

BVGer C-649/2014 vom 10. Juni 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-06-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-649_2014

FR: TAF C-649/2014 du 10 juin 2016

IT: TAF C-649/2014 del 10 giugno 2016

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

E. 1.2

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist.

E. 1.3

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die ihn betreffende Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Rechtsanwältin lic.iur. Sibylle Käser Fromm, welche die Beschwerde unterzeichnet hat, ist vom Beschwerdeführer am 29. November 2013 rechtsgültig bevollmächtigt worden, ihn "in Sachen Invalidenversicherung" zu vertreten. Von ihrer Legitimation zur Beschwerdeführung im Namen des Beschwerdeführers ist deshalb auszugehen (vgl. Art. 11 VwVG).

E. 1.4

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht worden ist, ist auf sie einzutreten (Art. 60 ATSG, Art. 52 VwVG).

E. 2.1

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

E. 2.2

Da der Beschwerdeführer bei Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens als Grenzgänger mit Wohnsitz in Frankreich im Kanton Y. _____ einer Arbeit nachging und

zum Anmeldezeitpunkt in W._____, Frankreich, Wohnsitz hatte, war die SVA für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig und wurde die angefochtene Verfügung vom 3. Januar 2014 zu Recht von der IVSTA erlassen.

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Frankreich, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71), und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

E. 3.2

Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004, haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitglied-staat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

E. 3.3

Laut Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Mitgliedstaats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger jedes anderen in Betracht kommenden Mitgliedstaats verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Mitgliedstaaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Letzteres ist mit Bezug auf das Verhältnis zwischen Frankreich und der Schweiz nicht der Fall. Eine entsprechende Regelung sahen bereits Art. 40 Abs. 4 und Anhang V der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vor.

E. 3.4

Der Träger eines Mitgliedstaats hat jedoch gemäss Art. 49 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 beziehungsweise nach Art. 40 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 die von den Trägern der anderen Mitgliedstaaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte sowie die verwaltungsmässigen Auskünfte ebenso zu berücksichtigen, als wären sie in seinem eigenen Mitgliedstaat erstellt worden. Jeder Träger behält indessen die Möglichkeit, die antragstellende Person durch einen Arzt oder eine Ärztin seiner Wahl untersuchen zu lassen. Es besteht hingegen keine Pflicht zur Durchführung einer solchen Untersuchung.

E. 4.1

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechts-sätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 3. Januar 2014) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den in Kraft stehenden Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Tatsachen, die den Sachverhalt seit dem Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 4.2

Da vorliegend ein Anspruch auf Invalidenrente frühestens ab September 2012 entstehen kann (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG, Rentenmeldung im März 2012 erfolgt), sind die Bestimmungen des IVG ab dem 1. Januar 2012 in der Fassung vom 18. März 2011 (AS 2011 5659; 6. IV-Revision/1. Massnahmenpaket) und die IVV in der entsprechenden Fassung der 6. IV-Revision anwendbar. Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) zu beachten. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität entsprechen den bisherigen von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1 ff.). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der 6. Revision des IVG und des ATSG vom 6. Oktober 2006 nichts geändert, weshalb nachfolgend auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

E. 4.3.1

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) sie gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 IVG).

E. 4.3.2

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). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert [BGE 135 V 215 E. 7.3]).

E. 4.3.3

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. 4.4

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. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden jedoch 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, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie - wie der Beschwerdeführer - in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

E. 4.5

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, welche ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

E. 4.6.1

Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

E. 4.6.2

Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen).

E. 4.6.3

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b; 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, S. 212, Rz 450; vgl. auch BGE 122 V 162 E. 1d; 122 II 464 E.

4a; 120 Ib 224 E. 2b). Diese Praxis wurde vom Bundesgericht bestätigt (vgl. z.B. Urteil des BGer 9C_108/2010 vom 15. Juni 2010 E. 4.2.2).

E. 4.7.1

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidsbedingt eingeschränkt ist. Im Vordergrund stehen dabei vor allem jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung beziehungsweise von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des EVG I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 20 E. 2b).

E. 4.7.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu Urteil des EVG I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). So ist den im Rahmen des im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. dazu das Urteil des EVG vom 26. Januar 2006 [I 268/2005] E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a und weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine konkreten 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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und 3b; 122 V 160 E. 1c; 123 V 178 E. 3.4 sowie Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 55).

E. 4.7.3

Nach der Rechtsprechung bestimmt sich der Beweiswert prognostischer Angaben zur Arbeitsfähigkeit im rechtlich massgebenden Beurteilungszeitpunkt danach, ob sie im Lichte der erhobenen medizinischen Befunde und Diagnosen sowie der vorher oder später erstatteten, beweiskräftigen Arztberichte nachvollziehbar, einleuchtend und konkret überzeugend sind und namentlich nichts für eine seitherige, objektive Verschlechterung des Gesundheitszustands spricht, welche ernsthafte Zweifel an der Richtigkeit der früheren Prognose respektive der ursprünglich zugemuteten Restarbeitsfähigkeit begründet (vgl. unveröffentlichtes Urteil des BGer I 783/06 vom 6. September 2007 E. 4 mit Hinweisen; Urteil des BVGer C-2573/2006 vom 8. Juli 2008 E. 8.1).

E. 5.1

Im vorliegenden Verfahren ist streitig, ob die Vorinstanz zu Recht den Anspruch auf eine Invalidenrente verneint hat. Der Beurteilung der geltend gemachten gesundheitlichen Einschränkungen liegen (in chronologischer Reihenfolge aufgeführt) folgende aktenkundige medizinische Berichte/Beurteilungen zugrunde: · 09.06.2011: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung Dr. I._____, Hausarzt, V._____, (IV 16.24) · 21.06.2011: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, medizinische Universitäts- und Poliklinik, U._____, (IV 2.3; 16.22) · 23.06.2011: Arztbericht Dres. J._____, K._____, Innere Medizin, Universitätsklinik U._____, (IV 28.1; 79.11); · 01.07.2011: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung Dr. I._____, (IV 16.23) · 01.07.2011: Ärztliches Attest Dr. I._____, (IV 2.2) · 13.07.2011: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung Dr. I._____, (IV 2.2; 16.19) · 16.07.2011: Arztbericht Dr. I._____, an TG-V (IV 16.20) · 29.07.2011: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung Dr. I._____, z.H. TG-V (IV 2.1) · 03.08.2011: Stellungnahme Konsiliararzt TG-V, Dr. L._____, T._____, (IV 16.18) · 27.09.2011: Arztbericht Dr. I._____, z.H. TG-V (IV 16.16) · 30.09.2011: Austrittsbericht Dres. M._____, N._____, O._____, Abteilung Innere Medizin V, Universitätsklinik U._____, (IV 14.2) · 12.10.2011: Stellungnahme Konsiliararzt TG-V, L._____, T._____, (IV 16.15) · 18.10.2011: Arztbericht Dr. I._____, (IV 16.13) · 18.10.2011: Ärztlicher Bericht Schlaflabor der Universitätsklinik U._____, (erwähnt in IV 73.1 S. 4) · 11.11.2011: UV-Schadenmeldung (IV 13.5) · 22.11.2011: Arztbericht Prof. Dr. P._____, Abteilung für Psychiatrie & Psychotherapie, Universitätsklinik U._____, (IV 28.6; 79.9) · 13.01.2012: Arztbericht Dr. I._____, (IV 16.11) · 14.02.2012: Spiro-Ergometrie, Herz- und Labortests durch Dr. Q._____, Facharzt für Innere Medizin & Pneumologie, Arbeitsmedizin, SUVA (IV 14.64/14.54/14.49; 14.55-60; 14.43-53; 14.8-10) · 14.02.2012: Belastungs-EKG (IV 14.31-41; 14.15-30) · 14.02.2012: Röntgen Thorax P.A./Lateral stehend, Dr. R._____, Radiologie, Klinik S._____, (IV 14.42) · 14.02.2012: Arztbericht Dr. Q._____, (IV 14.11) · 06.03.2012: Protokoll telefonisches Erstgespräch (IV 4) · 16.03.2012: Schreiben SUVA an Versicherten (IV 13) · 16.03.2012: Schreiben SUVA an Versicherten (IV 14.61) · 02.04.2012: Aktennotiz SUVA, Dr. Q._____, (IV 14.63) · 13.04.2012: Stellungnahme Dr. L._____, Konsiliararzt TG-V (IV 16.4) · 23.04.2012: Aktennotiz SUVA, Dr. Q._____, (IV 14.65) · 16.05.2012: Aktennotiz SUVA, Dr. Q._____, (IV 14.66) · 25.05.2012: Schreiben Dr. I._____, an TG-V (IV

16.3) · 05.06.2012: Aktennotiz SUVA, Dr. Q._____ (IV 14.67) · 06.06.2012: Stellungnahme Dr. T._____, beratende Ärztin TG-V (IV 16.1) · 21.06.2012: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung U._____ Innere Medizin, V._____ (IV 41.22) · 05.07.2012: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung Dr. I._____ (IV 41.23) · 09.07.2012: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung Dres. V._____, W._____, U._____ (IV 41.23) · 11.07.2012: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung Dr. I._____ (IV 41.24) · 12.10.2012: Arztbericht Dr. W._____ an TG-V (IV 41.4) · 17.10.2012: Arztbericht Dr. X._____, leitende Ärztin Pneumologie, S._____ (IV 24; 41.10) · 18.10.2012: Sprechstundenbericht Dr. X._____ (IV 41.6) · 18.10.2012: Protokoll Erstgespräch Früherfassung IV (IV 27) · 19.10.2012: Zusammenfassung der Aktenlage, Dr. H._____, RAD (IV 25) · 23.10.2012: Ärztlicher Zwischenbericht Dr. I._____ (IV 41.2) · 02.11.2012: Arztbericht Dipl. Psych. Y._____ (IV 32) · 13.11.2012: Stellungnahme Dr. H._____, RAD (IV 33) · 07.12.2012 (Eingang): Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen Dr. I._____ (IV 41.21; 41.25-30) · 08.02.2013: Stellungnahme Dr. H._____, RAD Mittelland (IV 53) · 20.03.2013: Low-Dose-CT Thorax nativ, Dr. Z._____, Spital Z._____, an Dr. AA._____, intern (IV 79.6) · 04.04.2013: Arztbericht ("Information Vorgespräch") Dr. BB._____, Psychotherapeutin FPI, Z._____ (erwähnt in IV 73.2 S. 6; 79.7) · 10.05.2013: Arztbericht Dr. X._____ (erwähnt in IV 73.1 S. 12; 79.2) · 14.05.2013: ErgoSpirometrie (IV 73.5) · 31.05.2013: Teilgutachten Pneumologie, Dr. E._____, Pneumologie (IV 73.4) · 09.07.2013: Neuropsychologisches Teilgutachten, lic. phil. CC._____, Fachpsychologe (IV 73.3) · 17.07.2013: Teilgutachten Psychiatrie, Dr. G._____, Psychiatrie & Psychotherapie (IV 73.2) · 03.09.2013: Austrittsbericht Dres. DD._____, Allgemeinmedizin, EE._____, Psychiatrie & Psychotherapie, Innere Medizin, Ambulatorium Klinik C._____ (IV 70.2) · 20.09.2013: Gesamtgutachten MEDAS X._____, Dres. D._____, Innere Medizin und klinische Pharmakologie, E._____, Pneumologie, F._____, Innere Medizin, G._____, Psychiatrie und Psychotherapie (IV 73.1) · 15.10.2013: Beurteilung Dr. H._____, RAD (IV 77) · 02.12.2013: Fragen Integration Handicap an Dr. X._____ (IV 84.7)

E. 5.2

Die Vorinstanz stützt in der angefochtenen Verfügung die Ablehnung des Rentengesuchs auf die Beurteilung der MEDAS X._____ in ihrem Gutachten vom 20. September 2013 - jenes erfolgte unter expliziter Berücksichtigung des Austrittsberichts der Klinik C._____ vom 3. September 2013 - und die Stellungnahme von Dr. H._____, RAD, vom 15. Oktober 2013.

E. 5.2.1

Im Gutachten der MEDAS, das auch der Beschwerdeführer explizit als umfassend, auf allseitigen Untersuchungen beruhend und die geklagten Beschwerden berücksichtigend würdigt, nannten die Ärzte folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 1) chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) Gold Stadium II (seit mehr als 2 Jahren) mit/bei chronischer Bronchitis, lungenfunktionell mittelschwerer, obstruktiver Ventilationsstörung, respiratorischer Partialinsuffizienz, spiroergometrisch: Nachweis einer verminderten körperlichen Leistungsfähigkeit sowie Nikotinabusus von ca. 70 Pack/Jahr, 2) leichtgradige depressive Symptomatik mit vorwiegender Erschöpfung, am Ehesten im Sinne einer atypischen Depression (sonstige depressive Episode, F 32.8) seit zirka zweieinhalb Jahren sowie minimale bis leichte kognitive Minderleistungen. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie einen Status nach

rechtshemisphärischer Ischämie mit transienter linksseitiger Hemiplegie (Arm und Bein) im Jahre 2003, eine arterielle Hypertonie (medikamentös behandelt) sowie eine Hyperlipidämie (medikamentös behandelt). Als (ausgebildeter) Landmaschinenmechaniker sei der Versicherte zu 100% arbeitsunfähig, die bisherige Tätigkeit als Mechaniker/Monteur sei ihm in erster Linie wegen der chronischen Lungenerkrankung noch zu vier Stunden pro Tag zumutbar, dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von maximal 10%, und in einer angepassten, körperlich leichten oder sitzenden Tätigkeit, ohne Heben und Tragen von schweren Lasten, in rauch- und allergenfreier Umgebung, sei er seit dem 26. Mai 2011 ganztags arbeitsfähig, unter Einschränkung der Leistungsfähigkeit von maximal 20% aus psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht. Das bisherige Arbeitspensum von 50% könne über sechs Monate auf ein Ganztagespensum von 8.4 Stunden erhöht werden.

E. 5.2.2

In der Beurteilung hielten die Gutachter fest, dass pneumologisch eine COPD Gold im Stadium II mit einem chronischen, produktiven Husten im Sinne einer chronischen Bronchitis bestehe. Die in der (externen) erweiterten Lungenfunktionsprüfung von Dr. X._____ festgestellte Obstruktion habe sich seit dem 28. September 2011 nicht verschlechtert. Aufgrund dieser Erkrankung sei der Beschwerdeführer in seiner körperlichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt; als Ursache für die Erkrankung sei anamnestisch der noch nicht sistierte Nikotinabusus auszumachen. Aus pneumologischer Sicht sei der Versicherte für eine leichte körperliche Arbeit in einer allergen- und raucharmen Umgebung zu 100% arbeitsfähig. Aus internistischer Sicht bestünden zum jetzigen Zeitpunkt keine Einschränkungen oder Krankheiten, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten (medikamentös eingestellte arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie). In der psychiatrischen Untersuchung sei ein leichtes depressives Zustandsbild erhoben worden, wobei dieses unter anderem durch somatische Symptome (Erschöpfbarkeit) oder eine Antriebsstörung charakterisiert sei. In der Untersuchung dränge sich ein depressives Zustandsbild nicht primär auf, der Versicherte sei jedoch wenig fähig, seine psychischen Beschwerden zu verbalisieren. Das Ausmass der Ermüdung/Erschöpfung in Verbindung mit sozialem Rückzug und begleitender Antriebsstörung sowie phasenweiser Freud- und Interessenlosigkeit für Hobbys lege aber eine (zusätzlich) psychiatrische Komponente nahe. Differentialdiagnostisch sei deshalb eine depressive Erkrankung festzuhalten. Der auslösende Moment hierfür sei unklar. Aktuell - nach zweieinhalb Jahren Symptombdauer - sei gegebenenfalls von einem chronifizierten Zustandsbild auszugehen. Da die Einordnung als typische Depression zum Untersuchungszeitpunkt nicht vollumfänglich gerechtfertigt erscheine, sei der vorhergehenden Einschätzung einer atypischen Depression Folge zu leisten (sonstige depressive Episode, ICD-10: F 32.8). Anzumerken sei, dass die Symptomatik der atypischen Depression mit den eingesetzten gängigen Fragebogen nur bedingt erfasst werde. Der von den behandelnden Ärzten geäußerten schwergradigen Depressivität könne aufgrund der Untersuchungsbefunde (siehe insbesondere aktueller psychopathologischer Befund) nicht gefolgt werden. Die bisher erfolgte Behandlung mit Citalopram bzw. später Escitalopram sei ohne wesentlichen Effekt geblieben, wobei der Serumspiegel unterhalb des Referenzspiegels ermittelt worden sei und sich die Frage einer mangelhaften Compliance (Therapietreue) stelle. Diese Diagnose habe eine leichtgradige Einschränkung (20%) der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht zur Folge. In der neuropsychologischen Untersuchung hätten sich insgesamt minimale bis leichte kognitive Minderleistungen gezeigt. Betroffen seien das unmittelbare Aufnehmen von visuell-figuralen Informationen, die Leistung in einer Aufgabe mit Aspekten der kognitiven

Verarbeitungsgeschwindigkeit sowie in einer Aufgabe zum verbalen Denken. Die Minderleistungen könnten nicht durch eine bestimmte spezifische Ursache erklärt werden (verworfen werden eine depressive Symptomatik, die COPD oder Medikamenten-Einnahme als Ursache, die rechtshemisphärische Ischämie von 2003 [keine Hirnverletzung in Schädel-MRI von 2011] sowie eine progressiv dementielle Entwicklung). In der aktuell noch zu 50% ausgeübten Tätigkeit bei der Firma B. _____ AG in Z. _____ liege aus neuropsychologischer Sicht in qualitativer Hinsicht eine Verminderung der Leistungsfähigkeit von "allenfalls 10%" vor; in einer kognitiv wenig anspruchsvollen Verweistätigkeit sei möglicherweise in qualitativer Hinsicht nicht von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit auszugehen. Eine Einschränkung der zeitlichen Zumutbarkeit könne aus neuropsychologischer Sicht nicht abgeleitet werden. Bezüglich der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit resümierten die Gutachter, dass auf der psychisch-geistigen Ebene beim Versicherten eine leichtgradige depressive Symptomatik mit vorwiegender Erschöpfung am ehesten im Sinne einer atypischen Depression, sowie minimale bis leichte kognitive Minderleistungen vorlägen. Die Kombination dieser leichtgradigen Einschränkung führe dazu, dass die Leistungsfähigkeit zu maximal 20% eingeschränkt sei. Auf der körperlichen Ebene stehe die COPD Gold Stadium II mit chronischer Bronchitis, mit mittelschwerer obstruktiver Ventilationsstörung, respiratorischer Partialinsuffizienz und verminderter körperlicher Leistungsfähigkeit im Vordergrund. Die aktuelle Tätigkeit könne dem Versicherten noch zu 50% zugemutet werden, für eine angepasste Verweistätigkeit bestehe jedoch (in somatischer Hinsicht) keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Die bisherige Tätigkeit sei noch zu vier Stunden pro Tag zumutbar; dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von maximal 10%. Während den Hospitalisationszeiten habe jeweils eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. In angepasster Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit zu 8.4 Stunden pro Tag, mit maximaler Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20% aus psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht. Betreffend Austrittsbericht der Klinik C. _____, Z. _____, vom 9. September 2013 merkten die Gutachter an (S. 34), die festgehaltene Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode und die Einschätzung der behandelnden Ärzte betreffend Arbeitsunfähigkeit ändere nichts an der interdisziplinären Beurteilung. Im psychiatrischen Teilgutachten vom 17. Juli 2013 verwies Dr. G. _____ bereits auf diese abweichende Diagnose, erstellt im Voraus gestützt auf ein Vorgespräch der behandelnden Ärztin der Klinik C. _____ mit dem Versicherten im April 2013 (aufgrund der Akten ist der Bericht von Dr. BB. _____ vom 4. April 2013 gemeint [IV 79 S. 7]). Er führte dazu aus, dass sich die Einschätzung als schwere depressive Symptomatik dem enthaltenden Befund nur bedingt entnehmen lasse. Auch sei die Ätiologie der Entstehung der Symptomatik - Schuldgefühle infolge Entlassung langjähriger Arbeitskollegen am bisherigen Arbeitsplatz - vom Versicherten in der aktuellen Untersuchung nicht (mehr) benannt worden. Auch die Überlastung des familiären Umfelds durch die Symptomatik des Versicherten, die letztlich als ein Hauptgrund der für indiziert erachteten Hospitalisation angeführt worden sei, sei vom Versicherten (ihm gegenüber) nicht benannt worden. Die gegenwärtig behandelnde Allgemeinmedizinerin berichte von einer deutlichen Besserung des Zustandsbildes im Verlauf der Hospitalisation, bleibe aber in der Arbeitsfähigkeitsschätzung im Bereich von 2 bis 3 Stunden deutlich zurückhaltend. In der aktuellen Untersuchung habe sich mithilfe zweier Fremd- und einer Selbstbeurteilungsskala ein leichtes depressives Zustandsbild erheben lassen, wobei die Mehrheit der Punkte vor allem durch somatische Symptome (Erschöpfbarkeit) oder eine Antriebsstörung erreicht

worden seien. In der Untersuchungssituation dränge sich ein depressives Zustandsbild nicht primär auf. Es sei auf den aktuellen psychopathologischen Befund zu verweisen, eine als schwer zu klassifizierende Störung der Stimmung, des Antriebs oder auch ein umfänglicher tiefgreifender Freud- und Interessenverlust zeigten sich nicht (IV 73.2 S. 18 f.).

E. 5.2.3

Der Beschwerdeführer bestritt denn in seiner Beschwerde auch die Diagnose einer leichten Depression nicht (III. "Materielles" Ziff. 1). Jedoch insistierte er darin, dass infolge Diagnostizierung als atypische Depression und dadurch, dass die Gutachter in der Diagnose die Erschöpfung hervorgehoben hätten, diese leichtgradige Depression als wesentlich in seiner Arbeitsfähigkeit einschränkend zu qualifizieren sei und damit invalidisierenden Charakter habe. In der weiteren Beurteilung kann deshalb von den im Gutachten aufgelisteten Diagnosen und vom Vorliegen einer leichtgradigen depressiven Symptomatik ausgegangen werden, wie die Gutachter in der interdisziplinären Beurteilung festgehalten haben.

E. 5.3.1

Es bleibt damit zu prüfen, ob die Vorinstanz bei den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit im angefochtenen Entscheid zu Recht festgehalten hatte, dass aus "IV-rechtlicher Sicht" eine leichtgradige depressive Symptomatik nicht geeignet sei, einen invalidisierenden Gesundheitsschaden zu begründen, und es in Bezug auf angepasste einfache Tätigkeiten nicht mit dem nötigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehe, dass sich die minimalen bis leichten kognitiven Defizite leistungsmindernd auswirkten, weshalb aus rechtlicher Sicht (entgegen der Gutachterbeurteilung) die bescheinigte maximale Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20% nicht berücksichtigt werden könne. Vielmehr sei für die Invaliditätsbemessung von einer Arbeitsfähigkeit von 100% für angepasste Tätigkeiten auszugehen (vgl. Bst. B.e).

E. 5.3.2

In ihrer Stellungnahme vom 15. Oktober 2013 (IV 77) führte Dr. H. _____ vom RAD aus, aus versicherungsmedizinischer Sicht könne auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden; dieses sei umfassend, insgesamt schlüssig und setze sich wertend mit den vorliegenden medizinischen Berichten einschliesslich Austrittsbericht der Klinik C. _____ vom 3. September 2013 auseinander. Die pulmologische Einschätzung sei einleuchtend und entspreche den früheren pulmologischen Beurteilungen, insbesondere bezüglich der angestammten Tätigkeit. In neuropsychologischer Hinsicht erweise sich die Einschätzung als nachvollziehbar, wonach die minimalen bis leichten kognitiven Minderleistungen eine maximal 10%-ige Leistungsminderung in der angestammten Tätigkeit als Mechaniker bedingten. In angepasster Tätigkeit könnte die Einschränkung noch darunter liegen. Allerdings sei die Tätigkeit als Mechaniker dem Versicherten viel bekannter als eine kognitiv einfachere Tätigkeit, so dass möglicherweise auch hier eine sehr kleine Leistungsminderung vorhanden wäre, welche medizinisch-theoretisch aber unter 10% liegen würde. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei in psychiatrischer Hinsicht anzumerken, dass eine leichtgradig depressive Symptomatik nicht geeignet sei, eine andauernde Leistungseinschränkung von 20% zu begründen. In Kombination mit einer leichtgradigen kognitiven Leistungsminderung könne jedoch eine gewisse Leistungseinschränkung vorhanden sein.

E. 5.3.3

Der Beschwerdeführer bestritt beschwerdeweise diese Beurteilung. Es sei zwar der Beschwerdegegnerin beizupflichten, dass eine leichtgradige depressive Symptomatik grundsätzlich keinen invalidisierenden Charakter habe. Die Gutachter hätten jedoch beim Beschwerdeführer in der Diagnose die Erschöpfung hervorgehoben ("vorwiegende Erschöpfung") und diese Art von Depression am Ehesten als atypische Depression codiert (ICD-10: F 32.8). Mit Hilfe der verwendeten Beurteilungsskalen sei die Mehrheit der Punkte durch somatische Symptome (Erschöpfbarkeit) und Antriebsstörung erreicht worden. Die Tagesmüdigkeit persistiere sogar am Wochenende und in den Ferien, und es bestehe ein vermehrtes Schlafbedürfnis sowie ein hoher Grad an Erschöpfbarkeit auch nach geringer Anstrengung. Es müsse deshalb angenommen werden, dass die von den Gutachtern diagnostizierte Erschöpfung durchaus einen invalidisierenden Charakter im Sinne einer verselbständigten psychischen Störung habe. Da die Gutachter zudem festgehalten hätten, dass die Erschöpfung seit zweieinhalb Jahren bestehe und zum Zeitpunkt der Begutachtung von einem chronifizierten Zustandsbild ausgegangen werden müsse, liege rechtsprechungsgemäss durchaus ein andauernder psychischer Leidenszustand vor, der sich klar von depressiven Verstimmungszuständen unterscheide. Wohl deshalb hätten die Gutachter auch für angepasste Tätigkeiten eine Einschränkung von 20% attestiert.

E. 5.3.4

In seiner Rechtsprechung hat das Bundesgericht wiederholt festgehalten, dass leichte bis mittelgradige depressive Episoden grundsätzlich keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens darstellten, die es der betroffenen Person verunmöglichten, trotz der Schmerzstörung eine angepasste Tätigkeit auszuüben. Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen depressiver Natur würden grundsätzlich als therapeutisch angebar gelten (Urteil 9C_250/2012 E. 5 m.H.). Im Urteil 8C_870/2011 vom 24. August 2012 hatte das Bundesgericht eine mit dem vorliegenden Fall vergleichbare Situation zu beurteilen. In diesem Verfahren hatte das erstinstanzlich urteilende kantonale Gericht, dessen Urteil vor Bundesgericht angefochten worden war, ausgeführt, dass die gemäss MEDAS-Gutachten aus psychiatrischer Sicht attestierte 30%-ige Arbeitsunfähigkeit mit dem Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit leichten Episode, begründet worden sei. Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht könne dieser Einschätzung nicht gefolgt werden, da eine leichtgradige depressive Episode gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht invalidisierend sei (E. 3). Das Bundesgericht führte dazu aus, im MEDAS-Gutachten werde aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit leichte Episode, aus psychiatrischer Sicht von einer Leistungsminderung von 30 % ausgegangen. Wie die Vorinstanz richtig erwogen habe, sei dies allerdings nicht massgebend, da einer leichtgradigen depressiven Episode rechtsprechungsgemäss keine invalidisierende Wirkung zuzuerkennen sei. In Anbetracht der Tatsache, dass selbst mittelgradige depressive Episoden praxisgemäss regelmässig als keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens betrachtet würden, welche es der betroffenen Person verunmöglichten, die Folgen der bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden (so u.a. Urteil 8C_369/2011 vom 9. August 2011 E. 4.3.2 mit diversen Hinweisen), erweise sich die vorinstanzliche Würdigung des medizinischen Sachverhalts und die Feststellung, wonach der Versicherte unter diesen Umständen nicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei, nicht als offensichtlich unrichtig (E. 3.2).

E. 5.3.5

Vorliegend wurde die Einschränkung von 20% vor allem mit dem Vorliegen einer leichten beziehungsweise atypischen Depression begründet. Rechtsprechungsgemäss ist diesem Krankheitsbild keine invalidisierende Wirkung zuzuerkennen (E. 5.3.4), zumal auch der vom Beschwerdeführer in den Vordergrund gestellten Erschöpfung keine eigenständige Bedeutung zukommt (vgl. dazu sogleich E. 5.3.6).

E. 5.3.6

Der Hausarzt des Beschwerdeführers hat in seinen Berichten vom 13. Januar 2012 und 23. Oktober 2012 und mit Schreiben vom 25. Mai 2012 an den Unfallversicherer ein schweres Erschöpfungssyndrom diagnostiziert (IV 16 S. 11; 16 S. 3; 41 S. 2). Die Konsiliarärztin des Unfallversicherers, Dr. T. _____, hielt in ihrer Stellungnahme vom 6. Juni 2012 fest, dass keine Codierung gemäss ICD-10 vorliege (IV 16 S. 1). Die Gutachter der MEDAS X. _____ konnten diese Diagnose nicht bestätigen. Sie hielten fest, dass das Ausmass der Ermüdung/Eerschöpfung in Verbindung mit dem sozialen Rückzug und einer begleitenden Antriebsstörung sowie phasenweiser Freud- und Interessenlosigkeit für Hobbys eine zusätzliche psychiatrische Komponente nahelege. Differenzialdiagnostisch sei eine depressive Erkrankung festzustellen (IV 73.1 S. 26 f.). Auf der psychisch-geistigen Ebene liege beim Beschwerdeführer eine leichtgradige depressive Symptomatik mit vorwiegender Erschöpfung am Ehesten im Sinne einer atypischen Depression [...] vor (S. 28). Es liege keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und auch kein syndromales Beschwerdebild (insb. eine nicht-organische Hypersomnie) vor (S. 33). Sie verzichtete in der Folge dementsprechend auf eine Überprüfung der Überwindbarkeitskriterien im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 137 V 199 E. 2.2; IV 73.1 S. 33). Eine eigenständige Diagnose und/oder ein chronisches Fatigue-Syndrom (CFS) im Sinne der ICD-10 Codierung (G 93.3), dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung ebenfalls nach den Überwindbarkeitskriterien zu prüfen wäre (vgl. Urteil 8C_874/2011 vom 20. Januar 2012 E. 5), wurde demnach ausgeschlossen. Zu ergänzen bleibt, dass der Hausarzt, Dr. I. _____, in beiden Berichten die Diagnose "Eerschöpfungssyndrom" nicht weiter begründet hat und auch keine Befunderhebung aufgeführt ist, weshalb den beiden Berichten keine überwiegende Beweiskraft zukommt (vgl. E. 4.7.2) und auf die gutachterliche Würdigung abzustellen ist.

E. 5.3.7

In neuropsychologischer Hinsicht hielt lic.phil. CC. _____ in seinem Teilgutachten vom 9. Juli 2013 (IV 73.3) fest, in der Untersuchung hätten sich insgesamt minimale bis leichte kognitive Minderleistungen gezeigt. Betroffen seien das unmittelbare Aufnehmen von visuell-figuralen Informationen, die Leistung in einer Aufgabe mit Aspekten der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeiten sowie in einer Aufgabe zum verbalen Denken (S. 7). Die kognitiven Minderleistungen könnten nicht durch eine bestimmte spezifische Ursache erklärt werden. Eine depressive Symptomatik als Ursache sei eher wenig wahrscheinlich wegen den vielen gut erhaltenen Testwerten in den Bereichen Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Exekutivfunktionen. Ähnliche Überlegungen gälten für eine Verursachung im Zusammenhang mit der COPD oder der Medikamenteneinnahme. Das rechtshemisphärisch ischämische Ereignis von 2003 sei gemäss Beschwerdeführer folgenlos verlaufen; darauf deute auch das Befundbild der jetzigen Untersuchung hin, ebenfalls das 2011 erstellte Schädel-MRI. Das Befundbild weise auch nicht auf eine progressiv dementielle Entwicklung hin. Die Beschwerdeschilderungen seien beispielsweise typisch für eine

Depression, weshalb auf die dortige Beurteilung verwiesen werde. In der erlernten Tätigkeit als Landmaschinenmechaniker liege in qualitativer Hinsicht eine Verminderung der Leistungsfähigkeit von allenfalls 10% vor, dasselbe gelte für die aktuell noch zu 50% ausgeübte Tätigkeit bei der Firma B. _____ AG. In einer kognitiv wenig anspruchsvollen Verweistätigkeit "wäre möglicherweise [...] nicht von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit auszugehen". Eine Einschränkung der zeitlichen Zumutbarkeit könne aus neuropsychologischer Sicht nicht abgeleitet werden. In einer Fussnote zur Diagnose "minimale bis leichte kognitive Minderleistungen" wies der Gutachter darauf hin, dass auf das Aufführen von Diagnosen verzichtet werde, welche in das Kompetenzfeld anderer Fachdisziplinen falle (S. 8 f.). Interdisziplinär hielten die Gutachter fest, die Kombination dieser leichtgradigen Einschränkung (minimale bis leichte kognitive Minderleistungen, leichtgradige depressive Symptomatik) führe dazu, dass die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu maximal 20% eingeschränkt sei. In einer angepassten Verweistätigkeit sei er seit dem 26. Mai 2011 zu 8.4 Stunden pro Tag arbeitsfähig, dabei bestehe aus psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht eine maximale Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20% (IV 73.1 S. 28 f.).

E. 5.3.8

In Berücksichtigung der gutachterlichen Aussagen und der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur Relevanz von leichtgradigen depressiven Störungen (e contrario) bleibt vorliegend die neuropsychologisch begründete Einschränkung in der Leistungsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit von 10% zu berücksichtigen. Die Minderleistungen, die in einer leichten Hirnleistungsstörung begründet liegen, wurden befundet, neuropsychologisch validiert und von den übrigen Testergebnissen klar abgegrenzt. Der Gutachter konnte die Ursache für die Minderleistungen keinem medizinischen Fachgebiet zuordnen, insbesondere konnte ein Konnex mit einer psychischen Erkrankung nicht bejaht werden. Der Würdigung der SVA AG, wonach die Einschränkung von insgesamt und interdisziplinär ermittelten 20% (aus psychiatrischen Gründen) nicht berücksichtigt werden könne, kann deshalb so nicht gefolgt werden. Zudem verkehrt die Vorinstanz die gutachterliche Aussage ("In einer kognitiv wenig anspruchsvollen Verweistätigkeit wäre möglicherweise aus neuropsychologischer Sicht in qualitativer Hinsicht nicht von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit auszugehen" [IV 73.3 S. 7]) ins Gegenteil, wenn sie im angefochtenen Entscheid ausführt, es stehe nicht mit dem nötigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass sich die minimalen bis leichten kognitiven Defizite in Bezug auf angepasste einfache Tätigkeiten leistungsmindernd auswirkten (IV 78 S. 2). Nicht gefolgt werden kann der Vorinstanz schliesslich, soweit sie mit Hinweis auf BGE 119 V 335 E. 2b.bb zum Schluss gelangt, die neuropsychologischen Einschränkungen könnten nicht berücksichtigt werden, weil sie auf keine Ursache hätten zurückgeführt werden können. Die im Urteil des Bundesgerichts enthaltenen Aussagen zum Vorliegen eines Schleudertraumas wurden im (zum vorliegenden Fall abweichenden) Kontext des natürlichen Kausalzusammenhangs gemacht, und vorliegend führte eine eingehende Befundung anhand verschiedener Untersuchungsverfahren zu dieser Diagnosestellung (IV 73.3 S. 4). Ihrer Würdigung kann deshalb nicht gefolgt werden. Eine Einschränkung zu 20% aus psychiatrischen Gründen bleibt jedoch aus den oben dargelegten Gründen unberücksichtigt.

E. 6

Demnach bleibt der Einkommensvergleich zu überprüfen.

E. 6.1

Die Vorinstanz hat mit Einkommensvergleich vom 21. Oktober 2013 (IV 78) einem Valideneinkommen von Fr. 75'995 ein Invalideneinkommen von Fr. 59'236 gegenübergestellt. Letzteres basiert auf einer zu 100% ausgeübten leichten Tätigkeit (LSE 2010, Tabelle TA 1, Anforderungsniveau 4, Männer, aufindexiert auf das Jahr 2012, betriebsübliche Wochenarbeitszeit im Jahre 2012 von 41.7 Std.), unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 5%. Der Beschwerdeführer hat in seiner Beschwerde weder das ermittelte Valideneinkommen noch die Berechnung des Invalideneinkommens gerügt. Einzig fordert er die Berücksichtigung eines höheren Leidensabzugs als die von der Vorinstanz berücksichtigten 5% (B-act. 1 S. 5).

E. 6.2

In einem ersten Schritt ist der Einkommensvergleich im Sinne der oben stehenden Ausführungen zur Einschränkung in angepasster Verweistätigkeit von 10% zu korrigieren. Zu berücksichtigen ist folgender Invalidenlohn: $12 \times \text{Fr. } 4'410.90 (90\%) \times 41.7/40 \times 101.7/100 = \text{Fr. } 56'118.43$, gerundet Fr. 56'118. Damit liegt eine Erwerbseinbusse von Fr. 19'877 (Fr. 75'995 - Fr. 56'118) vor, was (ohne Leidensabzug) einen Invaliditätsgrad von 26.16%, gerundet 26%, ergibt.

E. 6.3

Die Vorinstanz hat zum Leidensabzug festgehalten, vom Tabellenwert werde "zum Ausgleich der lohnrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen" ein Abzug von 5% gewährt. Weitere lohnwirksame persönliche oder berufliche Merkmale, die einen Abzug begründen könnten, lägen nicht vor. Der Beschwerdeführer hält dem entgegen, der vorliegende Fall sei nicht mit dem zitierten Urteil 9C_455/2013 vergleichbar. Rechtsprechungsgemäss sei mit 59.5 Jahren von einem fortgeschrittenen Alter auszugehen und ihm ohne Weiteres ein Tabellenabzug zu gewähren. Zusätzlich sei zu berücksichtigen, dass die Gutachter offengelassen hätten, ob die neuropsychologischen Defizite in einer kognitiv wenig anspruchsvollen Verweistätigkeit zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten, womit er auf dem Arbeitsmarkt gegenüber gesundheitlich nicht eingeschränkten Konkurrenten benachteiligt sei. Weiter sei dem Beschwerdeführer ein Leidensabzug zu gewähren, da er als ganztätig anwesende Arbeitskraft die ihm zur Verfügung gestellte Infrastruktur ineffizienter und damit kostenintensiver beanspruche und abnutze; der Arbeitsplatz könne zudem nicht anderweitig eingesetzt werden. Dies falle lohnmässig als relevantes Erschwernis ins Gewicht. Schliesslich sei zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer Grenzgänger sei, was sich ungünstig auf das Lohnniveau auswirke und auch durch den eher tiefen Lohnansatz beim letzten Arbeitgeber belege. Insgesamt erscheine daher ein Leidensabzug von 15% als angemessen.

E. 6.4

Auf eine eingehende Prüfung der vom Beschwerdeführer genannten Gründe für die Vornahme eines Leidensabzugs von 15% kann vorliegend verzichtet werden, zumal auch bei Berücksichtigung eines Abzugs in beantragter Höhe kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert (wie nachfolgend aufzuzeigen ist). Einleitend ist darauf hinzuweisen, dass, nachdem im Invalideneinkommen eine Einschränkung von 10% aus neuropsychologischen Gründen berücksichtigt wurde, ein weiterer Abzug unter dem Aspekt des Leidensabzugs unzulässig ist (8C_234/2007 vom 14. November 2007 E. 4.3). Unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 15% fällt der Einkommensvergleich wie folgt

aus: Zu berücksichtigender Invalidenlohn, indexiert auf 2012: Fr. 56'118; reduziert um 15% ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 47'700. Festzuhalten ist eine Erwerbseinbusse von Fr. 28'295 (Fr. 75'995 - Fr. 47'700), die einem Invaliditätsgrad von 37.23% ($100 / 75'995 \times 28'295$) entspricht. Dieser Invaliditätsgrad ergibt keinen Anspruch auf eine Invalidenrente.

E. 7

Damit ist die Beschwerde abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 3. Januar 2014 - wenn auch mit angepasster Begründung - zu bestätigen.

E. 8

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung. Dabei ist auf Art. 65 Abs. 4 VwVG hinzuweisen, wonach die begünstigte Partei der Gerichtskasse Ersatz zu leisten hat, wenn sie später zu hinreichenden Mitteln gelangt. Vorliegend ist dem Beschwerdeführer mit Zwischenverfügung vom 17. Juli 2014 die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt worden, weshalb der Beschwerdeführer auf diese Ersatzpflicht aufmerksam zu machen ist.

E. 8.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Nachdem das Bundesverwaltungsgericht mit Zwischenverfügung vom 17. Juli 2014 das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gutgeheissen hat, sind dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 65 Abs. 1 VwVG).

E. 8.2

Die ganz oder teilweise obsiegende Partei hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 und 2 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). Die Parteientschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei (Art. 8 Abs. 1 VGKE). Die obsiegende Vorinstanz hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE). Die Vertreterin des unterliegenden Beschwerdeführers hat Anspruch auf ein amtliches Honorar, nachdem mit obgenannter Zwischenverfügung auch das Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung gutgeheissen worden ist. Mit Kostennote vom 23. Mai 2016 hat sie einen Aufwand von 6.5 Stunden und Auslagen in Höhe von Fr. 127.40 geltend gemacht. Die ausgewiesenen Kosten erweisen sich als angemessen, weshalb der Vertreterin des Beschwerdeführers ein amtliches Honorar über Fr. 1'892.60 (6.5 Stunden à Fr. 250.-) inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer zu 8% (vgl. BGE 141 III 560 E. 2 und 3) zuzusprechen ist. (Dispositiv: siehe nächste Seite)

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