

# **BVGer C-455/2020 vom 6. Januar 2020**

Bundesverwaltungsgericht, 2020-01-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-455\\_2020\\_d20200106](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-455_2020_d20200106)

FR: TAF C-455/2020 du 6 janvier 2020

IT: TAF C-455/2020 del 6 gennaio 2020

## **Regeste**

Rentenanspruch | Invalidenversicherung, Rentenanspruch, Verfügung der IVSTA vom 6. Januar 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]), 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

C-455/2020 Seite 5 Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem der Beschwerdeführer auch den ihm auferlegten Kostenvorschuss fristgerecht geleistet hat, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 20. Januar 2020 einzutreten (Art. 60 Abs. 1 und Abs. 2 ATSG; vgl. auch Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

### **E. 2**

Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) vorgesehen, hat die kantonale IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Beschwerdeführer als Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, das Leistungsbegehren entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 6. Januar 2020 erlassen hat. Diese Verfügung, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat, bildet Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1).

### **E. 3.1**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit Sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 6. Januar 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). 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 (BGE 132 V 215

E. 3.1.1; 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

### **E. 3.2**

Der Beschwerdeführer ist französischer Staatsangehöriger, wohnt in Frankreich und war in der Schweiz erwerbstätig. 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

C-455/2020 Seite 6 (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 indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

### **E. 3.3**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (vgl. IK-Auszug, act. 12), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

### **E. 3.4**

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

### **E. 3.5**

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung) haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten

C-455/2020 Seite 7 oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeits- unfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c). Der Renten- anspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Gel- tendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). Die Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG ist eine materielle Anspruchsvoraussetzung für die Rentenberechtigung, diejenige nach Art. 29 Abs. 1 IVG (zum Normzweck BGE 140 V 2 E. 5.3 S. 7) ist eine solche verfahrensmässiger Natur (formelle Karenzfrist; BGE 142 V 547 E. 3.2 S. 550).

### **E. 3.6**

Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Bestimmungen eine abweichende Re- gelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben. Viertelsrenten sind demnach im Geltungsbereich des FZA exportierbar (vgl. Art. 4 und Art. 7 Verordnung [EG] Nr. 883/2004 [SR 0.831.109.268.1]; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1). Die Regelung in Art. 29 Abs. 4 IVG stellt dabei nicht eine blossе Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraus- setzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

### **E. 3.7.1**

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwal- tung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztl- chen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfüg- ung zu stel- len 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 Beweis- wertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Be- lange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die ge- klagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammen- hänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schluss- folgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson

C-455/2020 Seite 8 muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C\_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

### **E. 3.7.2**

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begeh- ren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist dem Durchfüh- rungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, so dass gestützt darauf die Verfü- gung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; SUSANNE LEUZINGER-NAEF, Die Auswahl der medizinischen Sachverstän- digen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer- Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit – Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 413 f.). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der (zuständigen)

Invalidenversicherungsstelle (Art. 54 - 56 in Verbindung mit Art. 57 Abs. 1 lit. c - g IVG).

### **E. 3.7.3**

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). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – C-455/2020 Seite 9 zu denen die RAD-Berichte gehören – kann bereits bei Vorliegen geringer Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit nicht abgestellt werden (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; 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. 3.8.1**

Geht es um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3), 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.). Überdies hat auch die Prüfung, ob eine psychische Erkrankung eine rentenbegründende Invalidität zu begründen vermag, grundsätzlich anhand eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (BGE 143 V 409 E. 4.5; 143 V 418 E. 6 ff.). Demnach sind nach dieser neuesten bundesgerichtlichen Rechtsprechung grundsätzlich sämtliche psychischen Krankheiten einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen (BGE 143 V 416 E. 7.1; vgl. dazu auch THOMAS GÄCHTER/MICHAEL E. MEIER, Praxisänderung zu Depressionen und anderen psychischen Leiden, in: Jusletter 15. Januar 2018; vgl. zu den Ausnahmen vom strukturierten Beweisverfahren BGE 143 V 416 E. 7.1).

### **E. 3.8.2**

Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung für eine Anspruchsberechtigung auf der Grundlage des strukturierten Beweisverfahrens bildet eine

lege artis gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 und E. 2.2.1).

### **E. 3.8.3**

Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren

C-455/2020 Seite 10 eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6). 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 Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

### **E. 3.8.4**

Nach Art. 46 Abs. 3 VO Nr. 883/2004 ist die vom Träger eines Staates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Eine solche anerkannte Übereinstimmung besteht für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht. Der Invaliditätsgrad bestimmt sich daher auch unter dem Geltungsbereich des FZA nach schweizerischem Recht (vgl. hierzu auch BGE 130 V 253 E. 2.4; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E.2). Die Feststellungen der aus dem Ausland stammenden Beweismittel, wie insbesondere auch ärztliche Berichte und Gutachten, unterliegen der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, ab 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D; EVG vom 11. Dezember 1981 i.S. D; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

### **E. 4**

Vorliegend ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer die versicherungsmässigen Voraussetzungen für eine Invalidenrente im Grundsatz erfüllt. Umstritten und nachfolgend zu prüfen ist demgegenüber, ob das von der IV-Stelle veranlasste polydisziplinäre Gutachten der MEDAS D. \_\_\_\_\_

C-455/2020 Seite 11 beweiswertig ist. In den Akten finden sich zum Gesundheitszustand und zur Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im Wesentlichen die folgenden ärztlichen Beurteilungen:

#### **E. 4.1**

Im Anschluss an einen stationären Aufenthalt im Spital E. \_\_\_\_\_ vom 26. Januar bis 18. Februar 2015 hielten die verantwortlichen Ärzte als Diagnose eine rezidivierende aseptische Meningitis (Hirnhautentzündung, aktuell 8. Episode) fest. Aus therapeutischer Sicht empfahlen sie dem Beschwerdeführer, die eingeleitete antibiotische Therapie weiterzuführen sowie eine erneute Beurteilung durch einen neurologischen Spezialisten zu veranlassen (act. 19, S. 1 - 3).

#### **E. 4.2**

Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hielt mit Bericht vom 31. Juli 2015 fest, der Beschwerdeführer sei als Folge des 11. Meningitis-Rückfalls in der Zeit vom 14. bis 26. Juni 2015 hospitalisiert gewesen. Die durchgeführten Untersuchungen hätten keine infektiöse Ursache ergeben. Eine exakte Bestimmung der Ätiologie der Meningitis sei derzeit noch nicht möglich. Aufgrund der längeren Rückfallfreiheit unter der Einnahme des Medikamentes Colchicin und mit Blick auf die entzündliche Pathologie sei der Beschwerdeführer über die Notwendigkeit informiert worden, diese medikamentöse Therapie, einschliesslich der Schmerzbehandlung mit Paracetamol und Tramadol, fortzusetzen (act. 23, S. 10 - 25).

#### **E. 4.3**

Mit undatiertem Bericht hielt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ eine akute Meningitis (11. Episode) und eine Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 14. bis 26. Juni 2015 fest. Ferner führte er aus, dass der Beschwerdeführer in der Zeit vom 14. Juni bis 30. September 2015 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei, wobei eine Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit wahrscheinlich sei. Eine berufliche Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer derzeit noch nicht zumutbar (act. 23, S. 1 - 5).

#### **E. 4.4**

Mit verkehrsmedizinischem Gutachten vom 22. Dezember 2015 hielten Dres. med. H. \_\_\_\_\_ und I. \_\_\_\_\_ namentlich fest, dass der Beschwerdeführer im Januar 2015 eine lang dauernde, unklare Bewusstseinsstörung am Steuer seines Lastwagens erlitten und dadurch eine Kollision mit einer Leitplanke verursacht habe. In der Vorgeschichte seien wiederholte Episoden von Hirnhautentzündungen unklarer Ursache aufgetreten, welche sich zuerst mit Kopfschmerzen und Fieber manifestiert und alsdann zu neuropsychologischen Defiziten (Gedächtnis, Wortfindungsstörungen) geführt hätten. Im Juli 2015 habe er die 11. Episode erlitten, welche auch Be-

C-455/2020 Seite 12 wusstseinsstörungen verursacht habe. Seither sei die medikamentöse Behandlung mit dem Arzneimittel Colchicin (Medikament mit entzündungshemmender und schmerzstillender Wirkung) wieder aufgenommen worden. Bei der am 8. September 2015 durchgeführten körperlichen Untersuchung hätten sie keine krankhaften Befunde erheben können; ferner hätten sich auch keine Hinweise auf Hirnleistungsstörungen ergeben. Der Verlauf und die Prognose seien ungewiss. Das Wiederauftreten von Hirnhautentzündungen mit Einschränkungen der Hirnfunktionen sei weiterhin möglich. Die Fahreignung könne nur unter Beachtung von Auflagen bejaht werden. Dazu gehörten insbesondere das strikte Einhalten der durch den behandelnden Facharzt für Neurologie

angeordneten Therapie, der Verzicht auf das Führen eines Motorfahrzeuges, wenn Symptome der Erkrankung auftreten würden sowie das Einreichen von neurologischen Zeugnissen des behandelnden Arztes mit Angaben zu Diagnose, Therapie, Verlauf, Compliance und Prognose in halbjährlichen Abständen (act. 34).

#### **E. 4.5**

RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Arbeits- und Allgemeinmedizin, hielt mit Bericht vom 22. März 2016 die vorläufige Diagnose einer rezidivierenden asymptomatischen Hirnhautentzündung unklarer Ursache, aktuell mit kognitiven Defiziten, fest. Zurzeit und bis auf Weiteres sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Aufgrund der im Gespräch festgestellten kognitiven Defizite und der fremdanamnestischen Angaben sehe er beim Beschwerdeführer derzeit kein realistisches Wiedereingliederungspotenzial, und eine Fahreignung sei aus seiner Sicht nicht gegeben. Er empfehle das Einholen relevanter Befunde respektive Verlaufsberichte bei den behandelnden Ärzten sowie die anschliessende Prüfung des Rentenanspruchs (act. 46).

#### **E. 4.6**

Dr. med. G. \_\_\_\_\_ bestätigte in seinem Bericht vom 21. Juli 2016 die Diagnose der rezidivierenden aseptischen Meningitis und führte ergänzend aus, dass seit 14. Juni 2015 eine andauernde Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehe, wobei der Gesundheitszustand stationär sei (act. 69, S. 1 - 3).

#### **E. 4.7**

RAD-Arzt Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Arbeits- und Allgemeinmedizin, kam mit Bericht vom 2. Februar 2018 zum Schluss, dass zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers möglichst aktuelle neurologisch-psychiatrische Befunde, welche eine Aussage zur Leistungsfähigkeit erlaubten, erforderlich seien. Dementsprechend seien bei den behandelnden Ärzten aktuelle psychiatrische, neurologische und neuropsychologische Verlaufsberichte einzuholen (act. 74, S. 2 - 4).

C-455/2020 Seite 13

#### **E. 4.8**

Mit Bericht vom 16. März 2018 führte Dr. med. L. \_\_\_\_\_ aus, dass der Beschwerdeführer weiterhin wegen einer rezidivierenden psychischen Pathologie in seiner Behandlung stehe und einer psychopharmakologischen Behandlung bedürfe. Sein Gesundheitszustand erlaube derzeit keine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit (act. 82, S. 4).

#### **E. 4.9**

Dr. med. G. \_\_\_\_\_ bestätigte in seinem zuhause der IV-Stelle erstellten Bericht vom 14. Dezember 2018 (Datum Posteingang) die Diagnosen der chronischen Meningitis sowie der Kopfschmerzen. Überdies bescheinigte er dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 31. Januar 2016 bis 1. Januar 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. 97, S. 2). In einem weiteren Bericht vom 2. Januar 2019 führte er ergänzend aus, seit 2004 bestünden rezidivierende Schübe einer chronischen, aseptischen Meningitis; aus medizinischer Sicht sei dem Beschwerdeführer die Ausübung der bisherigen Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Der Gesundheitszustand sei stationär, es erfolge eine medikamentöse Behandlung mit Colchicin, und die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen nicht gesteigert werden. Aus seiner Sicht seien keine beruflichen Massnahmen indiziert (act. 101, S. 1 - 4).

#### **E. 4.10.1**

Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in seinem internistischen Teilgutachten gestützt auf eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers vom 25. März 2019 und die vorliegenden Akten im Wesentlichen fest, der somatische Befund habe einen 56-jährigen Mann mit klarer Bewusstseinslage, athletischem Körperbau und in einem guten Allgemein- und Kräftezustand, bei mässiger Adipositas (BMI 28.7 kg/m<sup>2</sup>) ergeben. Die Untersuchung des Bewegungsapparates habe eine deutlich verspannte Schultermuskulatur links mit lokalisiertem, deutlichem Druck- und Palpationsschmerz sowie eine verspannte Nackenmuskulatur, allerdings ohne Druckschmerz, ergeben. Als psychiatrische Befunde seien ein etwas eingeschränkt wirkendes Denk- und Gedächtnisvermögen, möglicherweise durch die grosse psychische Anspannung bei der Untersuchung verstärkt, eine auffallende nervöse Anspannung während der gesamten Untersuchung sowie ein leicht depressiver Eindruck zu befinden. Unter allgemein-internistischen Gesichtspunkten seien ein obstruktives Schlafapnoesyndrom, eine im Jahr 2009 aufgetretene Oberarmthrombose (links), eine laufende Colchicin-Behandlung bei Morbus Mollaret (seit 2010), ein Status nach Lungentuberkulose in der Kindheit, Hinweise für eine kürzlich durchgemachte Herpes simplex-Infektion sowie C-455/2020 Seite 14 eine diskrete Leukozytopenie (pathologische Verminderung der Leukozytenzahl unter 4000/µl im Blutbild; Psychrembel online, abrufbar unter < <https://www.psychrembel.de/leukozytopenie/KOCSV/doc/> >, abgerufen am 15.12.2021) zu befinden. In seiner Beurteilung kam er zum Schluss, dass aus internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben sei, so dass dem Beschwerdeführer für die bisherige wie auch für eine angepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % attestiert werden könne (act. 115/3, S. 1 - 27).

#### **E. 4.10.2**

In ihrem neuropsychologischen Teilgutachten vom 23. April 2019 führte lic. phil. N. \_\_\_\_\_, Fachpsychologin FSP und zertifizierte neuropsychologische Gutachterin SIM, gestützt auf eine neuropsychologische Untersuchung des Beschwerdeführers vom 11. April 2019 im Wesentlichen aus, testdiagnostisch könnten kognitive Minderleistungen in den Bereichen der Aufmerksamkeit (geteilte Aufmerksamkeit), des verbalen Gedächtnisses (Merkspanne), der Exekutivfunktionen (Arbeitsgedächtnis, Handlungsplanung, Flexibilität, verbale Ideenproduktion, Perseverationen, Interferenzfestigkeit), der Sprache (Lesegeschwindigkeit und -genauigkeit) sowie des Rechnens festgestellt werden. Als neuropsychologische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung mit/bei kognitiven Minderleistungen und klinischen Auffälligkeiten festzuhalten. Aus rein neuropsychologischer Sicht sei die Fahreignung als Berufsfahrer aufgrund der kognitiven Einschränkungen nicht mehr gegeben, weshalb die Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit nicht mehr gegeben sei. In einer ideal angepassten Tätigkeit sei die Leistungsfähigkeit demgegenüber lediglich um 20 % reduziert. Die angepasste Tätigkeit solle dabei lediglich geringe Anforderungen an die exekutiven Funktionen stellen, und der Beschwerdeführer sollte während seiner Arbeit nicht gestört oder unterbrochen werden. Er sollte nicht zwischen verschiedenen Aufgaben wechseln müssen. Er sollte zudem nicht mehrere Dinge gleichzeitig beachten oder bearbeiten müssen. Ferner sollte er kürzere Aufgaben erhalten und die Abläufe nicht selber planen müssen. Die Aufträge müssten ihm wiederholt gegeben und schriftlich festgehalten werden. Generell erhalte er mehr Zeit als Gleichaltrige. Neue Arbeiten sollten

ihm «häppchenweise» erklärt und vorgezeigt werden, und die Einarbeitungszeiten seien verlängert. Die Einschränkung von 20 % ergebe sich primär durch den hohen Arbeitsaufwand für einen Arbeitgeber. Es seien indes auch qualitative Einbußen der geleisteten Arbeit wahrscheinlich. Der Beschwerdeführer sollte keine gefährlichen Maschinen bedienen müssen. Ob es einen solchen angepassten Arbeitsplatz im ersten Arbeitsmarkt gebe,

C-455/2020 Seite 15 sei nicht durch den Gutachter zu beurteilen. Nachdem seit der letzten Meningitis knapp vier Jahre verstrichen seien, könne nicht mehr mit einer Verbesserung der kognitiven Leistungen gerechnet werden (act. 115.6, S. 1 - 13).

#### **E. 4.10.3**

Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, Vertrauensarzt SGV und zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, hielt als Diagnosen eine rezidivierende Mollaret-Meningitis, eine leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung nach ICD-10 F06.9, mit/bei kognitiven Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen und klinischen Auffälligkeiten (unter anderem schwankende Aufmerksamkeit, unsystematisches Vorgehen, vorschneller, assoziativer und tangentialer Diskurs), eine primäre familiäre episodische Migräne, gelegentlich mit Aura, aktuell ca. ein- bis zweimal im Monat auftretend, eine globale amnestische Episode im Januar 2015 (damals im Zusammenhang mit starken migränoiden Kopfschmerzen) sowie ein Schlafapnoesyndrom (seit zwei Jahren mit assistierter Beatmung erfolgreich eingestellt; ohne Tagesmüdigkeit) fest. In seiner Beurteilung führte der Neurologe insbesondere aus, beim Beschwerdeführer bestehe eine rezidivierende, seit 2004 rund 14-mal aufgetretene Meningitis-Symptomatik, welche als rezidivierende Meningitis im Sinne einer Mollaret-Meningitis zu bewerten sei. Seit August 2015, das heisst seit der Aufnahme der konsequenten Behandlung mit dem Medikament Colchicin, sei es nicht mehr zu einer Meningitis-Symptomatik gekommen. Aus neuropsychologischer Sicht seien einzig kognitive Einschränkungen feststellbar. Diese bewerte er zusammen mit der Neuropsychologin als leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung nach ICD-10 F06.9, mit/bei kognitiven Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen. Seit der letzten Episode im August 2015 bestehe eine Attackenfreiheit, und die Behandlung mit Colchicin schein eine gute Wirkung zu zeitigen. Eine versicherungsmedizinische Relevanz sei somit funktional betrachtet aus der Diagnose der Meningitis bezüglich neurologischer Defizite nicht mehr ableitbar. Es bestünden lediglich die erwähnten neuropsychologischen Störungen. Die Migräne sei als eigenständiges, von der Meningitis losgelöstes Krankheitsbild zu betrachten. Auch hinsichtlich der Migräne sei versicherungsmedizinisch keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu konstatieren, zumal derzeit keine therapeutischen Massnahmen in Anspruch genommen und nur episodisch die Medikamente Tramal oder Dafalgan zur Schmerzbekämpfung eingenommen würden. Die episodische Migräne begründe lediglich zeitweilig vorübergehende Einschränkungen der Funktionen. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine zumindest leidensadaptierte

C-455/2020 Seite 16 Tätigkeit könne diesbezüglich nicht festgestellt werden. Auch dem diagnostizierten obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom komme, zumindest unter adäquater Behandlung, keine versicherungsmedizinische Relevanz zu. Aus rein neurologischer Sicht sei dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (ganztägig, keine Leistungsminderung) zu attestieren. Lediglich aus neuropsychologischen Gründen ergebe

sich eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 %. Eine Minderung der zeitlichen Präsenz könne in der Gesamtschau aber nicht begründet werden; somit resultiere unter Einbezug der neuropsychologischen Störungen eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Als weitere medizinische Massnahmen seien die Fortsetzung der konsequenten Behandlung mit Colchicin, eine Basistherapie bezüglich der Migräne sowie die Fortsetzung der assistierten Beatmungstherapie (Schlafapnoe-Syndrom) zu empfehlen. Die Prognose sei medizinisch betrachtet sehr gut (act. 115.4, S. 1 - 16).

#### **E. 4.10.4**

Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Vertrauensarzt SGV sowie zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, bestätigte in seinem psychiatrischen Teilgutachten die Diagnosen der leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Störung, mit/bei kognitiven Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen sowie klinische Auffälligkeiten (schwankende Aufmerksamkeit, unsystematisches Vorgehen, vorschneller, assoziativer und tangentialer Diskurs) nach ICD-10 F06.9, Folgen entzündlicher Krankheiten des Zentralnervensystems nach ICD-10 G09 sowie Probleme in Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Stress, leichte affektive Störungen durch Belastung der somatischen Erkrankung; ICD-10 Z73). In seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung kam der Psychiater zum Schluss, dass die Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Chauffeur nicht mehr möglich sei; in einer leidensangepassten Tätigkeit bestünden demgegenüber leichte Einschränkungen der Leistungsfähigkeit. Für eine leidensadaptierte Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer sowohl retrospektiv – für die Zeit ab 26. Januar 2015 – als auch aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 80 % zu attestieren. Diese sei aller Voraussicht nach bis auf Weiteres möglich (act. 115.5, S. 1 - 16).

#### **E. 4.10.5**

In ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass vorliegend insbesondere die neurologischen und neuropsychologischen Befunde und Beurteilungen entscheidend seien. Aktenkundig sei beim Beschwerdeführer die seit 2004 rund 14-mal aufgetretene

C-455/2020 Seite 17 Meningitis-Symptomatik, welche als rezidivierende Meningitis im Sinne einer Mollaret-Meningitis zu bewerten sei. Seit der letzten Episode vom 2015 und der seither endlich durchgeführten konsequenten Behandlung mit dem Medikament Colchicin sei es zu keiner erneuten Episode mehr gekommen. Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie eine rezidivierende Mollaret-Meningitis (letztes Ereignis im 2015, seit Colchicin-Einnahme keine erneute Episode), Folgen entzündlicher Krankheiten des Zentralnervensystems (ICD-10 G09) sowie eine leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung, mit/bei kognitiven Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen, klinische Auffälligkeiten wie schwankender Aufmerksamkeit, unsystematischem Vorgehen sowie assoziativem und tangentialem Diskurs (ICD-10 F06.9), fest. Aufgrund der neurologischen Störungen sei die Fahreignung für die Gruppe 2 nicht mehr gegeben. Demnach sei für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als LKW-Chauffeur seit Januar 2015 keine Fahreignung und keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben. In einer leidensadaptierten Tätigkeit sei unter Berücksichtigung der neuropsychologischen Störungen eine Arbeitsfähigkeit von 80 % zu attestieren. Dies gelte rückblickend betrachtet für die Zeit ab Januar 2015. Als weitere

medizinische Massnahmen seien die Fortsetzung der konsequenten medikamentösen Behandlung mit Colchicin, die Fortsetzung der assistierten Beatmungstherapie bei Schlafapnoesyndrom sowie bezüglich der Migräne eine Basistherapie zu empfehlen (act. 115, S. 1 - 9).

#### **E. 4.11**

Dr. med. G.\_\_\_\_\_ führte in seinem zuhanden der IV-Stelle erstellten Bericht vom 9. September 2019 (Formular E 213) im Wesentlichen aus, als Folge der rezidivierenden Meningitis sei der Beschwerdeführer seit 31. Januar 2016 (recte: 31. Januar 2015) arbeitsunfähig. Zu vermeiden seien Arbeiten mit Feuchtigkeits-, Kälte- und Lärmexposition, Beugehaltungen, das häufige Heben und Tragen von Gewichten, das Besteigen von Treppen und Leitern, Arbeiten mit Sturzrisiko sowie Nacht- und Schichtarbeiten. Aufgrund seiner Beschwerden seien ihm weder die bisherige Arbeit als Berufschauffeur noch eine leidensangepasste Tätigkeit möglich und zumutbar. Die Einschränkungen bestünden seit 31. Januar 2016 (recte: 31. Januar 2015). Wegen seiner Kopfschmerzen könne er keine Bildschirmarbeit verrichten.

#### **E. 4.12**

Mit Bericht vom 2. Oktober 2019 führte die behandelnde Psychiaterin Dr. med. L.\_\_\_\_\_ aus, beim Beschwerdeführer präsentiere sich ein ängstlich-depressiver Zustand. Er leide zudem an Schlafstörungen, Zu-

C-455/2020 Seite 18 kunftsängsten, kognitiven und Merkfähigkeitsstörungen. Er benötige weiterhin eine regelmässige ärztliche Kontrolle und eine psychopharmakologische Behandlung (Escitalopram 15 mg pro Tag und Stresam in Reserve; act. 122, S. 8 f.).

#### **E. 4.13**

RAD-Arzt Dr. med. K.\_\_\_\_\_ hielt mit Bericht vom 26. Oktober 2019 fest, dass die Feststellungen der Gutachter sachlich fundiert und nachvollziehbar seien. Die von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ festgehaltenen neurokognitiven Störungen seien im beweiskräftigen polydisziplinären Gutachten berücksichtigt worden. In der Gesamtschau bestehe aus versicherungsmedizinischer Sicht seit Januar 2015 (Beginn der Arbeitsunfähigkeit wegen global amnestischer Episode bei Mollaret-Meningitis) ein Gesundheits Schaden mit Krankheitswert. Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestünden keine unausgeschöpften Behandlungsmöglichkeiten, welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wesentlich zu steigern vermöchten. Insbesondere für die rezidivierenden Kopfschmerzen bestünden weitere Therapieoptionen (Basistherapie bei Migräne). Eine wesentliche Erhöhung der Arbeitsfähigkeit sei dadurch aber nicht zu erwarten. Die funktionellen und arbeitsrelevanten Einschränkungen würden sich ausschliesslich auf die festgestellten leichten bis mittelschweren neurokognitiven Einschränkungen beziehen. Seit Januar 2015 bestehe für die angestammte Tätigkeit als LKW-Chauffeur keine Arbeitsfähigkeit mehr. In einer angepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit seit Januar 2015 jedoch 80 %, bei einer zeitlichen Präsenz von 100 % (act. 125, S. 2 - 4).

#### **E. 5**

Zu prüfen ist im Folgenden, ob die Vorinstanz hinsichtlich der Feststellung des Gesundheitszustands und der Einschätzung der medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit zu Recht auf das polydisziplinäre Gutachten vom 12. August 2019 abgestellt hat.

#### **E. 5.1**

Das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte interdisziplinäre Gutachten vom 12. August 2019 basiert auf den Vorakten, einer detaillierten Anamneseerhebung und auf für die strittigen Belange umfassenden fachärztlichen Untersuchungen. Die Gutachter setzen sich einlässlich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Sodann erfolgte eine ausführliche interdisziplinäre Konsensbeurteilung der beteiligten Fachärzte (act. 115-1, S. 1 - 9).

### **E. 5.2**

RAD-Arzt Dr. med. K.\_\_\_\_\_ stufte die Leistungsbeurteilung der Gutachter mit Stellungnahme vom 26. Oktober 2019 als sachlich fundiert und

C-455/2020 Seite 19 nachvollziehbar ein, wobei auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einleuchtend sei (act. 125, S. 2 - 4.).

### **E. 5.3**

Mit Blick auf die durch die behandelnde Psychiaterin angeführten Befunde (Schlafstörungen, rezidivierender ängstlich-depressiver Zustand) hat die Vorinstanz zu Recht eine Prüfung der Arbeitsfähigkeit in Anwendung der Indikatoren des strukturierten Beweisverfahrens vorgenommen (vgl. dazu E. 3.8.1 - 3.8.3 hievor), zumal vorliegend keine Ausschlussgründe im Sinne einer Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung geltend gemacht werden und aus den Akten auch nicht ersichtlich sind.

#### **E. 5.3.1**

Ausgangspunkt für die Beurteilung der Frage, ob ein Gesundheitsschaden im Sinne der klassifizierenden Merkmale vorliegt, ist eine fachärztlich einwandfrei gestellte Diagnose (BGE 143 V 409 E. 4.5.2; 143 V 418 E. 6; 141 V 281 E. 2.1). Im Vordergrund stehen vorliegend die Diagnosen der rezidivierenden Mollaret-Meningitis, die Folgen entzündlicher Erkrankungen des Nervensystems (ICD-10 G09) sowie die leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung (ICD-10 F06.9), mit/bei kognitiven Minderleistungen in den Bereichen der Aufmerksamkeit, des verbalen Gedächtnisses (Merkspanne), der Exekutivfunktionen (Arbeitsgedächtnis, Handlungsplanung, Flexibilität, verbale Ideenproduktion, Perseverationen, Interferenzfestigkeit), der Sprache (Lesegeschwindigkeit und -genauigkeit) sowie des Rechnens. Ferner werden namentlich noch die episodische Migräne, das Schlafapnoe-Syndrom und die Probleme bei der Lebensbewältigung angeführt (interdisziplinäre Gesamtbeurteilung, act. 115.1, S. 6). Diese Diagnosen sind schlüssig begründet und lassen sich anhand der klassifikatorischen Merkmale der ICD-10 Klassifikation nachvollziehen.

#### **E. 5.3.2**

Die Kategorie «funktioneller Schweregrad» beurteilt sich nach den konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen leidensbedingt beeinträchtigt ist (vgl. Urteil des BGer 9C\_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.3 m.H.). In dieser Kategorie sind die Komplexe der «Gesundheitsschädigung», der «Persönlichkeit» und des «sozialen Kontextes» zu unterscheiden.

##### **E. 5.3.2.1**

Mit Bezug auf den Komplex «Gesundheitsschädigung» ist als erster Indikator die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde zu nennen. Diesbezüglich ist mit der

überzeugenden Begründung des neurologischen Gutachters festzuhalten, dass das Rückfallrisiko bezüglich der Mollaret-

C-455/2020 Seite 20 Meningitis bei einer konsequenten Fortsetzung der medikamentösen Behandlung mit Colchicin als sehr tief einzustufen ist. Ferner hat auch die primäre episodische Migräne (mit Aura) – mit Ausnahme von schweren Attacken – keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (interdisziplinäre Gesamtbeurteilung, act. 115.1, S. 6 f.).

#### **E. 5.3.2.2**

Mit Blick auf den Indikator des Verlaufs und Ausgangs der Therapien (vgl. dazu auch Urteil des BGer 9C\_21/2017 vom 22. Februar 2018 E. 5.1) geht aus dem Gutachten hervor, dass eine Fortsetzung der konsequenten Behandlung mit Colchicin und der assistierten Beatmungstherapie (Schlafapnoe-Syndrom) weiterhin zu empfehlen und bezüglich der Migräne die Durchführung einer (noch nicht eingeleiteten) Basistherapie indiziert ist. Unter diesen Voraussetzungen kann aus medizinischer Sicht von einer guten Prognose ausgegangen werden (act. 115.4, S. 11 - 14).

#### **E. 5.3.3**

In Bezug auf die Persönlichkeitsstruktur und den «sozialen Kontext» geht aus dem Gutachten hervor, dass beim Beschwerdeführer keine relevanten Psychopathologien festzustellen sind. Die von den Gutachtern festgestellten leichten anankastischen Züge der Persönlichkeitsstruktur sind nicht als relevante Auffälligkeit der Persönlichkeitsstruktur einzustufen (interdisziplinäre Gesamtbeurteilung, act. 115.1, S. 7). In sozialer Hinsicht bestehen stabile Verhältnisse; der Beschwerdeführer ist seit 1999 verheiratet und bewohnt mit seiner Ehefrau ein Einfamilienhaus, wobei er das Verhältnis zu seiner Ehefrau als gut bewertet (internistisches Teilgutachten, act. 115-3, S. 8).

#### **E. 5.3.4**

Bei der Konsistenzprüfung geht es um die Beurteilung der Frage, ob die geltend gemachten Einschränkungen im beruflichen Bereich mit den privaten Aktivitäten im Einklang stehen oder ob sich aus diesem Vergleich Widersprüche oder Unstimmigkeiten ergeben. In ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung sind die Gutachter zum Schluss gekommen, dass keine Befundinkonsistenzen bestehen (interdisziplinäre Gesamtbeurteilung, act. 115.1, S. 8).

#### **E. 5.4**

Insgesamt sind die im interdisziplinären Gutachten postulierten funktionellen Auswirkungen der erhobenen Befunde auf die Arbeitsfähigkeit – auch im Lichte der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 – beweismässig hinreichend erstellt, so dass die rechtsprechungsgemässen Vorgaben an das strukturierte Beweisverfahren eingehalten werden. Das Gutachten erweist sich nach dem Gesagten als beweiskräftig.

C-455/2020 Seite 21

#### **E. 5.5**

Was der Beschwerdeführer gegen das interdisziplinäre Gutachten einwendet, vermag dessen Beweiskraft nicht infrage zu stellen. Entgegen seiner Argumentation vermag die Tatsache, dass die behandelnden Ärzte eine volle Arbeitsunfähigkeit attestieren (vgl. dazu E. 4.6, 4.8, 4.9, 4.11 und 4.12 hievore; vgl. auch Beilagen zu BVGer act. 9) zu keiner von den Schlussfolgerungen im polydisziplinären Gutachten abweichenden Beurteilung

Anlass zu geben. Denn rechtsprechungsgemäss verlieren versicherungsexterne medizinische Gutachten nach Art. 44 ATSG nicht schon deshalb den Beweiswert, weil die behandelnden Ärzte zu einer abweichenden Beurteilung gelangen. Vielmehr besteht in einem solchen Fall lediglich dann Anlass für weitere Abklärungen, wenn diese wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteile des BGer 9C\_547/2019 vom 14. Oktober 2019 E. 5.3; 9C\_867/2018 vom 28. Mai 2019 E. 5.1.2). Solche Aspekte werden vorliegend nicht vorgebracht und sind aus den Akten auch nicht ersichtlich. Dies zumal die Leistungsbeurteilungen der behandelnden Ärzte nicht begründet sind und sich zudem auch in keiner Weise mit den detaillierten Befunden und den ausführlich begründeten Schlussfolgerungen der Gutachter auseinandersetzen. Überdies geht aus der Konsensbeurteilung der Gutachter hervor, dass hinsichtlich der Meningitis seit der letzten Episode im August 2015 eine Attackenfreiheit besteht und nach der Aktenlage seither keine solche typischen Episoden mehr aufgetreten sind; die Behandlung mit Colchicin scheint demnach eine sehr gute Wirkung zu zeigen. Eine versicherungsmedizinische Relevanz der Meningitis ist deshalb nach der überzeugenden Schlussfolgerung der Gutachter nicht mehr ableitbar (interdisziplinäre Gesamtbeurteilung, act. 115/1, S. 5).

#### **E. 5.6**

Aus dem Gesagten folgt, dass das Gutachten als voll beweiskräftig einzustufen ist. Von weiteren Beweisabnahmen kann abgesehen werden, da von diesen angesichts des beweiskräftigen bidisziplinären Gutachtens keine neuen wesentlichen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 137 V 64 E. 4b). Dies zumal der Beschwerdeführer keine rechtsgenügend begründeten Arztberichte ins Recht gelegt hat, welche am Ergebnis des Administrativgutachtens ernsthafte Zweifel zu wecken vermöchten (vgl. hierzu Urteil des BGer 9C\_809/2018 vom 1. April 2019 E. 3.1).

#### **E. 6**

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

C-455/2020 Seite 22

#### **E. 6.1**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs, das heisst mittels eines Vergleichs von Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu bestimmen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen; 129 V 222 E. 4).

#### **E. 6.2.1**

Für die Ermittlung des beim Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG zu berücksichtigenden Validenverdienstes ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30 und 135 V 58 E. 3.1 S. 59, je mit Hinweisen). Art. 25 Abs. 1 IVV schreibt eine Parallelisierung der IV-rechtlich massgebenden hypothetischen Vergleichseinkommen mit den AHV-rechtlich beitragspflichtigen

Einkommen vor. Deshalb kann als Ausgangspunkt für die Bemessung sowohl bei Angestellten als auch selbstständig Erwerbenden das im Individuellen Konto (IK) eingetragene Einkommen herangezogen werden. Sowohl der versicherten Person als auch der Verwaltung steht der Gegenbeweis offen, dass das tatsächlich erzielte (beitragspflichtige) Einkommen (erheblich) höher oder tiefer ist als die verabgabten IK-Einkünfte (Urteile des BGer 9C\_771/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.6.1 sowie 9C\_48/2018 vom 18. Mai 2018 E. 6.1, je mit weiteren Hinweisen). Weist das zuletzt erzielte Einkommen starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen auf, ist auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen ist (Urteile des BGer 9C\_14/2019 vom 24. April 2019 E. 2.2.2; 8C\_443/2018 vom 30. Januar 2019 E. 2.1; 8C\_211/2013 vom 3. Oktober 2013 [SVR 2014 UV Nr. 1] E. 4.2;).

### **E. 6.2.2**

Vorliegend erfolgte die IV-Anmeldung im Juli 2015; ferner besteht seit dem 26. Januar 2015 eine volle Arbeitsunfähigkeit (vgl. Sachverhalt, Bst. A hievor). Nach Art. 29 Abs. 1 IVG kann der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf der sechsmonatigen Karenzzeit, das heisst am 1. Januar 2016 entstehen; mit Blick auf die am 26. Januar 2016 abgelaufene Wartezeit ist der frühestmögliche Rentenbeginn auf den 1. Januar 2016 festzulegen (vgl. dazu auch Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG; BGE 142 V 547 E. 2.2 und 3.2; Urteil

C-455/2020 Seite 23 des BGer 8C\_595/2019 vom 5. November 2019 E. 7.3). Dieser Zeitpunkt ist mithin für die nachfolgende Rentenbemessung entscheidend.

### **E. 6.2.3**

Zur Ermittlung des Valideneinkommens ist vorliegend – im Einklang mit dem vorstehend dargelegten Parallelisierungsgrundsatz (E. 6.2.1 hievor) – auf den im IK erfassten AHV-Verdienst abzustellen, zumal von den Parteien keine Gründe für ein Abweichen von diesem Grundsatz vorgebracht werden. Entgegen der Auffassung der Vorinstanz weist indes das AHV-Einkommen im konkreten Fall keine derart starken und kurzfristig in Erscheinung getretenen Schwankungen auf, dass die Ermittlung des Valideneinkommens gestützt auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst gerechtfertigt wäre (vgl. dazu IK-Auszug [act. 12]: 2011 [März bis Dezember]: Fr. 57'297.-; 2012: Fr. 72'058.-; 2013: Fr. 79'663.-, 2014: Fr. 79'714.-; vgl. hiezum etwa Urteile des BGer vom 23. März 2009, 8C\_515/2008 E. 4.1 in fine, und 8C\_576/2008 vom 10. Februar 2009 E. 6.2 in fine, je mit Hinweisen). Dementsprechend ist es sachgerecht, am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst anzuknüpfen. Ausgehend vom im Jahr 2014 erzielten AHV-Erwerbseinkommen von Fr. 79'714.- ergibt sich für das massgebliche Jahr 2016 ein indexangepasstes Einkommen von Fr. 80'409.- (= Fr. 79'714.- :103.2 x 104.1; vgl. dazu BFS-Tabelle T.1.1.10 [Totalwert, Männer]).

### **E. 6.3.1**

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltes

Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können insbesondere Tabellenlöhne gemäss LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C\_422/2017 vom 17. Mai 2017 E. 4.1), wobei grundsätzlich immer die im Verfügungszeitpunkt jeweils aktuellsten statistischen Daten zu verwenden

C-455/2020 Seite 24 sind (BGE 143 V 295 E. 2.3; Urteil des BGer 9C\_414/2017 vom 21. September 2017 E. 4.2). In der Regel ist auf die LSE-Tabelle TA1 und den darin enthaltenen Totalwert abzustellen (Urteil des BGer 8C\_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 6.2; vgl. auch Urteil des BGer 9C\_358/2017 vom 2. Mai 2018 E. 5.2 mit Hinweisen), wobei aber auf Löhne einzelner Sektoren oder gar einzelner Branchen abgestellt werden kann, wenn dies als sachgerecht erscheint, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen (Urteil des BGer 9C\_841/2013 vom 7. März 2014 E. 4.2). Wird auf die LSE 2012 oder neuer abgestellt, ist – zumindest bis auf Weiteres – nur die Tabelle TA1 zu verwenden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7).

### **E. 6.3.2**

Als Berechnungsgrundlage für das Invalideneinkommen ist nach dem Gesagten vorliegend nicht die LSE-Tabelle 2014, sondern die (im Verfügungszeitpunkt bereits publizierte) LSE-Tabelle 2016 zu berücksichtigen. In Anwendung der LSE 2016 (TA1, Totalwert, monatlicher Bruttolohn, privater Sektor, für 40 Std/Wo eines Mannes mit einer Tätigkeit auf dem Kompetenzniveau 1 [Tätigkeiten, für welche keine spezielle Ausbildung notwendig ist]) ergibt sich ein Einkommen von Fr. 5'340.-, womit – angepasst an die übliche Arbeitszeit (Zentralwert) von 41.7 Stunden pro Woche (vgl. BFS, betriebsübliche Arbeitszeit [BUA] nach Wirtschaftsabteilungen, in Stunden pro Woche), unter Berücksichtigung der Restarbeitsfähigkeit von 80 % – ein Jahreseinkommen von Fr. 53'442.70 pro Jahr (Fr. 5'340.- : 40 x 41.7 x 12 x 0.80) resultiert.

### **E. 6.3.3**

Mit dem Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (vgl. dazu BGE 134 V 64 E. 4.2.1 S. 70) nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; 134 V 322 E. 5.2 S. 327 f.; 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem In-

C-455/2020 Seite 25 valideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 19 f.). Mit Bezug auf den behinderungs- bzw. leidensbedingten

Abzug ist zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum hinzutretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, die unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistisch noch in Frage kommt. Davon zu unterscheiden ist die Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage (Art. 16 ATSG; BGE 134 V 64 E. 4.2.1 S. 70 f.) verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen. Lediglich wenn – auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt – unter Berücksichtigung solcher Einschränkungen, die personen- oder arbeitsplatzbezogen sein können, kein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten mehr besteht, rechtfertigt sich allenfalls ein (zusätzlicher) Abzug vom Tabellenlohn (Urteil des BGer 8C\_151/2020 vom 15. Juli 2020 E. 6.2). Vorliegend wurde den leidensbedingten Einschränkungen grundsätzlich mit der Herabsetzung der Leistungsfähigkeit auf 80 % hinreichend Rechnung getragen. Eine zusätzliche Berücksichtigung der leidensbedingten Einschränkungen würde dem Verbot der doppelten Anrechnung widersprechen. Der Beschwerdeführer war im Verfügungszeitpunkt 57 Jahre alt. Dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als invaliditätsfremder Faktor grundsätzlich unberücksichtigt bleiben. Ausserdem wirkt sich das Alter bei Männern im Alterssegment von 50 bis 64/65 bei Stellen ohne Kaderfunktion eher lohn erhöhend aus (vgl. Urteile des BGer 8C\_312/2017 vom 22. November 2017 E. 3.3.2; 8C\_552/2017 vom 18. Januar 2018 E. 5.4.1). Mit Bezug auf das Anforderungsprofil in einer angepassten Tätigkeit führen die Gutachter in ihrer Konsensbeurteilung allerdings aus, dass beim Beschwerdeführer lediglich geringe Anforderungen an die exekutiven Funktionen gestellt werden dürften. Er sollte während seiner Arbeit nicht gestört

C-455/2020 Seite 26 oder unterbrochen werden, er sollte zudem nicht rasch zwischen verschiedenen Aufgaben wechseln müssen und auch nicht mehrere Dinge gleichzeitig beachten oder bearbeiten müssen. Überdies sollte er eher kürzere Aufgaben erhalten und die Abläufe nicht selber planen, sondern vielmehr vorgegeben erhalten. Aufträge müssten ihm wiederholt gegeben oder schriftlich festgehalten werden. Generell erhalte er mehr Zeit zur Verfügung als Gleichaltrige. Neue Arbeiten sollten ihm «häppchenweise erklärt und vorgezeigt» werden; die Einarbeitungszeiten seien verlängert. Die Einschränkung von 20 % ergebe sich primär durch den hohen Organisationsaufwand für einen Arbeitgeber. Jedoch seien auch qualitative Einbussen der geleisteten Arbeit wahrscheinlich. Der Beschwerdeführer sollte überdies keine gefährlichen Maschinen bedienen (interdisziplinäres Gutachten, act. 115-1, S. 7). Aus der vorstehenden Umschreibung des Zumutbarkeitsprofils geht hervor, dass ein künftiger Arbeitgeber des Beschwerdeführers auf zahlreiche Einschränkungen Rücksicht nehmen und überdies einen hohen Organisationsaufwand betreiben muss. Diesem Aspekt wurde mit einer Leistungsminderung von 20 % Rechnung getragen. Hinweise für die Annahme, dass auch die als wahrscheinlich eingestuften qualitativen Einbussen in dieser Leistungseinschränkung mit enthalten sind, gehen aus dem Gutachten allerdings nicht hervor. Dementsprechend erscheint es sachgerecht, diesen qualitativen Einbussen im Rahmen des leidensbedingten Abzuges angemessen Rechnung zu tragen. Denn zusätzlich zum zumutbaren Leistungspotenzial von 80 % treten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit qualitative Einschränkungen der Arbeitsleistung auf, wodurch nicht nur das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten weiter

eingegrenzt wird. Vielmehr ist davon auszugehen, dass auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt im Vergleich zu einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohn- einbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen besteht mutmasslich kein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten mehr, weshalb sich ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts 8C\_475/2020 E. 6.4 und 8C\_433/2020 vom 15. Oktober 2020 E. 8.2.2). Unter Berücksichtigung dieser Umstände erscheint ein Abzug von 10 % angemessen. Unter Berücksichtigung dieses Abzugs beläuft sich das Invalideneinkommen auf Fr. 48'098.- (= 0.90 x Fr. Fr. 53'442.70)

#### **E. 6.4**

Ausgehend von einem Valideneinkommen von Fr. 80'409.- resultiert dementsprechend ein IV-Grad von abgerundet 40 % (= [Fr. 80'409.- -

C-455/2020 Seite 27 Fr. 48'098.-] : Fr. 80'409.-), womit die Schwelle von 40 % für einen renten- begründenden IV-Grad (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. c und 28 Abs. 2 IVG) erreicht wird.

#### **E. 6.5**

Zusammengefasst ergibt sich aus den vorstehenden Erwägungen, dass dem interdisziplinären Gutachten volle Beweiskraft zukommt und von weiteren Beweiserhebungen keine neuen wesentlichen Erkenntnisse mehr zu erwarten sind. Demnach ist dem Beschwerdeführer die Ausübung einer leidensangepassten Tätigkeit im Umfang von 80 % zumutbar. Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist auf den zuletzt ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erzielten AHV-Lohn gemäss IK-Auszug von Fr. 79'714.- abzustellen, womit unter Berücksichtigung der Lohnindexierung für das Jahr 2016 ein Validenverdienst von Fr. 80'409.- resultiert, welchem unter Beachtung einer verbleibenden Leistungsfähigkeit von 80 % in einer leidensangepassten Tätigkeit sowie unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % für die qualitativen Einbussen bei der Arbeitsleistung ein Invalideneinkommen von Fr. 48'098.- gegenübersteht, womit ein Invaliditätsgrad von abgerundet 40 % und damit ein Anspruch auf eine Viertelsrente resultiert. Unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist und des Wartejahres ist der Rentenbeginn auf den 1. Januar 2016 festzusetzen. Die Beschwerde ist dementsprechend teilweise gutzuheissen (vgl. dazu nachfolgende E. 7.1), die angefochtene Verfügung ist aufzuheben und dem Beschwerdeführer ist mit Wirkung per 1. Januar 2016 eine Viertelsrente auszurichten.

#### **E. 7**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

##### **E. 7.1.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG). Die (gestützt auf Art. 69 Abs. 2 IVG) auch für das Verfahren vor Bundesverwaltungsgericht anwendbare Regelung von Art. 69 Abs. 1bis IVG beinhaltet – anders als Art. 61 Bst. g ATSG für die Parteientschädigung – keine Anweisungen für die Verlegung der Kosten (Urteile des BGer 8C\_304/2018 vom 6. Juli 2018 E. 4.2.1 m.H.; 9C\_672/2008 vom 23. Oktober 2008 E. 5.2.1 m.H.; MICHEL VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, N. 13 zu Art. 69 IVG). In Anwendung von Art. 63 Abs. 1 VwVG werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt

(«Erfolgs- oder Unterliegerprinzip»). Unterliegt

C-455/2020 Seite 28 diese nur teilweise, so werden die Kosten ermässigt, was bedeutet, dass die Verfahrenskosten im Verhältnis des Unterliegens zu verteilen sind (MI-CHAELE BEUSCH, Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG-Kommentar], 2. Aufl. 2019, N 11 zu Art. 63 VwVG). Zu vergleichen sind dabei die Anträge der beschwerdeführenden Partei und das Ergebnis der Anfechtung des vorinstanzlichen Entscheides (MARCEL MAILLARD, Praxiskommentar zum Verwaltungsverfahrensgesetz, 2. Aufl. 2016, N. 14 zu Art. 63 VwVG). Eine Auferlegung der gesamten Verfahrenskosten bei teilweisem Obsiegen ist grundsätzlich nicht zu rechtfertigen (Urteil des BGer I 74/07 vom 11. Dezember 2007 E. 5.1). Sofern das Rechtsbegehren lediglich auf Aufhebung oder Änderung der angefochtenen Verfügung lautet, ist auf die Beschwerdebegründung zurückzugreifen, um nach Treu und Glauben zu ermitteln, was nach dem massgeblichen Willen der beschwerdeführenden Partei Streitgegenstand ist (ANDRÉ MOSER, VwVG-Kommentar, N. 3 zu Art. 52 VwVG, FN 14 m.w.H.; KÖLZ/HÄNER/BERTSCHI, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. Aufl. 2013, S. 243 Rz. 689). Die (Haupt-)Partei kann sich dabei im Beschwerdeverfahren ihrer Kosten- und Entschädigungspflicht nicht dadurch entledigen, dass sie keine Anträge stellt (MAILLARD, a.a.O., N. 15 zu Art. 63 VwVG m.H. auf BGE 128 II 90 E. 2b und Urteil des BGer 2C\_478/2014; KÖLZ/HÄNER/BERTSCHI, a.a.O., S. 410 Rz. 1175). Nach der geltenden Praxis ist die nachfolgend aufgeführte Rechtsprechung zur Parteientschädigung bei «Überklagung» in Rentenangelegenheiten (E. 7.2.2) auf die Gerichtskosten nicht anwendbar (Urteile des BVGer C-2584/2017 vom 13. Januar 2021 E. 16.1; C-6199/2016 vom 22. April 2020 E. 8.1 m.H. auf die Urteile des BGer 8C\_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3.2 und 9C\_947/2010 vom 26. Mai 2010 E. 4.3; vgl. dazu auch Urteil des BGer 9C\_672/2008 vom 23. Oktober 2008 E. 5.2.1 [zusammengefasst in SZW 2009 S. 133]).

### **E. 7.1.2**

Eine Praxisänderung muss sich auf ernsthafte sachliche Gründe stützen können, die – vor allem im Hinblick auf das Gebot der Rechtssicherheit – umso gewichtiger sein müssen, je länger die als falsch oder nicht mehr zeitgemäss erkannte Rechtsanwendung als zutreffend erachtet worden ist. Eine Praxisänderung lässt sich nur begründen, wenn die neue Lösung besserer Erkenntnis des Gesetzeszwecks, veränderten äusseren Verhältnissen oder gewandelten Rechtsanschauungen entspricht. Einen ernsthaften sachlichen Grund für eine Praxisänderung kann unter anderem die genauere oder vollständigere Kenntnis des gesetzgeberischen Willens darstellen (BGE 146 V 306 S. 311 E. 2.6.1; 141 II 297 E. 5.5.1 S. 303 m.H.; 137 V 282 E. 4.2 S. 291 f.).

C-455/2020 Seite 29

### **E. 7.2.1**

Im konkreten Fall hat der Beschwerdeführer keinen expliziten Beschwerdeantrag gestellt. Vielmehr hat er sich in seiner Beschwerdeein-gabe vom 20. Januar 2020 darauf beschränkt, die Nachreichung weiterer Arztberichte in Aussicht zu stellen (BVGer act. 1). Mit (unaufgefordert ein-gereichter) Eingabe vom 18. Mai 2020 hat er alsdann weitere Arztberichte ins Recht gelegt, welche einerseits eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (für die bisherige Tätigkeit als Chauffeur) bescheinigen, andererseits eine Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit ganz generell infrage stellen (BVGer act. 9 samt Beilagen: Berichte

der Dres. med. Q. \_\_\_\_\_ vom 6. Februar 2020 und L. \_\_\_\_\_ vom 26. Februar 2020). Mit Blick auf den Verweis auf diese Arztberichte ist vorliegend von einem sinngemässen Antrag auf die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Zusprache einer ganzen Invalidenrente auszugehen. Das Bundesverwaltungsgericht hält nach erneuter Prüfung an seiner bisherigen Praxis fest, wonach die Rechtsprechung zur Parteienschädigung bei «Überklagung» in Rentenangelegenheiten auf die Gerichtskosten nicht anwendbar ist (E. 7.1.1 hievor). Die gesetzliche Regelung für die Verteilung der Gerichtskosten nach dem Erfolgsprinzip findet sich in den kantonalen Verfahrensgesetzen respektive – im Beschwerdeverfahren vor Bundesverwaltungsgericht – im VwVG. Für eine analoge Anwendung der Rechtsprechung zur Parteienschädigung bei «Überklagung» besteht – mit Blick auf die geltende bundesgerichtliche Rechtsprechung – derzeit kein hinreichender Anlass. Mit Blick auf den Verfahrensausgang sind die auf Fr. 800.- festzusetzenden Verfahrenskosten dem teilweise unterliegenden Beschwerdeführer im Umfang von Fr. 400.- aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist zur Bezahlung des Anteils des Beschwerdeführers an den Verfahrenskosten zu verwenden. Die Gerichtskasse ist anzuweisen, den Differenzbetrag von Fr. 400.- dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der teilweise unterliegenden Vorinstanz können keine Verfahrenskosten auferlegt werden (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

#### **E. 7.2.2**

Der teilweise obsiegende 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 Parteienschädigung zu Lasten der Verwaltung (vgl. BGE 135 V 473). Ungeachtet des nur teilweisen

C-455/2020 Seite 30 Obsiegens kann dem Beschwerdeführer in Fällen, in denen das Rechtsbehörden den Prozessaufwand – wie hier – nicht massgeblich beeinflusst, auch dann eine ungekürzte Parteienschädigung ausgerichtet werden, wenn er nur teilweise obsiegt hat (Urteil des BVGer C-6199/2016 vom 22. April 2020 E. 8.2 und 8.3). Die Entschädigung für eine nicht anwaltliche berufsmässige Vertretung wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters bemessen (Art. 10 Abs. 1 VGKE). Der Stundensatz beträgt für nichtanwaltliche Vertreter mindestens Fr. 100.- und höchstens Fr. 300.- (Art. 10 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Da keine Kostennote eingereicht worden ist, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwandes, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist für die nicht anwaltliche Vertretung eine Parteienschädigung von Fr. 500.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer; Art. 9 Abs. 1 i.V.m. Art. 10 Abs. 2 VGKE) gerechtfertigt (vgl. dazu Urteil des BVGer C-2044/2018 vom 14. Oktober 2019 E. 8.2).

(Für das Urteilsdispositiv wird auf die nachfolgende Seite verwiesen).

C-455/2020 Seite 31

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