanzlichen Akten finden sich demgegenüber keinerlei psychiatrische Diagnosen. Einzig Dr. J. _____, Abteilung Neurologie, Praxis I. _____, hält mit ärztlichem Bericht vom 10. Dezember 2019 fest, bei der Kontrolluntersuchung am 16. April 2019 zeige sich, dass der Gemütszustand des Beschwerdeführers sehr schlecht sei. Zu einer weiteren Kontrolluntersuchung im September 2019 führt Dr. J. _____ aus, der Gemütszustand des Beschwerdeführers sei weitgehend unverändert und dieser werde emotional, wenn er danach gefragt werde (IVSTA-act. 14). Ebenfalls finden sich in den Akten der Vorinstanz keine Hinweise auf eine entsprechende medikamentöse Behandlung. Demgegenüber berichtet Dr. C. _____,

der Beschwerdeführer werde (nebst seiner Behandlung mit Antiepileptika) mit Sertralin, einem Antidepressivum indiziert zur Behandlung von leichten bis mittelschweren Depressionen (vgl. E. 4.2.1 hiervor), behandelt. Es ist dem Gutachten nicht zu entnehmen, dass das Antidepressivum durch den Gutachter neu verschrieben wurde. Vielmehr führt dieser aus, dass die durch den Beschwerdeführer genannten Symptome trotz dieser Behandlung bestünden, was auf eine bereits vorgängige Verschreibung schliessen lässt. Dabei bleibt aufgrund der dürftigen Aktenlage unklar, durch wen sowie zu welchem Zeitpunkt diese Verschreibung erfolgt ist. Vor diesem Hintergrund sowie aufgrund der Ausführung von Dr. J. _____, wonach der Gemütszustand des Beschwerdeführers weitgehend unverändert sei, ist auch eine bereits vorgängige psychiatrische oder psychologische Behandlung des Beschwerdeführers nicht auszuschliessen. So weist denn auch der RAD-Arzt, Dr. D. _____, in seiner Stellungnahme vom 11. Oktober 2021 daraufhin, dass es wenig plausibel erscheine, dass die im Privatgutachten vom 7. September 2021 aufgeführten Symptome bis Dezember 2019 nicht aufgefallen seien, im September 2020 aber in derartiger Ausprägung vorliegen sollen (vgl. BVGer-act. 21, Beilage 1).

E. 5.5.3

Mit Blick auf die bei dem Beschwerdeführer vorliegende psychische Problematik ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen (BGE 143 V 409 und 143 V 418; vgl. E. 3.6 hiervor), gemäss welcher die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters zu erfolgen hat (BGE 143 V 418 E. 7 und BGE 141 V 281 E. 4.1). Liegt ein Gutachten vor, so überprüft zunächst der medizinische Dienst, ob die Angaben und Ausführungen zu den Themen der Standardindikatoren fallbezogen ausreichend sind (vgl. Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung KSVI, Stand 1. Januar 2018, RN 2080). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6), wobei dies für sämtliche psychischen Erkrankungen, namentlich auch für die von Dr. C. _____ gestellte Diagnose einer Depression gilt (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.2). Im vorliegenden Fall hat bisher keine solche Prüfung stattgefunden. Dem Privatgutachten von Dr. C. _____ fehlen überdies die Grundlagen, welche die Prüfung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens im Lichte der massgeblichen Indikatoren nach BGE 141 V 281 erlauben würden. Insbesondere mangelt es unter anderem an einer Beurteilung der Komorbiditäten. Aus den Leitlinien «Erster epileptischer Anfall und Epilepsien im Erwachsenenalter» der deutschen Gesellschaft für Neurologie geht hervor, dass Depressionen und generalisierte Angsterkrankungen häufige Komorbiditäten bei Epilepsiepatienten sind (vgl. <<https://dgn.org/leitlinien/030-041-erster-epileptischer-anfall-und-epilepsien-im-erwachsenenalter-2017/>>, abgerufen am 26. August 2022). Inwiefern Wechselwirkungen zwischen den somatischen und den psychiatrischen Diagnosen besteht, bedarf demnach einer eingehenden Abklärung.

E. 5.5.4

Nach dem Dargelegten war es dem RAD-Arzt Dr. D. _____ im Beschwerdeverfahren nicht möglich, eine ausführliche Prüfung der Standardindikatoren vorzunehmen. Es ist daher nachvollziehbar, dass Dr. D. _____ davon ausgeht, dass gestützt auf die

vorhandenen Akten eine abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustands und der daraus folgenden allfälligen Arbeitsunfähigkeit nicht möglich ist, und daher weitere medizinische Abklärungen erforderlich sind (vgl. BVGer-act. 21, Beilage 1). Aus diesen Gründen kann in beweisrechtlicher Hinsicht nicht auf das Privatgutachten vom 7. September 2020 abgestellt werden.

E. 6

Juli 2016 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 6.1

Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sach- verhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG und in Gutheissung des übereinstimmenden Antrags der Ver- fahrensbeteiligten zur Vornahme der notwendigen erwerblichen und medi- zinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Überein- stimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendi- gen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), wenn wie vorliegend im aktuellen Erstanmel- dungsverfahren noch keine interdisziplinäre Begutachtung durchgeführt wurde. Überdies würde dem Beschwerdeführer mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren der doppelte Instanzen- zug nicht gewahrt (vgl. Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1).

E. 6.2

Die Vorinstanz ist daher in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzu- weisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Ak- ten eine interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veran- lassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen er- scheinen Expertisen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie (wobei die psychiatrische Abklärung die Stan- dardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281] zu berücksichtigen hat), unter Einbezug einer neuropsychologischen Abklärung, erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beigezogen werden, ist dem pflichtgemessen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die er- forderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3 mit Hinweisen; Urteil des BVGer C-4537/2017 vom 20. August 2019 E. 8).

E. 6.3

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu er- folgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen

C-4146/2020 Seite 25 Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unver- hältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermit- teln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräu- men (vgl. BGE

137 V 210 E. 3.4.2.9).

E. 6.4

Schliesslich ist die Vorinstanz darauf hinzuweisen, dass, sollte aufgrund der medizinischen Abklärungen eine Restarbeitsfähigkeit festgestellt werden, mit Blick auf das fortgeschrittene Alter des Beschwerdeführers gemäss höchstrichterlichen Rechtsprechung auch die nach den Umständen des Einzelfalls zu klärende Frage zu beantworten sein wird, ob eine allenfalls festgestellte Restarbeitsfähigkeit in casu auch verwertbar ist (vgl. statt vieler Urteil des BGer 8C_117/2018 vom 31. August 2018 E. 2.2 und E. 3 mit weiteren Hinweisen). 7. Im Ergebnis ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Verfügung vom 21. Juli 2020 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge. 8. Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung. 8.1 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. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (BGE 141 V 281 E. 11.1), weshalb dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der einbezahlte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm bekannt zu gebendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

C-4146/2020 Seite 26 8.2 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 keine Kostennote eingereicht wurde, 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 erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 2'500.– (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer, vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a MWSTG [SR 641.20] i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE) angemessen. (Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen).

C-4146/2020 Seite 27

E. 7

Im Ergebnis ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Verfügung vom 21. Juli 2020 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

E. 8

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 8.1

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. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (BGE 141 V 281 E. 11.1), weshalb dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Der einbezahlte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm bekannt zu gebendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

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 keine Kostennote eingereicht wurde, 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 erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 2'500.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer, vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a MWSTG [SR 641.20] i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE) angemessen. (Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen).

E. 11

Dezember 1981 i.S. D.). 3.6 Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende so- matoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeits- fähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichti- gung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tat- sächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung

C-4146/2020 Seite 11 und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis ge- stellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheits- schädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symp- tome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbidi- täten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struk- tur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kon- text» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhal- tens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitä- tenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und be- handlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidens- druck (E. 4.4.2). 4. Bezogen auf den relevanten Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 21. Juli 2020 liegen im Wesentlichen die folgenden Akten vor (in chronolo- gischer Reihenfolge): 4.1 4.1.1 Aus dem Entlassungsbericht des Spital

E._____, Abteilung Neuro- logie, vom 23. Juli 2018, unterzeichnet von Dr. F._____, geht hervor, dass der Beschwerdeführer am 18. Juli 2018 aufgrund eines epileptischen Anfalls von der Notfallabteilung in die Abteilung Neurologie verlegt und dort bis zum 23. Juli 2018 stationär behandelt wurde. Im Hauptbefund wurde ein generalisierter epileptischer Anfall diagnostiziert. Der Verlauf sei gut, es sei zu keinen weiteren Epilepsieanfällen gekommen. Der Beschwerdefüh- rer dürfe keinen Alkohol einnehmen und keine Fahrzeuge lenken. Zur me- dikamentösen Behandlung wurde ihm Levetiracetam 500 mg (Antiepileptikum zur Monotherapie bei der Behandlung von partiellen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung; vgl. <[https://compendium.ch/pro- duct/1263392-levetiracetam-desitin-filmtabl-500-mg/mpro](https://compendium.ch/product/1263392-levetiracetam-desitin-filmtabl-500-mg/mpro)>, abgerufen am 2. September 2022), eine Filmtablette zum Frühstück und Abendessen, verschrieben (IVSTA-act. 11, S. 1 f. = BVGer-act. 12 [deutsche Überset- zung]). 4.1.2 Dem Bericht der Röntgenuntersuchung vom 23. Juli 2018, unter- zeichnet von Dr. med. G._____, Facharzt für Radiologie, sind folgende Befunde zu entnehmen: punktförmige ischämische Läsion älteren Datums im hinteren Bereich des Linsenkerns rechts; kaum punktförmig erhöhte

C-4146/2020 Seite 12 Signalintensität in weisser Hirnsubstanz beider zerebraler Hemisphären. Im Übrigen seien keine anderen parenchymatösen lokalen Läsionen supra- und infratentoriell erkennbar. Die Mittellinie sei zentriert (IVSTA- act. 11, S. 3 = BVGer-act. 12 [deutsche Übersetzung]). 4.1.3 Mit ausführlichem ärztlichem Bericht vom 7. Oktober 2019 (Formular E213) stellte Dr. med. H._____ vom Institut für Versicherungsmedizin nach persönlicher Untersuchung des Versicherten am 2. Oktober 2019 die Diagnose eines generalisierten epileptischen Anfalls. Es liege eine fokale Epilepsie vor, wahrscheinlich mit Episoden fokaler Anfälle mit Bewusst- seinsveränderungen und wahrscheinlich ein Anfall mit sekundärer Genera- lisierung, einmalig, mutmasslich vaskulärer Ursache. Der Versicherte be- richte auch von kurzen Bewusstseinspausen (seit der Entlassung aus der Abteilung Neurologie drei bis vier Episoden). Gegenwärtig werde er mit Ze- binix 800 mg (steigende Dosierung seit April; [Antiepileptikum indiziert als Monotherapie oder Begleittherapie zur Behandlung partieller epileptischer Anfälle mit oder ohne sekundäre Generalisierung; vgl. <<https://compen- dium.ch/product/1447956-zebinix-tabl-800-mg/mpro>>, abgerufen am 2. September 2022)), Levetiracetam 500 mg (2 x morgens) und Levetira- cetam 250 mg (1 x abends) behandelt. Vormalig seien drei bis vier Anfälle verzeichnet, zuletzt im April 2019. Der Allgemeinzustand sei gut, ein- schliesslich Kontakt/Sprache. Die Computertomographie (CT) des Gehirns der Notfallabteilung zeige keine Hinweise auf eine akute intrakranielle Pa- thologie. Das Elektrokardiogramm (EKG) sei aktuell ohne Hinweise auf er- hebliche Störungen. Die Magnetresonanztomographie (MRI; auch: MRT) des Gehirns zeige eine punktförmige ischämische Läsion älteren Datums im hinteren Bereich des Linsenkerns rechts. Es bestehe kaum punktförmig erhöhte Signalintensität in der weissen Hirnsubstanz beider zerebralen He- misphären. Der Krankheitsverlauf sei ungewiss und es bestehe eine Ein- schränkung für risikoreiche Betätigungen. Der Versicherte könne nur noch leichte Arbeiten regelmässig verrichten ohne Nässe, Hitze, Wechsel- schicht, das Tragen von Lasten, Klettern oder Steigen, Kälte, Lärm oder Absturzgefahr. Tätigkeiten dürften nur in wechselnder Körperhaltung ver- richtet werden. Es sei keine Bildschirmarbeit möglich, da diese Anfälle aus- lösen könnte. Seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lastwagenchauffeur könne der Versicherte nicht mehr ausüben. Es seien jedoch angepasste Tätigkeiten, wie beispielsweise Aufsicht und Kontrollen, in einem 50 % Pensum zumutbar. Die festgestellten Einsatzbeschränkungen bestünden auf Dauer seit 2019. Die

Leistungsfähigkeit könne durch medizinische und berufliche Rehabilitation verbessert werden (IVSTA-act. 3 = BVGer-act. 12 [deutsche Übersetzung]).

C-4146/2020 Seite 13 4.1.4 Dem ärztlichen Bericht der Praxis I._____, Abteilung Neurologie, zuhanden des galizischen Gesundheitsamtes vom 10. Dezember 2019, unterzeichnet durch Dr. J._____, ist zu entnehmen, dass der Versicherte am 16. April 2019 zu einer Kontrolluntersuchung in Begleitung seines Bruders erschienen sei. Er berichte, dass er einige kurze Bewusstseinspausen gehabt habe, meistens ohne Begleitung, während denen er jeweils abschalte, und wenn er wieder zu sich komme, erinnere er sich nicht daran, was er in dieser Zeit getan habe. Seit er aus der Neurologie entlassen worden sei, habe er drei bis vier solche Episoden gehabt. Die Behandlung toleriere er nach eigenen Angaben gut. Deshalb sei die Dosis im Februar 2019 vom Hausarzt erhöht worden, aber er habe weitere Episoden gehabt. Seit dem Eintritt (Anm. des Gerichts: Gemeint ist wohl seit dem Eintritt in die Neurologie im Juli 2018) sei der Gemütszustand sehr schlecht, denn er arbeite als Lastwagenchauffeur. In der klinischen Beurteilung wird festgestellt, dass eine fokale Epilepsie, wahrscheinlich mit Episoden fokaler Anfälle mit Bewusstseinsveränderungen und wahrscheinlich ein Anfall mit sekundärer Generalisierung, einmalig mutmasslich vaskulärer Ursache, bestehe. Im September 2019 fand eine weitere Kontrolluntersuchung statt. Dr. J._____ hält fest, dass der Versicherte zu Hause folgende Medikamente einnehme: Tirbas 500 mg (2 x morgens); Tirbas 250 mg (1 x abends; [Antiepileptikum mit dem Wirkstoff Levetiracetam; vgl. <<https://www.vademecum.com/medicamentos/tirbas-12314.html>>, abgerufen am 2. September 2022]); Zebinix 800 mg (1 x abends). Er vertrage die verschriebene Behandlung gut und habe seit Initiierung von Zebinix keine Anfälle mehr. Der Gemütszustand sei weitgehend unverändert und er werde emotional, wenn er danach gefragt werde. Er sei pensioniert worden und könne weiterhin nicht fahren. Die Behandlung werde unverändert fortgesetzt mit Ausnahme von Levetiracetam 750 mg alle 12 Stunden (die morgendliche Dosis werde reduziert). Im April 2020 wäre ein Jahr seit dem letzten Anfall vergangen. Wenn sich in der Zwischenzeit keine Veränderungen ergeben, sei eine Kontrolluntersuchung in sechs Monaten angezeigt (IVSTA-act. 14 = BVGer-act. 12 [deutsche Übersetzung]). 4.1.5 Der RAD-Arzt Dr. B._____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, hielt in seiner Stellungnahme vom 13. Januar 2020 zuhanden der IVSTA fest, es bestehe beim Versicherten eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit in dessen zuletzt ausgeübter Tätigkeit als Lastwagenchauffeur ab dem 18. Juli 2018. Es bestehe demge-

C-4146/2020 Seite 14 gegenüber keine Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, wobei folgende funktionellen Einschränkungen zu berücksichtigen seien: keine statische oder sitzende Arbeitshaltung; kein Besteigen von Leitern, Gerüsten oder unebenem Gelände; keine Arbeit unter Stress; keine Arbeiten, welche Schnelligkeit erforderten. Dr. B._____ führte aus, als Ursache für die epileptischen Anfälle sei an ischämische Ereignisse zu denken, welche weder ausgedehnt noch neu seien. Der letzte bestätigte Anfall habe sich im April 2019 ereignet und die Therapie mit Antiepileptika werde gut vertragen. Aus Gründen der Verkehrssicherheit könne die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht weiter ausgeübt werden, während alle anderen Tätigkeiten ohne Gefahr für den Versicherten oder andere zumutbar seien (IVSTA-act. 18). 4.2 Im Beschwerdeverfahren wurden folgende medizinische Berichte zu den Akten gereicht: 4.2.1 Dr. C._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Elektroenzephalographie, hielt in seinem Gutachten vom 7. September

2020 fest, dass er den Beschwerdeführer nach mehr als dreimonatigem Lockdown infolge der Corona-Pandemie untersuche. Obwohl er mit Tribas 250 mg und 500 mg, Zebinix 800 mg, Sertralin 50 mg (Antidepressivum indiziert zur Behandlung von leichten bis mittelschweren Depressionen, zur Behandlung und [sekundären] Prävention von Zwangsstörungen, zur Behandlung von Panikstörungen, zur Verminderung der Symptomatik bei chronischen Formen von posttraumatischen Belastungsstörungen sowie zur Behandlung der sozialen Phobie; vgl. <<https://compendium.ch/product/1027367-sertralin-helvepharm-filmtabl-50-mg/mpro>>, abgerufen am 2. September 2022), Rivotril 0.50 mg (Antiepileptikum indiziert zur Behandlung der Mehrheit der klinischen Formen der Epilepsie von Säuglingen und Kindern, Rivotril kann auch bei Epilepsien von Erwachsenen und bei fokalen Anfällen Anwendung finden; vgl. <<https://www.swissmedicinfo.ch> > Rivotril>, abgerufen am 2. September 2022) und Omeprazol 20 mg (Ulku-therapeutikum, Protonenpumpenhemmer; vgl. <<https://compendium.ch/product/1163642-omeprazol-mut-sandoz-filmtabl-20-mg/product>>, abgerufen am 2. September 2022) behandelt werde, habe er weiterhin wenig Lebensmut, sei ohne jegliche Freude und verspüre eine starke innere Unruhe und Rastlosigkeit. Er wirke äusserst empfindlich und leicht reizbar mit cholерischen «Kurzschluss»-Episoden (klastische Aggressivität). Die Gefühle von Nutzlosigkeit und Hoffnungslosigkeit seien anhaltend. Er sei 24 Stunden pro Tag damit beschäftigt, über sein Leiden und die ge-

C-4146/2020 Seite 15 legentlichen Empfindungen von Unsicherheit, welche er wahrnehme, nachzugrübeln. Sein Selbstvertrauen habe sich mit den verschiedenen therapeutischen Fehlschlägen fortschreitend vermindert und die Erschöpfung werde immer grösser. Er fühle sich körperlich und geistig erschöpft, wobei es ihm schwerfalle, Beziehungen zu unterhalten. Schliesslich fühle er sich körperlich und geistig beeinträchtigt, da er fortschreitend seine Wahrnehmungsfähigkeit verloren habe. Dr. C._____ führt aus, die psychologische Untersuchung beruhe auf folgenden Inventaren: Beck'sches Depressionsinventar (41 Punkte, entsprechend einer schweren Depression), State-trait-Angstinventar (STAI), wobei die durch den Versicherten erreichten Punktzahlen sehr erhöht seien, so entspreche die Angst als Zustand einem Standard-Zehnerwert von 10 und die Angst als Merkmal einem Standard-Zehnerwert von 10. Angesichts dieser Ergebnisse könne er bestätigen, dass die Angst, die der Versicherte zeige, pathologisch sei und sein Leben bedeutend beeinträchtige. Das Ergebnis des Elektroenzephalogramms (EEG) befinde sich innerhalb der normalen Parameter. Die neurologische Untersuchung zeige folgende Ergebnisse: lebhaft und symmetrisch vorhandene Dehnreflexe; Fusssohlen-Hautreflex bilateraler Beuger; refraktäre Kopfschmerzen mit organisch zerebraler Grundlage; verlangsamter Ablauf des Denkens; gewisse Vermeidungsverhaltensweisen; verminderte Psychomotorik; starke Traurigkeit und Angst; dauerhafte Empfindlichkeit und Reizbarkeit, mit Verzerrung der Wirklichkeit während den Angstanfällen und Verlust der Impulskontrolle (Aggressivität); klastische Verhaltensweisen; Beeinträchtigung der sozialen und familiären Beziehungen; Schwierigkeit bei der Entscheidungsfindung; Manifeste Psychasthenie; Kurze und sporadische Depersonalisationsepisoden; Fehlende Lebensmotivation; Todesgedanken; Leichtes kognitives Defizit zahlreicher Funktionen. Nach Ansicht des Gutachters handle es sich um ein psychoorganisches Syndrom ischämischer Natur, vereinbar mit Gliose/Demyelinisation, in wahrscheinlicher Verbindung mit chronischer mikrovaskulärer Pathologie, was Folgendes erzeugt habe: partielle Epilepsie mit komplexen Anfällen und sekundär generalisiert; Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens aufgrund von

Hirnerkrankung, -verletzungen oder -dysfunktion mit ängstlich-depressiven Merkmalen und mangelnder Impulskontrolle; leichte kognitive Veränderung zahlreicher Funktionen. Was die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten betrifft, geht der Gutachter davon aus, dass er in der Wahrnehmung seiner Alltagsaktivitäten eingeschränkt sei, wobei er in hohem Grad arbeitsunfähig sei. Die

C-4146/2020 Seite 16 Arbeitsunfähigkeit ergebe sich aus sehr grossen Defiziten bei der Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit, Kontinuität und Rhythmus bei der Ausführung von Aufgaben sowie einer dauerhaften und fortschreitenden Beeinträchtigung seines Verhältnisses zu einer Arbeitstätigkeit, dies als Folge des polysyndromischen Bildes, welches er aufweise. Dies alles führe dazu, dass er keine normale Arbeitstätigkeit unterhalten könne. Schliesslich habe festgestellt werden können, dass alle oder fast alle Symptome die für die Diagnose erforderlichen internationalen Kriterien überschreiten würden. Angesichts all des vorstehend Dargestellten, der fortschreitenden Verschlechterung der organischen Hirnstörung mit neurologischer und psychiatrischer Auswirkung, der unkontrollierbaren Wutepisoden mit klastischer Aggressivität, der schweren Beziehungsschwierigkeiten, einer Introversion und sozialen Isolation, der zeitweisen Depersonalisationsepisoden mit gelegentlicher Verzerrung der Wirklichkeit, der starken Traurigkeit und Angst, der allgemeinen Verlangsamung, der Anergie, der Gefühle von Nutzlosigkeit und Hoffnungslosigkeit, des niedrigen Selbstwertgefühls der fehlenden Lebensmotivation, der Todesgedanken und der leichten, neuropsychologischen Veränderungen zahlreicher Funktionen in Bezug auf Verarbeitungsgeschwindigkeit, Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Ausführungsfunktion sowie der Chronifizierung und Unumkehrbarkeit, die seine Leiden mit sich bringen würden und dauerhaft seien, sei der Versicherte als zu 75 % arbeitsunfähig einzuschätzen (BVGer-act. 14, Beilage 1 = BVGer-act. 18 [deutsche Übersetzung]). 4.2.2 Dr. B._____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, RAD-Arzt, führte in seiner Stellungnahme vom 26. September 2021 aus, als neues Element finde der Gutachter einen Stimmungsumschwung mit leichter Reizbarkeit, sozialem Rückzug sowie Gefühlen der Wertlosigkeit sowie Unruhe, wobei die Symptome als Ausdruck einer schweren Depression angesehen würden. Den Schlussfolgerungen des Gutachtens folgend, bescheinige er eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % auch in einer angepassten Tätigkeit ab dem Datum des Gutachtens (7. September 2020), jedoch nicht früher, wie dies der Sachverständige vorschlage, da diese Probleme zuvor nicht berichtet worden seien. Dr. B._____ hielt im Weiteren die folgenden funktionellen Einschränkungen fest: keine Arbeitszeit von mehr als zwei Stunden pro Tag; wechselnd sitzend-stehende Arbeitshaltung; kein Bestehen von Leitern und Gerüsten; kein Gehen auf unebenem Gelände; zu vermeiden seien Lärm und Nachtarbeit; Arbeiten mit Verantwortung, Schnelligkeit, Komplexität, Flexibilität, Stress, Personenkontakt, Emotionen; kein Lenken von Fahrzeugen; keine Bildschirmarbeit. Als angepasste Tätigkei-

C-4146/2020 Seite 17 ten kämen unter anderen beispielsweise eine Tätigkeit als Park- oder Museumswächter, Versandhändler, Ticketverkäufer oder Receptionist, Telefonist oder Mitarbeiter Scannen in Frage (BVGer-act. 21, Beilage 2). 4.2.3 Der RAD-Arzt, Dr. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Forensische Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Kinder- und Jugendforensik SGFP, hielt in seiner Stellungnahme vom 11. Oktober 2021 fest, gemäss jüngstem ärztlichen Bericht soll sich auf der hirnorganischen Grundlage eine schwerste Depression mit Ängsten und aggressiven Verhaltensstörungen entwickelt haben. Es würden verschiedenste neuropsychologische

Störungen aufgeführt, die zusammen mit den depressiv- ängstlichen Symptomen eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % bedingen würden. Die Schwere der Symptomatik werde jedoch derart ausgeprägt dargestellt, dass damit keinerlei Arbeitsfähigkeit mehr vereinbar erscheine. Auch müsse eine stationäre Behandlung der Depressivität erfolgt sein, die niedrig dosierte psychotrope Medikation reicht keinesfalls aus. Andererseits würden die aufgeführten neuropsychologischen Defizite mangels Fehlens entsprechender neuropsychologischer Untersuchungen, aber auch aus dem psychischen Befund heraus nicht plausibel erscheinen. Es erscheine auch klinisch wenig plausibel, dass derartige Symptome bis Dezember 2019 nicht aufgefallen seien, in September 2020 aber in derartiger Ausprägung vorliegen sollen. Zudem sei der Versicherte nach einem dreimonatigen Lockdown gesehen worden, so dass auch hier eine (vorübergehende) Ursache eines depressiv-ängstlichen Zustandes vorliegen könne. Schliesslich sei der Befund vom September 2020 mittlerweile veraltet, um mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem rentenrelevanten und anhaltenden Zustand ausgehen zu können. Im vorliegenden Fall bedürfe es somit einer Aktualisierung der Befunde. Es werde empfohlen, einen unabhängigen und ausführlichen psychiatrischen Bericht über die Verbindungsstelle einzuholen. Dieser sollte eine aktuelle Untersuchung mit Stellungnahme zu den Funktionseinschränkungen beinhalten. Ebenso sollten allfällige Spital- und Behandlerberichte eingeholt werden. Zudem solle ein neurologischer Bericht zum aktuellen Stand der Epilepsie eingeholt werden (BVGer-act. 21, Beilage 1). 5. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung.

C-4146/2020 Seite 18 5.1 Die Vorinstanz stützte sich bei der Ablehnung des Leistungsgesuchs des Beschwerdeführers in medizinischer Hinsicht primär auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. B. _____ vom 13. Januar 2020 (IVSTA-act. 18). Zur Begründung führte die Vorinstanz im Wesentlichen aus, die Gesundheitsbeeinträchtigung des Beschwerdeführers führe zu folgenden funktionellen Einschränkungen: keine statischen oder sitzenden Tätigkeiten, die das Besteigen von Leitern oder Gerüsten erforderten, das Gehen auf unebenem Gelände sowie keine Arbeiten unter Stress oder in hohem Arbeitstempo. Es bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lastwagenchauffeur. Demgegenüber bestehe keine Arbeitsunfähigkeit für eine leidensangepasste Tätigkeit, welche die funktionellen Einschränkungen berücksichtige, wobei eine Einkommenseinbusse von 12 % bestehe (IVSTA-act. 29 = Beilage 2 zu BVGer-act. 1). 5.2 Der Beschwerdeführer bemängelt beschwerdeweise, dass die Verfügung der Vorinstanz ausschliesslich auf einer internen Beurteilung eines angestellten Mediziners, Dr. B. _____, ohne persönliche Untersuchung beruhe. Ebenfalls seien keine möglichen angepassten Tätigkeiten, welche er ohne Gefahr für sich und andere Personen noch ausführen könnte, genannt worden (BVGer-act. 1). Ergänzend brachte er unter Hinweis auf das Gutachten von Dr. C. _____ vom 7. September 2021 (Beilage 1 zu BVGer-act. 14) vor, er sei auf Dauer etwa 70 % arbeitsunfähig für jede Art einer auf Erwerb gerichteten Arbeitstätigkeit (BVGer-act. 14). 5.3 5.3.1 Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E.

5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD: Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4). 5.3.2 Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt

C-4146/2020 Seite 19 und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). 5.3.3 Zu prüfen ist somit, ob die vorliegenden medizinischen Akten dem RAD erlauben, sich ein Bild über eine allfällige invaliditätsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zu machen, und ob dessen Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind. 5.4 5.4.1 In somatischer Hinsicht steht die Diagnose des generalisierten epileptischen Anfalls im Vordergrund. Der RAD-Arzt Dr. B._____ hielt in seiner Stellungnahme vom 13. Januar 2020 fest, es bestehe aufgrund dieser Diagnose eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in dessen zuletzt ausgeübter Tätigkeit als Lastwagenchauffeur ab dem 18. Juli 2018. Hingegen sieht er keine Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, welche die funktionellen Einschränkungen (vgl. E. 4.1.5 hiervor) berücksichtige. Der RAD-Arzt stützt sich bei seiner Einschätzung nicht auf eine eigene Untersuchung des Beschwerdeführers, wie dieser zu Recht vorbringt. Indessen ist sämtlichen medizinischen Vorakten die übereinstimmende Diagnose eines generalisierten epileptischen Anfalls zu ent-

C-4146/2020 Seite 20 nehmen (IVSTA-act. 3; 11; 14), womit (diesbezüglich) von einem feststehenden medizinischen Sachverhalt auszugehen ist und eine fehlende Untersuchung des Beschwerdeführers durch den RAD-Arzt die Beweiskraft seiner Stellungnahme grundsätzlich nicht schmälert (vgl. E. 5.3.2 hiervor). Die Einschätzung des RAD-Arztes erfolgt sodann in Übereinstimmung mit den Weisungen der Verkehrskommission der Schweizerischen Epilepsie-Liga «Fahreignung mit Epilepsie». Aus diesen geht hervor, dass eine Wiederzulassung zur Führerausweiskategorie C

(Lastwagen) bei einer einmal manifest gewesenen Epilepsie nur möglich ist, wenn eine fünfjährige Anfallsfreiheit ohne Medikation besteht. Bei einem erstmaligen unprovokierten Anfall ist eine Karenzfrist von zwei Jahren einzuhalten (vgl. <<https://medicalforum.ch/de/detail/doi/smf.2019.08402>>, abgerufen am 26. August 2022). Zwischen den Parteien ist denn auch unbestritten, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Epilepsie und der damit verbundenen Gefahr für die Verkehrssicherheit seine bisherige Tätigkeit als Lastwagengchauffeur nicht mehr ausüben kann.

5.4.2 In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit findet sich nebst der Stellungnahme des RAD einzig die Einschätzung der Versicherungsmedizinerin Dr. H._____ vom 7. Oktober 2019 (Formular E 213; IVSTA-act. 3) in den vorinstanzlichen Akten. Diese geht in ihrem ausführlichen und nachvollziehbaren Bericht von einer fokalen Epilepsie mit wahrscheinlichen Episoden fokaler Anfälle mit Bewusstseinsveränderungen aus. Der Bericht von Dr. H._____ basiert dabei auf einem Aktenstudium sowie einer persönlichen Untersuchung des Versicherten am 2. Oktober 2019. Sie setzt sich ausführlich mit den funktionellen Leistungseinschränkungen des Versicherten, dessen zuletzt ausgeübter Tätigkeit sowie möglichen angepassten Tätigkeiten auseinander und kommt dabei zum Schluss, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit des Versicherten als Lastwagengchauffeur seit 2019 nicht mehr zumutbar sei, jedoch angepasste Tätigkeiten, wie Aufsichts- oder Kontrolltätigkeiten, in einem 50 % Pensum weiterhin möglich seien. Die Leistungsfähigkeit könne durch medizinische und berufliche Rehabilitation verbessert werden. Dr. J._____ stellt bei ihrer Kontrolluntersuchung im September 2019 fest, der Beschwerdeführer vertrage die verschriebene Behandlung gut und habe seit Initiierung von Zebinix keine Anfälle mehr, so dass im April 2020 ein Jahr seit dem letzten Anfall vergangen wäre (IVSTA-act. 14). In den Akten finden sich darüber hinaus keinerlei Hinweise und es wird insbesondere auch durch den Beschwerdeführer nicht geltend gemacht, dass sich bis zum Verfügungsdatum vom 21. Juli 2020 weitere epileptische Anfälle ereignet hätten. Dr. B._____ versäumt es jedoch, sich mit dem ausführlichen Bericht von Dr. H._____ auseinanderzusetzen und begründet seine Abweichung ihrer Einschätzung einer 50 %igen Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht. Der Bericht des RAD lässt im Weiteren auch eine Stellungnahme zu den von ihr festgestellten funktionellen Einschränkungen vermissen. So geht Dr. H._____ davon aus, dass dem Beschwerdeführer ausschliesslich Tätigkeiten ohne Nässe, Hitze, Kälte, Lärm, das Tragen von Lasten, Klettern oder Steigen, ohne Absturzgefahr, nicht in Nachtschicht sowie Wechselschicht, in wechselnder Körperhaltung zumutbar seien. Auch könne der Beschwerdeführer keine Bildschirmarbeit verrichten, da dies Anfälle auslösen könnte. Es ist demgegenüber aus der sehr knapp gehaltenen Stellungnahme von Dr. B._____ nicht ersichtlich, weshalb er die funktionellen Einschränkungen betreffend Bildschirmarbeit, Nacharbeit, Nässe, Hitze, Kälte und Lärm unberücksichtigt lässt. Die Beweiskraft der Stellungnahme von Dr. B._____ wird sodann durch dessen eigene Einschätzung im vorliegenden Beschwerdeverfahren weiter in Zweifel gezogen. So ist der Stellungnahme vom 26. September 2021 als neue funktionelle Einschränkungen und in Übereinstimmung mit der Einschätzung von Dr. H._____ ebenfalls Bildschirmarbeit, Lärm und Nacharbeit zu entnehmen (vgl. BVGer-act. 21, Beilage 2), wobei insbesondere in Bezug auf Bildschirmarbeit nicht nachvollziehbar erscheint, dass sich diese funktionelle Einschränkung aus der neu gestellten psychiatrischen Diagnose einer Depression (vgl. hierzu E. 5.5 nachfolgend) und nicht aus der somatischen Diagnose der Epilepsie ergeben soll. 5.5 5.5.1 In psychiatrischer Hinsicht ist den im Beschwerdeverfahren eingereichten

medizinischen Unterlagen die Diagnose einer schweren Depression mit Ängsten und Verhaltensstörungen zu entnehmen. Der RAD-Arzt Dr. B._____ bescheinigte eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % auch in einer angepassten Tätigkeit ab dem 7. September 2020. Der Allgemeinmediziner stützt sich dabei auf das Privatgutachten von Dr. C._____ vom 7. September 2020 (vgl. Beilage 2 zu BVGer-act. 21). Betreffend die Stellungnahme von Dr. B._____ ist darauf hinzuweisen, dass die fachliche Qualifikation eines Arztes für die Würdigung medizinischer Berichte eine erhebliche Rolle spielt. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht müssen sich auf die Fachkenntnisse des Verfassers eines medizinischen Berichts, auf welchen sie abstellen wollen, verlassen können. Der berichtende oder zumindest der den Bericht visierende Arzt muss sich daher über eine allgemein anerkannte Facharztausbildung in der gefragten medizinischen Disziplin ausweisen können (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar

C-4146/2020 Seite 22 2010 E. 2.1 mit diversen Hinweisen). Damit kann mangels einer fachärztlichen psychiatrischen Qualifikation auf die Aussagen des Allgemeinmediziners nicht abgestellt werden. 5.5.2 Dr. C._____ diagnostiziert in seinem Privatgutachten vom 7. September 2020 eine schwere Depression mit Ängsten und Verhaltensstörungen (Beilage 1 zu BVGer-act. 14). Die Diagnose des Privatgutachters gründet dabei auf einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers am 31. August 2020. In den vorinstanzlichen Akten finden sich demgegenüber keinerlei psychiatrische Diagnosen. Einzig Dr. J._____, Abteilung Neurologie, Praxis I._____, hält mit ärztlichem Bericht vom 10. Dezember 2019 fest, bei der Kontrolluntersuchung am 16. April 2019 zeige sich, dass der Gemütszustand des Beschwerdeführers sehr schlecht sei. Zu einer weiteren Kontrolluntersuchung im September 2019 führt Dr. J._____ aus, der Gemütszustand des Beschwerdeführers sei weitgehend unverändert und dieser werde emotional, wenn er danach gefragt werde (IVSTA-act. 14). Ebenfalls finden sich in den Akten der Vorinstanz keine Hinweise auf eine entsprechende medikamentöse Behandlung. Demgegenüber berichtet Dr. C._____, der Beschwerdeführer werde (nebst seiner Behandlung mit Antiepileptika) mit Sertralin, einem Antidepressivum indiziert zur Behandlung von leichten bis mittelschweren Depressionen (vgl. E. 4.2.1 hiervor), behandelt. Es ist dem Gutachten nicht zu entnehmen, dass das Antidepressivum durch den Gutachter neu verschrieben wurde. Vielmehr führt dieser aus, dass die durch den Beschwerdeführer genannten Symptome trotz dieser Behandlung bestünden, was auf eine bereits vorgängige Verschreibung schliessen lässt. Dabei bleibt aufgrund der dürftigen Aktenlage unklar, durch wen sowie zu welchem Zeitpunkt diese Verschreibung erfolgt ist. Vor diesem Hintergrund sowie aufgrund der Ausführung von Dr. J._____, wonach der Gemütszustand des Beschwerdeführers weitgehend unverändert sei, ist auch eine bereits vorgängige psychiatrische oder psychologische Behandlung des Beschwerdeführers nicht auszu-schliessen. So weist denn auch der RAD-Arzt, Dr. D._____, in seiner Stellungnahme vom 11. Oktober 2021 daraufhin, dass es wenig plausibel erscheine, dass die im Privatgutachten vom 7. September 2021 aufgeführten Symptome bis Dezember 2019 nicht aufgefallen seien, im September 2020 aber in derartiger Ausprägung vorliegen sollen (vgl. BVGer-act. 21, Beilage 1). 5.5.3 Mit Blick auf die bei dem Beschwerdeführer vorliegende psychische Problematik ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen (BGE 143 V 409 und 143 V 418; vgl. E. 3.6 hiervor), gemäss welcher die C-4146/2020 Seite 23 Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, anhand eines strukturierten normativen

Prüfungsrasters zu erfolgen hat (BGE 143 V 418 E. 7 und BGE 141 V 281 E. 4.1). Liegt ein Gutachten vor, so überprüft zunächst der medizinische Dienst, ob die Angaben und Ausführungen zu den Themen der Standardindikatoren fallbezogen ausreichend sind (vgl. Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung KSVI, Stand 1. Januar 2018, RN 2080). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6), wobei dies für sämtliche psychischen Erkrankungen, namentlich auch für die von Dr. C._____ gestellte Diagnose einer Depression gilt (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.2). Im vorliegenden Fall hat bisher keine solche Prüfung stattgefunden. Dem Privatgutachten von Dr. C._____ fehlen überdies die Grundlagen, welche die Prüfung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens im Lichte der massgeblichen Indikatoren nach BGE 141 V 281 erlauben würden. Insbesondere mangelt es unter anderem an einer Beurteilung der Komorbiditäten. Aus den Leitlinien «Erster epileptischer Anfall und Epilepsien im Erwachsenenalter» der deutschen Gesellschaft für Neurologie geht hervor, dass Depressionen und generalisierte Angstkrankungen häufige Komorbiditäten bei Epilepsiepatienten sind (vgl. <<https://dgn.org/leitlinien/030-041-erster-epileptischer-anfall-und-epilepsien-im-erwachsenenalter-2017/>>, abgerufen am 26. August 2022). Inwiefern Wechselwirkungen zwischen den somatischen und den psychiatrischen Diagnosen besteht, bedarf demnach einer eingehenden Abklärung. 5.5.4 Nach dem Dargelegten war es dem RAD-Arzt Dr. D._____ im Beschwerdeverfahren nicht möglich, eine ausführliche Prüfung der Standardindikatoren vorzunehmen. Es ist daher nachvollziehbar, dass Dr. D._____ davon ausgeht, dass gestützt auf die vorhandenen Akten eine abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustands und der daraus folgenden allfälligen Arbeitsunfähigkeit nicht möglich ist, und daher weitere medizinische Abklärungen erforderlich sind (vgl. BVGer-act. 21, Beilage 1). Aus diesen Gründen kann in beweisrechtlicher Hinsicht nicht auf das Privatgutachten vom 7. September 2020 abgestellt werden. 6. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich der Sachverhalt bis zum Er-

C-4146/2020 Seite 24 lass der angefochtenen Verfügung vom 21. Juli 2020 in medizinischer Hinsicht nicht rechtsgenügend abgeklärt erweist. Demzufolge ist es nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob, gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

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