



## Urteil vom 30. April 2018

---

Besetzung

Richter Daniel Stufetti (Vorsitz),  
Richter David Weiss, Richterin Franziska Schneider,  
Gerichtsschreiberin Giulia Santangelo.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, (Frankreich),  
vertreten durch lic. iur. Sarah Brutschin, Advokatin,  
Beschwerdeführer,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
Vorinstanz.

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Anspruch auf eine Invalidenrente,  
erstmalige Anmeldung,  
Verfügung IVSTA vom 24. November 2015.

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

Der Beschwerdeführer A. \_\_\_\_\_, geboren am (...) 1951, ist französischer Staatsangehöriger und wohnt in Frankreich. Er war von 1992 bis 2005 als Grenzgänger in der Schweiz bei der B. \_\_\_\_\_ AG als Rollladen- und Storenmonteur erwerbstätig und entrichtete Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; Akten der Vorinstanz [act.] 10 und 11).

**B.**

**B.a** Am 15. Februar 2005 zog sich der Beschwerdeführer bei einem Treppensturz eine Hüft- und Gesässkontusion zu (act. 13.2 S. 3 und 24) und war in der Folge 100% krankgeschrieben (act. 13.1 S. 1).

**B.b** Am 8. April 2006 meldete sich der Beschwerdeführer zum Bezug einer Invalidenrente an (act. 6)

**B.c** Mit Verfügung vom 16. Mai 2006 stellte die SUVA die Versicherungsleistungen ein (act. 16). In den Akten der SUVA zuhanden der zuständigen IV-Stelle C. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: IV-Stelle) finden sich zahlreiche medizinische Unterlagen (act. 13.1 S. 4-11, 17-21, 23-24 sowie 13.2 S. 3, 4, 6, 10-16, 19-21).

**C.**

**C.a** Im Rahmen ihrer Abklärungen beauftragte die IV-Stelle am 5. September 2009 Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, mit dem Verfassen eines rheumatologischen Gutachtens (act. 21), das im Anschluss an eine persönliche Untersuchung vom 7. Januar 2008 am 14. Januar 2008 ausgefertigt (act. 25) und am 13. März 2008 ergänzt (act. 30) wurde. Zudem wurde ein weiteres Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Innere Medizin spez. Rheumatologie vom 2. November 2006, zu den Akten geholt (act. 28).

**C.b** Gestützt auf die medizinische Dokumentation erliess die IV-Stelle am 3. April 2008 einen negativen Vorbescheid (act. 31). Dagegen erhob der Beschwerdeführer am 13. Mai 2008 Einwand und beantragte im Wesentlichen, es sei ein neurologisches Gutachten in Auftrag zu geben, da er primär an einer neurologischen Erkrankung leide (act. 37). Mit Eingabe vom 6. Juni 2008 reichte der Beschwerdeführer einen medizinischen Bericht

von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Spécialiste qualifié en Neurologie, Expert près la Cour d'Appel de Colmar, vom 18. Dezember 2007 ein (act. 40).

**C.c** Auf Empfehlung von Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie/Diabetologie des regionalärztlichen Dienstes (RAD) (act. 41) beauftragte die IV-Stelle die Academy H.\_\_\_\_\_. (H.\_\_\_\_\_) am 16. Juni 2008 mit der Erstellung eines gutachterlichen Berichts (act. 42). Die H.\_\_\_\_\_ erstellte in der Folge ein pluridisziplinäres Gutachten, wobei sie den Beschwerdeführer internistisch, rheumatologisch, neurologisch, neuropsychologisch und psychiatrisch untersuchen liess (act. 48).

**C.d** Gestützt auf das Gutachten der H.\_\_\_\_\_ erliess die Vorinstanz am 26. Mai 2009 einen neuen ablehnenden Vorbescheid (act. 51). Am 24. Juni 2009 erhob der Beschwerdeführer Einwand und legte diesem einen Bericht von Prof. I.\_\_\_\_\_, neurologische Abteilung Les Hospitaux Universitaires de J.\_\_\_\_\_ vom 9. Dezember (2008), bei (act. 54). Am 7. Juli 2009 nahm pract. med. K.\_\_\_\_\_ des RAD Stellung zu den in der Eingabe gemachten Einwänden (act. 56). Am 28. Juli 2009 reichte der Beschwerdeführer einen weiteren medizinischen Bericht von Prof. I.\_\_\_\_\_ vom 18. Juni 2009 zu den Akten (act. 58). Diesen beurteilte pract. med. K.\_\_\_\_\_ des RAD am 22. September 2009 (act. 59). Schliesslich reichte der Beschwerdeführer am 26. Oktober 2009 (act. 61 S. 2) einen radiologischen Kurzbericht vom 21. November 2008 des SCM Radiologie L.\_\_\_\_\_ (act. 61 S. 4) zu den Akten.

**C.e** Am 16. November 2009 ersuchte die IV-Stelle die H.\_\_\_\_\_ um die Beantwortung weiterer Fragen (act. 62). Diese nahm am 4. Februar 2010 dazu Stellung (act. 63). Der Beschwerdeführer reichte am 20. April 2010 einen weiteren radiologischen Kurz-Bericht des SCM Radiologie L.\_\_\_\_\_ vom 3. März 2010 ein (act. Act. 65). Pract. med. K.\_\_\_\_\_ äusserte sich am 11. Mai 2010 zur Stellungnahme der H.\_\_\_\_\_ sowie zum Kurz-Bericht (act. 66).

## **D.**

**D.a** Mit Verfügung vom 10. Juni 2010 wies die IVSTA das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mangels anspruchsbegründender Invalidität ab (act. 68).

**D.b** Gegen die Verfügung erhob der Beschwerdeführer beim Bundesverwaltungsgericht am 14. Juli 2010 Beschwerde, beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache von mindestens einer

Viertelsrente (act. 69). Seine Eingabe wurde unter anderem mit Arztbericht von Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Neurologin, der Hospitiaux Civils de N.\_\_\_\_\_, vom 16. November 2005 und mit einem Bericht von Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Oberarzt, und Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Assistenzärztin, der Neurologisch-Neurochirurgischen Poliklinik des Universitätsspitals Q.\_\_\_\_\_ vom 5. Januar 2007 (act. 69 S. 26-31) ergänzt.

**D.c** In seinem Urteil vom 6. März 2013 (C-5110/2010) hielt das Bundesverwaltungsgericht fest, dass die aktenkundigen neurologischen Gutachten sowohl untereinander sowie teilweise in sich widersprüchlich seien und die Stellungnahme des H.\_\_\_\_\_ weder diese Widersprüchlichkeit analysiere noch das neurologische Gutachten von Prof. I.\_\_\_\_\_ gewichte und sie keine nachvollziehbaren begründeten Schlussfolgerungen enthalte. Daher hiess das Bundesverwaltungsgericht die Beschwerde gut, hob die angefochtene Verfügung vom 15. Dezember 2009 auf und wies die Sache zur neuen Beurteilung an die Vorinstanz zurück (E. 7.3).

#### **E.**

Am 30. Mai 2013 (Eingang bei der IV-Stelle) reichte der Beschwerdeführer weitere medizinische Unterlagen zu den Akten (act. 76). Aus diesen geht im Wesentlichen hervor, dass der Beschwerdeführer vom 2. bis 7. Dezember 2012 wegen einer Kavernomblutung rechts frontobasal in der Uniklinik R.\_\_\_\_\_ stationär hospitalisiert war (act. 76 S. 7-8). Das Kavernom wurde am 30. Mai 2013 entfernt, worauf der Beschwerdeführer bis zum 30. August 2013 zu 100% krankgeschrieben war (act. 82). Im Übrigen aber stellte der behandelnde Arzt, Dr. med. S.\_\_\_\_\_, Neurochirurg des Hospital T.\_\_\_\_\_ in (...) dem Beschwerdeführer eine gute Prognose (act. 89).

#### **F.**

Die RAD-Ärztin pract. med. K.\_\_\_\_\_ empfahl der IV-Stelle am 30. Januar 2014 die Vornahme einer bi-disziplinären Begutachtung (act. 91). Schliesslich beauftragte die IV-Stelle das Institut U.\_\_\_\_\_ (U.\_\_\_\_\_) mit der Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens (act. 99). Dieses wurde am 23. September 2014 (act. 106) ausgefertigt und am 29. September 2014 der RAD-Ärztin unterbreitet, worauf diese am 11. Dezember 2014 ihre Stellungnahme abgab (act. 109).

#### **G.**

Nach Erlass des Vorbescheids durch die IV-Stelle vom 29. Dezember 2014 (act. 110) erhob der Beschwerdeführer mit Eingaben vom 30. Januar 2015

und 2. Februar 2015 Einwand (act. 112) bzw. verlangte er die Neubeurteilung des Rentenanspruchs wegen Verschlechterung des Gesundheitszustandes (act. 111 S. 1-2) und reichte weitere medizinische Unterlagen ein (act. 111 S. 3-4).

**H.**

Nach erneuter Beurteilung durch die RAD-Ärztin vom 13. August 2015 (act. 117), verfügte die IVSTA am 24. November 2015 die Abweisung des Leistungsbegehrens (act. 121).

**I.**

Mit Beschwerde vom 11. Januar 2016 (Akten im Beschwerdeverfahren [B-act.] 1) beantragte der Beschwerdeführer die Aufhebung der vorinstanzlichen Verfügung und die Zusprache von mindestens einer Viertelsrente ab Februar 2006 und mit Wirkung ab Januar 2015 eine ganze Invalidenrente.

**J.**

Der mit Zwischenverfügung vom 14. Januar 2016 (B-act. 2) eingeforderte Kostenvorschuss von Fr. 400.- wurde am 15. Februar 2016 eingezahlt (B-act. 6).

**K.**

Mit Vernehmlassung vom 19. Februar 2016 (B-act. 5) beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung. Zur Begründung verwies sie auf die eingeholte Stellungnahme der IV-Stelle vom 17. Februar 2016.

**L.**

In seiner Replik vom 10. Mai 2016 hielt der Beschwerdeführer vollumfänglich an den Rechtsbegehren fest (B-act. 10).

**M.**

Auf den weiteren Akteninhalt wird, soweit Entscheidwesentlich, in den Erwägungen eingegangen.

**Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**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 durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, womit er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Somit ist auf die – unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes vom 18. Dezember bis und mit 2. Januar (Art. 38 Abs. 4 Bst. c ATSG) – frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 11. Januar 2016 einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

## **2.**

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung 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.

Der Beschwerdeführer war zuletzt als Grenzgänger in (...) erwerbstätig und lebte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in (...) (Frankreich), wo er heute noch lebt. Er macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf den Zeitpunkt seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht und zu deren Abbruch geführt haben soll. Unter diesen Umständen war die IV-Stelle C.\_\_\_\_\_ für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung und die IVSTA für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig.

## **3.**

**3.1** Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

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

**3.3** Nach ständiger Rechtsprechung beschränkt sich die Prüfung des Sozialversicherungsgerichts auf die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass

der angefochtenen Verwaltungsverfügung entwickelt haben (vgl. Urteil des BGer 8C\_489/2016 vom 29. November 2016 E. 5.2 m.H. auf BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

#### **4.**

**4.1** Der Beschwerdeführer ist französischer Staatsangehöriger, wohnt in Frankreich und war in der Schweiz erwerbstätig (act. 10). Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681, in Kraft getreten am 1. Juni 2002) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA zur Anwendung. Der Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

**4.2** In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 24. November 2015 in Kraft standen, weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

#### **5.**

**5.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger

Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

**5.2** Anspruch auf eine Rente haben laut Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung vom 6. Oktober 2006 [5. IV-Revision]) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelrente. Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung [5. IV-Revision]), soweit nicht völkerrechtliche Bestimmungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme ist seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz gegeben, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (vgl. FZA und dazugehörige Verordnungen). Die Regelung in Art. 29 Abs. 4 IVG stellt nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

**5.3** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

**5.4** Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

**6.**

Umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob beim Beschwerdeführer eine rentenbegründende Invalidität vorliegt.

**6.1** Im ersten Beschwerdeverfahren C-5110/2010 führte das Bundesverwaltungsgericht aus, die neurologischen Gutachten seien untereinander und teilweise in sich widersprüchlich. Zudem analysiere die Stellungnahme der H. \_\_\_\_\_ vom 4. Februar 2010 weder diese Widersprüchlichkeit noch gewichte sie das neurologische Gutachten von Prof. I. \_\_\_\_\_ und sie enthalte es auch keine nachvollziehbaren, begründeten Schlussfolgerungen. Die IVSTA habe die nötigen Abklärungen zu treffen und anschliessend über den Rentenanspruch neu zu verfügen.

**6.2** In der Folge holte die Vorinstanz beim U. \_\_\_\_\_ das vom 23. September 2014 datierte polydisziplinäre Gutachten (allgemeininternistisch, psychiatrisch, orthopädisch, neurologisch und neuropsychologisch) ein.

**6.2.1** In allgemeininternistischer Hinsicht diagnostizierte Dr. med. V. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine und Innere Medizin:

1. Metabolisches Syndrom:

- Adipositas (ICD-10 E66.9)
  - BMI 37,7 kg/m<sup>2</sup>
- Diabetes mellitus Typ II (ICD-10 E11.9)
  - medikamentös gut eingestellt
- Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10)
  - medikamentös gut eingestellt
- Hypercholesterinämie (ICD-10 E78.0)
- Hyperurikämie (ICD-10 E79.0)

2. Schlafapnoe-Syndrom, anamnestisch bekannt seit Mai 2013 (ICD-10 G47.3)

- aktuell unter CPAP-Therapie

3. Umbilikalhernie (ICD-10 K42.9)

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit beurteilte Dr. V. \_\_\_\_\_, das metabolische Syndrom führe zu qualitativen Einschränkungen. Aufgrund des Diabetes mellitus II seien Schichtarbeiten, Tätigkeiten an gefährlichen Maschinen wie auch auf Höhen, Leitern und Treppen nicht zumutbar. Unter Beachtung dieser Einschränkungen bestehe für eine körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100%. Aufgrund der vorliegenden Konstitution bestehe für eine körperlich schwere Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit. Hinsichtlich des Verlaufs führte Dr. V. \_\_\_\_\_ aus, eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit könne

nicht bescheinigt werden. Sicher sei eine qualitative Einschränkung ab dem Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung (act. 106 S.14-18).

**6.2.2** Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung vom 9. Juli 2014 diagnostizierte Dr. med. W.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54), die keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Es bestehe keine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Es könne dem Beschwerdeführer zugemutet werden, die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können. Die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung habe aus psychiatrischer Sicht keinen Krankheitswert.

**6.2.3** In orthopädischer Hinsicht diagnostizierte Dr. med. X.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, anlässlich einer Untersuchung vom 8. Juli 2014:

- a) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit
  1. Protrusions-Koxarthrose beidseits, links > rechts (ICD-10 M16.0)
  2. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5)
    - Degenerative Veränderungen im lumbosakralen Übergang bei Status nach Diskushernienresektion LWK5/SWK1 1992 (ICD-10 M51.2/M42.17/Z98.8)
- b) ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit
  1. Status nach partieller Kleinfingeramputation rechts vor etwa 30 Jahren (ICD-10 T92.6)
  2. Morbus Dupuytren Strahl 4 Hand links (ICD-10 M72.0)

Aus orthopädischer Sicht beurteilte er eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne übermässige Beanspruchung beider Beine, insbesondere ohne diesbezügliche Zwangshaltungen. Auf die Festlegung einer Gewichtslimite werde dabei bewusst verzichtet, da sich der Beschwerdeführer mit seinem massiv überhöhten Körpergewicht intrinistisch stark überbelastete, was korrigierbar wäre. De facto entspreche die von seinem Beckenbereich derzeit bewältigte körperliche Leistung einer Schwerarbeit, indem sein Körpergewicht als mindestens 40 kg zu hoch bewertet werden müsse.

Zu Beginn und Verlauf der Arbeitsunfähigkeit führte Dr. X.\_\_\_\_\_ aus, im Anschluss an den Treppensturz vom Februar 2005 sei eine volle Arbeitsunfähigkeit eingetreten, die aus orthopädischer Sicht nachvollziehbar sei.

Zwar habe die Ursache der vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerde im Rahmen der folgenden Abklärungen während längerer Zeit nicht klar zugeordnet werden können, doch sei retrospektiv zu postulieren, dass bereits damals eine zumindest beginnende Koxarthrose bestanden habe. Nach Abheilen der Unfallfolgen sei es im weiteren Verlauf zu einer Progredienz dieser Problematik gekommen, sodass aus heutiger Sicht postuliert werden könne, dass seit dem erwähnten Ereignis die angestammte Tätigkeit als Storen- und Rollladenmonteur nicht mehr möglich gewesen sei. Für körperlich adaptierte Tätigkeiten gemäss Belastungsprofil sei aus rein orthopädischer Sicht nach Ablauf von höchstens sechs Monaten wieder von einer zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen. Nach Abheilen der Unfallfolgen lasse sich nicht mehr plausibel erklären, weshalb der Beschwerdeführer von Seiten der muskuloskelettalen Strukturen zumindest in einer körperlich adaptierten Tätigkeit eingeschränkt gewesen sein sollte. Anhand eigener Befunde könne diese Einschätzung zumindest seit dem Zeitpunkt der eigenen Untersuchungen bestätigt werden.

Hinsichtlich den früheren Einschätzungen des Bewegungsapparates führte Dr. X. \_\_\_\_\_ aus, Dr. med. Y. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, habe sich, anlässlich einer interdisziplinären Beurteilung am 29. Dezember 2008, zur Situation des Beschwerdeführers geäußert. Anamnestisch habe er sehr ähnliche Angaben festgehalten, wie sie der Beschwerdeführer heute mache. Diagnostisch habe Dr. Y. \_\_\_\_\_ von inguinalen und glutealen Schmerzen links sowie von einer lumbovertebralen Schmerzkomponente nach stattgehabtem Bandscheiben-dekomprimierendem Eingriff LWK5/SWK1 links gesprochen. Im Weiteren habe er auf ein chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom bei leichter Osteochondrose HWK5/6 und eine minimal symptomatische beginnende Gonarthrose beidseits verwiesen. Er sei von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und einer Arbeitsfähigkeit von 80% in einer adaptierten Tätigkeit ausgegangen. Die zulässige Gewichtslimite habe er auf 5 kg limitiert und die Reduktion gegenüber einem Vollpensum mit schmerz- und Adipositas-bedingt vermindertem Arbeitstempo und vermehrtem Pausenbedarf begründet. Auf diagnostischer Ebene könne diese Einschätzung bestätigt werden. Allerdings sei davon auszugehen, dass die vom Beschwerdeführer geäußerten inguinalen und glutealen Beschwerden mehrheitlich auf die radiologisch eindeutig feststellbare Koxarthrose zurückzuführen seien. Sie seien der Ansicht, dass sich Dr. Y. \_\_\_\_\_ auch ein wenig widerspreche, wenn er bei der Beurteilung der von ihm veranlassten Rönt-

genbilder „deutliche Koxarthrosezeichen beidseits“ festhalte, in der diagnostischen Auflistung dann aber von einer „radiologisch leichten Koxarthrose links“ spreche. Ihres Erachtens sei es aber nicht ausreichend zu begründen, weshalb der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit aufgrund dieser Problematik wesentlich eingeschränkt sein sollte. Eine Einschränkung der Arbeitsleistung aufgrund der erheblichen Adipositas wirke befremdend, da es dem Beschwerdeführer ohne Weiteres möglich wäre, sein Körpergewicht um 20-30 kg zu reduzieren, was mit einer deutlich verminderten Belastung der unteren Extremitäten verbunden wäre. Vor diesem Hintergrund werde die formulierte Gewichtslimite von 5 kg als ein wenig befremdend erachtet. Insgesamt bestehe jedoch kein wesentlicher Widerspruch zu ihrer aktuellen Beurteilung. Dr. E. \_\_\_\_\_ habe in einem Gutachten vom 2. November 2006 festgehalten, der Beschwerdeführer leide an einem Status nach Sturz auf der Treppe mit Hüft-Gesäss-Kontusion links am 15. Februar 2005. Es bestehe ein persistierender Hüft-Leistenschmerz links mit Flexionseinschränkung, wahrscheinlich überwiegend myotendinotischer Ursache bei Verkürzungssymptomatik der Hüftbeuger und –strecker. Er habe den Beschwerdeführer als 100% arbeitsunfähig in der angestammten wie auch in einer alternativen Tätigkeit beurteilt und habe dies mit einer zum damaligen Zeitpunkt postulierten, allerdings ätiologisch vollkommen unklaren neurologischen Erkrankung begründet. Diese Einschätzung könne durch die aktuellen Befunde nicht nachvollzogen werden, da Kontusionen des Hüft-Gesässbereichs ohne eindeutig nachweisbare strukturelle Alterationen nicht eine Arbeitsunfähigkeit über einen Zeitraum von fast zwei Jahren zu begründen vermögen. Die von Dr. E. \_\_\_\_\_ angeführte Möglichkeit, dass ein neurologisches Leiden vorliegen könne, sei ihres Erachtens nicht ausreichend, um daraus eine volle Arbeitsunfähigkeit abzuleiten. Zumal es sich dabei auch um eine für einen Rheumatologen fachfremde Diagnose handle (act. 106 S. 22-29).

**6.2.4** Die neurologische Untersuchung des Beschwerdeführers durch Dr. med. Z. \_\_\_\_\_, Neurologe, erfolgte am 9. Juli 2014. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden keine genannt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine funktionelle Beinschwäche links, eine gemischt-axonal demyelinisierende Polyneuropathie bei Diabetes mellitus und ein Status nach operativer Entfernung eines Kavernoms rechts frontobasal bei Status nach einmaligem komplex-fokalem epileptischem Anfall am 2. Dezember 2012 diagnostiziert. Dr. Z. \_\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer berichte über eine Schwäche am linken Bein, die seit Jahren vorhanden sei. Er benutze deswegen beim Gehen einen Stock, den er jedoch auf der falschen Seite einsetze. Bei der klinischen Untersuchung

zeige der Beschwerdeführer eine hochgradige Minderinnervation, sodass grundsätzlich das freie Gehen und Stehen nicht möglich wäre. Bei unauffälliger Beobachtung zeige er jedoch kaum erkennbare Einschränkungen. Im Hinblick auf die zur Diskussion stehende Polyneuropathie-Symptomatik finde sich bei der klinischen Untersuchung keine typische Sensibilitätsverminderung distal betont an beiden Beinen. Gegen das Vorliegen einer schwerwiegenden, sensiblen Polyneuropathie spreche, dass die Gleichgewichtsfunktionen sehr gut erhalten seien. Es bestehe auch keine sensorische Ataxie. Die ergänzende neurophysiologische Untersuchung zeige eine vorwiegend sensible, axonale Polyneuropathie an den unteren Extremitäten, wobei der Befund gegenüber der ausführlichen Voruntersuchung durch Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2007 sich nicht wesentlich verändert habe. Am 2. Dezember 2012 habe der Beschwerdeführer eine neurologische Ausfallsymptomatik erlitten. Bei der notfallmässigen Hospitalisation sei eine Kavernomblutung rechts frontobasal festgestellt worden. Das Kavernom sei am 20. Mai 2013 operativ entfernt worden. Der Beschwerdeführer selbst berichte, dass seit dem Ereignis vom 2. Dezember 2012 noch eine leichte Schwäche an der linken Hand vorhanden sei. Eine relevante Einschränkung der Feinmotorik beziehungsweise eine Parese am linken Arm sei bei der aktuellen Untersuchung jedoch nicht feststellbar. Lediglich die geringe Seitenasymmetrie des Knips- und Trömnerreflex zugunsten von links könne für eine leichte Störung der Pyramidenbahn zum linken Arm sprechen; dies entsprechend einem Residualzustand. Der Befund dürfe jedoch auf die Alltagsfunktionen keinen relevanten Einfluss haben.

Zum Beginn und Verlauf der Arbeitsunfähigkeit aus neurologischer Sicht fasste Dr. Z. \_\_\_\_\_ zusammen, es lägen diverse neurologische Vorbeurteilungen vor, welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers unterschiedlich beurteilten. Auf Befundebene ergäben sich allerdings keine relevanten Diskrepanzen, sodass davon ausgegangen werden könne, dass in den letzten Jahren keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer neurologischen Diagnose bestanden habe.

Hinsichtlich früherer neurologischer Einschätzungen verwies Dr. Z. \_\_\_\_\_ zunächst auf die neurologische Begutachtung des Beschwerdeführers vom 31. Oktober 2008 durch Dr. med. Aa. \_\_\_\_\_, Assistenzärztin, und Dr. med. Bb. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung an der H. \_\_\_\_\_. Die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers entsprächen sich in etwa, die Rückenschmerzen würden aktuell in den Hintergrund gestellt. Der klinische Befund sei

unverändert, womit nicht von einer progredienten Polyneuropathie gesprochen werden könne. Bereits damals sei die Schwäche im linken Bein als klinisch nicht objektivierbar beurteilt worden. Ebenso wenig hätten die Sensibilitätsstörungen in der linken Leistenregion aus neurologischer Sicht erklärt werden können. Weiter sei korrekt festgestellt worden, dass die angegebenen Beschwerden und klinischen Befunde für eine Polyneuropathie im Wesentlichen untypisch seien, obwohl rein neurophysiologisch eine Polyneuropathie nachweisbar sei. Eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei nicht festgestellt worden. Eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit stehe insofern zur Diskussion als die frühere Tätigkeit angepasst werden müsse, indem bei einer relevanten Polyneuropathie eine Höhenexposition nicht möglich wäre. Eine relevante Einschränkung der Gleichgewichtsfunktionen sei jedoch weder durch den Beschwerdeführer beschrieben noch bei der klinischen Untersuchung festgestellt worden. An der Uniklinik R.\_\_\_\_\_, Klinik für Neurologie, sei anlässlich einer Hospitalisierung des Beschwerdeführers vom 2. bis 7. Dezember 2012 die Diagnose einer Kavernomblutung rechts frontobasal gestellt worden. Das MRI vom 4. Dezember 2012 habe im Wesentlichen eine grössenkonstante T2-hyperintense Läsion rechts frontobasal, vereinbar mit einer Einblutung gezeigt. Bei Eintritt habe die Untersuchung eine Dysarthrie sowie eine beinbetonte Hemiparese links ergeben. Bei Entlassung hätten keine Paresen mehr festgestellt werden können. Die Sensibilität sei regelrecht gewesen. Es sei auf eine Gangunsicherheit verwiesen worden. Bei Aufnahme sei die Arbeitshypothese einer akuten cerebralen Ischämie gestellt und eine systemische Lyse durchgeführt worden. Die Symptomatik sei rasch regredient gewesen. Im Nachhinein müsse eine todd'sche Parese nach epileptischem Anfall in Betracht gezogen werden. Ansonsten wäre das akute Auftreten der Ausfallsymptomatik schwierig erklärbar, da im MRI des Kopfes offenbar keine kompressive Wirkung des Kavernoms dokumentiert worden sei. Im Weiteren sei am 14. Februar 2006 eine neurologische und neurophysiologische Untersuchung an den Hôpitaux Civils de N.\_\_\_\_\_ erfolgt. Der Beschwerdeführer sei wegen neu aufgetretenen Schmerzen inguinal links mit sensiblem Defizit hospitalisiert worden. Die Abklärung habe den Nachweis einer gemischten axonal demyelinisierenden distal betonten Polyneuropathie erbracht. Aufgrund einer Proteinerhöhung im Liquor sei die Verdachtsdiagnose einer akuten Polyradikulitis gestellt worden. Dr. O.\_\_\_\_\_ der Neurologisch-Neurochirurgischen Polyklinik habe anlässlich einer ambulanten Untersuchung vom 27. November 2006 eine proximale Parese des linken Beines mit nicht sicher beurteilbaren Kraftgraden bei schmerzbedingter Minderinnervation und Sensibilitätsstörungen im Be-

reich der Leistenregion gefunden. Im Weiteren sei auf die elektrophysiologisch nachgewiesene leichte gemischte axonale demyelinisierende Polyneuropathie verwiesen worden, welche jedoch nicht in ein klinisches Gesamtbild habe integriert werden können. Am 9. Dezember 2008 sei eine neurologische Untersuchung durch Prof. I. \_\_\_\_\_ im Universitätsspital in (...) erfolgt. Erneut sei neurographisch eine gemischte axonal demyelinisierende Polyneuropathie mit unspezifischer Ätiologie nachgewiesen worden. Zum Verlauf der neurophysiologischen Parameter sei nicht Stellung genommen worden. Die Funktionsstörung am linken Bein sei als radikulär bedingt (L2-L3) interpretiert worden, obwohl bei der klinischen Untersuchung Diskrepanzen festgestellt worden seien. Das Vorliegen einer chronisch entzündlichen Polyneuropathie (CIDP) sei verneint worden. Die Polyneuropathie sei als unspezifisch beurteilt worden. Im Schreiben vom 18. Juni 2009 habe Prof. I. \_\_\_\_\_ zur Arbeitsfähigkeit Stellung genommen. Er habe eine Wiederaufnahme der Arbeit aufgrund der sensomotorischen Neuropathie als schwierig angesehen. Eine differenzierte Stellungnahme, inwiefern die Arbeitsfähigkeit aufgrund der rein sensiblen Störungen (Ameisenlaufen) oder aufgrund der linksseitigen Beinschwäche beziehungsweise der Beschwerden in der Leistenregion eingeschränkt wäre, sei jedoch nicht erfolgt. Aus gutachterlicher Sicht müsse festgestellt werden, dass zumindest die Beschwerden am linken Bein nicht erklärt würden. Es sei somit davon auszugehen, dass bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit das Beschwerdebild insgesamt gewürdigt worden sei und die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht alleine in Bezug auf die objektivierbaren Beschwerden erfolgt sei. Gemäss Bericht von Dr. F. \_\_\_\_\_ in (...), vom 18. Dezember 2007, anlässlich einer ausführlichen neurologischen Untersuchung, habe sich eine gemischte demyelinisierende axonale Polyneuropathie an den unteren Extremitäten gezeigt. Im EMG hätten keine pathologischen Befunde erhoben werden können. Im Vergleich zu den Vorwerten aus dem Jahr 2005 hätten sich die Parameter der motorischen Neurographie leicht verschlechtert. Die sensiblen Parameter seien in etwa unverändert. Es sei auf eine unklare Ursache der Neuropathie verwiesen worden.

Als Massnahmen aus neurologischer Sicht schlug Dr. Z. \_\_\_\_\_ eine ergänzende Medikation mit einem sedierenden Antidepressivum vor, da der Beschwerdeführer vorwiegend während der Nacht unter den Polyneuropathie-bedingten Sensibilitätsstörungen leide.

**6.2.5** Am 14. Juli 2014 wurde der Beschwerdeführer durch lic. phil. Cc. \_\_\_\_\_ neuropsychologisch untersucht. Dabei konnten keine Diagno-

sen gestellt werden. In der Beurteilung wurde festgehalten, das neuropsychologische Testprofil müsse als nicht valide bezeichnet werden. Zum einen hätten sich Inkonsistenzen in den Resultaten und zum anderen Verdeutlichungstendenzen gezeigt. Da es nicht möglich sei, ein valides neuropsychologisches Testprofil zu erheben, könne eine Arbeitsunfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht nicht zugeordnet werden.

Hinsichtlich früherer neuropsychologischer Einschätzungen wurde festgestellt, dass das Testprofil mit den Befunden der neuropsychologischen Untersuchung im H. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 13. Februar 2009 übereinstimme. In beiden Fällen zeigten sich Diskrepanzen in den Resultaten, Inkonsistenzen der Testbefunde und auffällige Ergebnisse in Validierungsverfahren, die auf eine Verdeutlichung hinwiesen. Beide Testprofile seien als nicht valide einzustufen.

**6.2.6** Im interdisziplinären Konsensus der Gutachter wurden folgende Diagnosen gestellt:

- Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:
  1. Protrusions-Koxarthrose beidseits, links > rechts (ICD-10 M16.0)
  2. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5)
    - degenerative Veränderungen im lumbosakralen Übergang bei Status nach Diskushernienresektion LWK5/SWK1 1992 (M51.2/M42.17/Z98.8)
- Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:
  1. Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54)
    - funktionelle Beinschwäche links
  2. Metabolisches Syndrom
    - Adipositas (ICD-10 E66.0)
      - BMI 37,7 kg/m<sup>2</sup>
    - Diabetes mellitus Typ II (ICD-10 E11.9)
      - medikamentös gut eingestellt, (HbA1c 6,1% (Norm <6,3%))
      - mit gemischt-axonaler demyelinisierenden Polyneuropathie bei Diabetes mellitus
    - Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10)
      - medikamentös gut eingestellt
    - Hypercholesterinämie (ICD-10 E78.0)
    - Hyperurikämie (ICD-10 E79.0)

3. Schlafapnoe-Syndrom, anamnestisch bekannt seit Mai 2013 (ICD-10 G47.3)
  - aktuell unter CPAP-Therapie
  - bei Diagnose 5.2.2
4. Status nach operativer Entfernung eines Kavernoms rechts frontobasal bei Status nach einmaligem komplex-fokalem epileptischem Anfall 02.12.2012
5. Umbilikalhernie (ICD-10 K42.9)
6. Status nach partieller Kleinfingeramputation rechts vor etwa 30 Jahren (ICD-10 T92.6)
7. Morbus Dupuytren Strahl 4 Hand links (ICD-10 M72.0)

Aus polydisziplinärer Sicht wurde für die angestammte Tätigkeit als Storen- und Rolladenmonteur, wie allgemein für körperlich schwere Tätigkeiten, eine bleibende und volle Arbeitsunfähigkeit beurteilt. Für körperlich leichte bis mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten bestehe dagegen eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100%.

Hinsichtlich Beginn und Verlauf wurde beurteilt, im Anschluss an den Trepfensturz vom Februar 2005 sei die angestammte Tätigkeit als Storen- und Rolladenmonteur nicht mehr möglich gewesen. Spätestens sechs Monate nach diesem Ereignis, somit ab August 2005, habe für adaptierte Tätigkeiten eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestanden. Aus neurologischer Sicht könne keine länger dauernde, relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer neurologischen Diagnose in den letzten Jahren bescheinigt werden. Eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung könne aus allgemeininternistischer wie auch aus psychiatrischer Sicht ebenfalls nicht attestiert werden. Von den genannten qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aus allgemeininternistischer Sicht könne mit Sicherheit ab dem Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung ausgegangen werden (act. 106 S. 40-47).

**6.3** Pract. med. K. \_\_\_\_\_, RAD-Ärztin beurteilte am 11. Dezember 2014, auf der Basis des H. \_\_\_\_\_-Gutachtens, des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts sowie des polydisziplinären U. \_\_\_\_\_-Gutachtens und unter Übernahme der Diagnosen im U. \_\_\_\_\_-Gutachten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit Februar 2005. In einer leidensangepassten Verweistätigkeit im Sinne einer körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Schichtarbeiten, ohne Arbeiten an gefährlichen Maschinen und ohne Arbeiten mit Absturz-

gefährdung (in der Höhe) bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100% seit August 2005. Die RAD-Ärztin beurteilte, die ausführliche klinisch-neurologisch sowie elektrophysiologische Untersuchung im Rahmen der aktuellen polydisziplinären Begutachtung hätten keine schwerwiegende Polyneuropathie ergeben. So lägen beispielsweise keine Gleichgewichts- und Gangstörungen vor. Es handle sich vorwiegend um eine sensible Problematik, welche höchstwahrscheinlich auf Folgeschäden der Zuckerkrankheit zu interpretieren sei. Die qualitative Einschränkung der Leistungsfähigkeit resultiere somit nicht aus neurologischen Gründen, sondern aufgrund des Diabetes mit drohender Verletzungsgefahr bei Bewusstseinsstörungen bei allfälligen Blutzuckerschwankungen. Von Seiten des Bewegungsapparates beeinflussten die Hüftgelenksarthrose beidseits und die Rückenproblematik die Leistungsfähigkeit zusätzlich. Aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der Schmerzverarbeitungsstörung keine Arbeitsunfähigkeit. Die Foerster-Kriterien seien diskutiert worden und schlussfolgernd sei es dem Beschwerdeführer zumutbar die nötige Willensanstrengung aufzubringen um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (act. 109 S. 4-6).

**6.4** Das U. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 23. September 2014 genügt den hierfür in der Rechtsprechung aufgestellten Qualitätsanforderungen. Die einzelnen Teilgutachten beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation sind einleuchtend. Die fachärztlichen Schlussfolgerungen in den Expertisen sind begründet. Die einzelnen Teilgutachten erfüllen daher die in der Rechtsprechung aufgestellten Voraussetzungen an einen beweiskräftigen Arztbericht (vgl. E. 5.4). Ausserdem haben die Gutachter ihre jeweiligen Ergebnisse nach einem interdisziplinären Austausch in einer Gesamtwürdigung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers wiedergegeben. Namentlich haben die Gutachter bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die Befunde aller involvierten Fachrichtungen berücksichtigt. Insgesamt erscheint die im U. \_\_\_\_\_-Gutachten vorgenommene Beurteilung des Gesundheitszustands sowie der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers daher vollständig, schlüssig sowie nachvollziehbar begründet. Mangels konkreter Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise ist dem Gutachten daher die volle Beweiskraft zuzuerkennen (vgl. E. 5.4). Das Bundesverwaltungsgericht stellt daher für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf das U. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 23. September 2014 ab.

**6.5** Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens reichte der Beschwerdeführer am 30. Januar 2015 (act. 111 S. 1-2) einen Arztbericht von Dr. med. Dd.\_\_\_\_\_, Neurologe, vom 9. Januar 2015 ein. In diesem wird von einer Verschlechterung der sensomotorischen Funktion der unteren Extremitäten berichtet. Der Patella- und der Achillessehnenreflex seien aufgehoben. Zudem bestehe eine Zehenheberschwäche links und eine Verschlechterung des Vibrationsempfindens (act. 111 S. 3).

**6.6** In ihrer Beurteilung vom 13. August 2015 (act. 117) hielt pract. med. K.\_\_\_\_\_ fest, gemäss dem Bericht von Dr. Dd.\_\_\_\_\_ habe sich eine Befundverschlechterung eingestellt. Hinsichtlich des polydisziplinären Gutachtens des U.\_\_\_\_\_ resumierte die RAD-Ärztin, gerade aufgrund der Polyneuropathie und des Diabetes mellitus ergebe sich eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Dem hätten die Gutachter mit entsprechendem Belastungsprofil Rechnung getragen. Bemängelt werden könne, dass diese Beurteilung nicht explizit durch den neurologischen Gutachter erfolgt sei, sondern durch den internistischen Gutachter attestiert worden sei.

**6.7** Der Beschwerdeführer macht geltend, die vom Bundesverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 6. März 2013 bezeichneten Widersprüchlichkeiten, respektive Unklarheiten seien durch das U.\_\_\_\_\_-Gutachten nicht erklärt bzw. aufgelöst worden. Er leide an einer Polyneuropathie und an einem Diabetes mellitus, was zu einer qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe. Bezüglich des Ausmasses der Einschränkung bestünden zwischenzeitlich zahlreiche unterschiedliche fachärztliche Meinungen. Das U.\_\_\_\_\_ nehme eine eigene Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeitsunfähigkeit für die Zeit ab August 2005 vor. Die Gutachten erwiesen sich als unklar, in sich widersprüchlich und im Widerspruch zu den Beurteilungen der behandelnden Ärzte. Das U.\_\_\_\_\_-Gutachten habe sich mit den Fragestellungen im Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 6. März 2013 nicht befasst und es sei nicht statthaft, aufgrund von Untersuchungen im Jahre 2014 die Auswirkungen von gesundheitlichen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit im Jahre 2005 zu beurteilen. Es sei daher auf die Beurteilung der behandelnden Ärzte abzustellen.

**6.7.1** Im Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 6. März 2013 wird die Widersprüchlichkeit des neurologischen Teilgutachtens der H.\_\_\_\_\_ festgestellt. Es wird bemängelt, dass die Beschwerden das Polyneuropathie-Syndrom nicht erklärten und daraus der Schluss gezogen werde, dass

dieses keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Zudem sei in arbeitsmedizinischer Hinsicht nicht klar, welche Tätigkeiten im angestammten Beruf noch ausgeführt werden könnten.

**6.7.2** Dr. Z.\_\_\_\_\_ gelangte in seinem neurologischen Teilgutachten in Bezug auf die Polyneuropathie-Symptomatik zum Schluss, dass die klinische Untersuchung keine typische Sensibilitätsverminderung zeige. Neurophysiologisch sei hingegen eine sensomotorische Polyneuropathie feststellbar. Diese Einschätzung deckt sich mit der Beurteilung von Dr. Bb.\_\_\_\_\_ und Dr. Aa.\_\_\_\_\_ im H.\_\_\_\_\_ -Gutachten. Bereits damals konnten die Schwäche des linken Beines klinisch nicht objektiviert und die Sensibilitätsstörungen in der linken Leistenregion aus neurologischer Sicht nicht erklärt werden. Auch die klinischen Befunde wurden als untypisch für eine Polyneuropathie bezeichnet. Bereits in früheren Arztberichten konnten Dr. O.\_\_\_\_\_, Dr. I.\_\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_\_ elektrophysiologisch eine Polyneuropathie nachweisen, ohne dass sich die Beschwerden in diesen medizinischen Kontext eingliedern liessen. Im Unterschied zu den vorangehenden Beurteilungen, welche im Wesentlichen von einer chronisch demyelinisierenden Polyneuropathie ausgingen, gelangt Dr. Z.\_\_\_\_\_ zum Schluss, dass der neurophysiologische Befund sowie der klinische Verlauf dagegen sprächen, und postuliert als Ursache den inzwischen festgestellten Diabetes mellitus, was auch von der RAD-Ärztin als höchstwahrscheinlich möglich erachtet wird.

Dr. Aa.\_\_\_\_\_ und Dr. Bb.\_\_\_\_\_ beurteilten, dass in einer angepassten Tätigkeit im angestammten Beruf keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, ohne auszuführen, inwiefern die Arbeitstätigkeit anzupassen sei. Demgegenüber gelangte Dr. Z.\_\_\_\_\_ zum Schluss, dass aus neurologischer Sicht keine die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden Diagnosen gestellt werden könnten bzw. dass die neurologisch festgestellten Beschwerden der funktionellen Beinschwäche links sowie der gemischt-axonal demyelinisierenden Polyneuropathie bei Diabetes mellitus keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründeten. Die Einschätzung wurde von der RAD-Ärztin geteilt und erscheint einleuchtend. Dies einerseits weil die Kribbelparästhesien den Beschwerdeführer vorwiegend während der Nacht beim Schlafen beeinträchtigen und bei der klinischen Untersuchung keine typische Sensibilitätsverminderung distal betont an beiden Beinen vorlag. Andererseits weil die geklagte Beinschwäche den Beschwerdeführer kaum erkennbar einschränkte und das freie Gehen wohl ein leichtes Schonhinken zeigte, jedoch kein Steppergang oder ein Trendelenburghinken. Das

Anziehen im Stehen war ebenfalls möglich. Dr. Z.\_\_\_\_\_ ging beim Teilgutachten von Dr. Aa.\_\_\_\_\_ und Dr. Bb.\_\_\_\_\_ von einer missverständlichen Formulierung aus. Diese hätten bei ihrer Beurteilung bereits die übrigen somatischen Leiden berücksichtigt. Eine Anpassung der früheren Tätigkeit im Sinne einer Unmöglichkeit der Höhenexposition bedingt eine relevante Einschränkung der Gleichgewichtsfunktionen, was weder vom Beschwerdeführer beschrieben wurde noch bei der klinischen Untersuchung nachvollziehbar war. Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die neurologischen Beschwerden zum Zeitpunkt des U.\_\_\_\_\_ -Gutachtens keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hatten.

**6.7.3** Zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit aus neurologischer Sicht stellte Dr. Z.\_\_\_\_\_ fest, dass sich auf Befundebene, trotz unterschiedlicher Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, keine relevanten Diskrepanzen ergäben. Aus diesem Grund bestehe seit 2005 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Während die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in Bezug auf das Teilgutachten von Dr. Bb.\_\_\_\_\_ und Dr. Aa.\_\_\_\_\_ im Wesentlichen derjenigen von Dr. Z.\_\_\_\_\_ entspricht, gehen insbesondere Dr. F.\_\_\_\_\_ und Prof. I.\_\_\_\_\_ von einer relevanten Arbeitsunfähigkeit aus. Prof. I.\_\_\_\_\_ sah die Wiederaufnahme der Arbeit aufgrund der sensomotorischen Neuropathie als schwierig an. Dr. Z.\_\_\_\_\_ bemängelte das Fehlen einer differenzierten Beurteilung. Prof. I.\_\_\_\_\_ nahm keine klar quantifizierbare Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vor sondern er stellte lediglich fest, dass eine Wiederaufnahme, insbesondere eine Vollzeitwerbstätigkeit, schwierig erscheine. Wie von Dr. Z.\_\_\_\_\_ zu Recht festgestellt, lässt die Beurteilung durch Prof. I.\_\_\_\_\_ nicht erkennen, aufgrund welcher objektivierbaren Beschwerden welche Einschränkungen bestehen. Auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. F.\_\_\_\_\_ ist nicht differenziert. Es wird lediglich festgestellt, dass die Arbeitsaufgabe vom 15. Februar 2005 Folge eines fortschreitenden Leidens sei, weshalb sie gerechtfertigt sei. Demgegenüber stellte Dr. Z.\_\_\_\_\_ fest, dass die neurologischen Beschwerden seit 2005 im Wesentlichen gleich geblieben und zudem keine neuen Diagnosen hinzugekommen seien. Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass die Arbeitsfähigkeit entsprechend dem Beschwerdebild und der objektivierbaren Pathologien als gleichbleibend beurteilt wurde und es ist auf die diesbezügliche Einschätzung von Dr. Z.\_\_\_\_\_ abzustellen.

**6.8** Weiter machte der Beschwerdeführer geltend, der RAD weise darauf hin, dass die Beurteilung der Auswirkungen der gesundheitlichen Beschwerden nicht durch den neurologischen, sondern durch den internistischen Gutachter erfolgt sei und dies bemängelt werden könne. Dieser Auffassung sei zuzustimmen und es sei eine Beurteilung durch einen neurologischen Gutachter unerlässlich.

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wurde im U.\_\_\_\_\_-Gutachten zunächst nach den einzelnen Disziplinen durch die jeweiligen Spezialärzte vorgenommen. Schliesslich erfolgte eine Gesamtaufzählung aller Diagnosen und eine abschliessende Beurteilung im Rahmen eines interdisziplinären Konsensus. Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden.

**6.9** Ferner macht der Beschwerdeführer geltend, am 30. Januar 2015 sei aufgrund der Verschlechterung des Gesundheitszustandes Antrag auf Revision, respektive Neubeurteilung des Rentenanspruches gestellt worden. Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes werde von der Vorinstanz nicht in Abrede gestellt. Sie gehe gemäss Bericht vom 28. Juli 2015 davon aus, dass der medizinische Sachverhalt im September 2014 festgestanden habe.

**6.9.1** Beim am 30. Januar 2015 im Rahmen des Vorbescheidverfahrens gestellten Antrages um Revision, respektive Neubeurteilung des Rentenanspruches handelt es sich nicht um ein formelles Revisionsgesuch im Sinne von Art. 17 oder Art. 53 Abs. 1 ATSG. Ein solches setzt eine formell rechtskräftige Entscheidung über die Zusprache einer Dauerleistung voraus (vgl. diesen ausdrücklichen Bezug in Art. 17 Abs. 2 und Art. 53 Abs. 1 ATSG), welche vorliegend nicht erfolgt ist. Die Eingabe, mit welcher der Beschwerdeführer eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend macht, ist somit als Einwand im Rahmen des Vorbescheidverfahrens zu prüfen.

**6.9.2** Die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Verschlechterung zeigt sich gemäss Dr. Dd.\_\_\_\_ im Wesentlichen in der Aufhebung des Patellarreflexes. Die ebenfalls erwähnte Aufhebung des Achillessehnenreflexes beidseits wurde im U.\_\_\_\_-Gutachten bereits berücksichtigt. Zudem liege eine Zehenheberschwäche links vor. Schliesslich ist von einer Verschlechterung des Vibrationsempfindens die Rede, ohne dass Dr. Dd.\_\_\_\_ dies mit Befunden belegt. Indessen enthält der Arztbericht von Dr. Dd.\_\_\_\_ keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Es wird auch nicht dargelegt, inwiefern die neuen (belegten) Befunde einen Einfluss auf die

Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers haben. Die RAD-Ärztin pract. med. K. \_\_\_\_\_ beurteilte am 13. August 2015 lediglich, dass sich gemäss Arztbericht eine Befundverschlechterung eingestellt habe, stellte jedoch keine Relation zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers her. Dies erscheint durchaus nachvollziehbar und erklärt auch, weshalb der Beschwerdeführer nicht darlegt, inwiefern sich die körperlichen Einschränkungen seit der geltend gemachten Befundverschlechterung verstärkt haben sollen. Insgesamt bleibt daher festzustellen, dass auch der nach der polydisziplinären Begutachtung vom 23. September 2014 eingereichte Arztbericht nichts an der Schlüssigkeit des Gutachtens des U. \_\_\_\_\_ ändert.

**6.10** Schliesslich beanstandet der Beschwerdeführer, es sei nicht statthaft, aufgrund von Untersuchungen im Jahre 2014 die Auswirkungen von gesundheitlichen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit im Jahre 2005 zu beurteilen.

Im für beweismässig beurteilten U. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 23. September 2014 wurde dem Beschwerdeführer retrospektiv, spätestens sechs Monate nach dem Treppensturz vom Februar 2005 (dh. ab August 2005), aufgrund seiner Beschwerden eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der Haupttätigkeit und eine volle Arbeitsfähigkeit für eine körperlich adaptierte Tätigkeit attestiert (act. 106 S. 42 Ziff. 6.3). Eine Feststellung der Arbeitsfähigkeit um neun Jahre zurück erscheint auf den ersten Blick wohl aussergewöhnlich, erweist sich jedoch – angesichts der eingehenden Auseinandersetzung mit dem Krankheitsverlauf in den jeweiligen Disziplinen sowie anschliessend in der Konsensbesprechung – nachvollziehbar. Es konnte insbesondere verlaufsmässig aufgezeigt werden, dass die Arbeitsunfähigkeit stabil blieb und das Beschwerdebild kaum zur Progredienz neigte. Einzig in allgemein-internistischer Sicht sind Beschwerden hinzugekommen, die jedoch keine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermochten. Vor diesem Hintergrund kann beurteilt werden, dass der medizinische Sachverhalt ab August 2005 als hinreichend erstellt zu betrachten ist.

**6.11** Gemäss der mit BGE 143 V 418 jüngst geänderten Rechtsprechung des Bundesgerichts sind sämtliche psychischen Leiden, laut BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind daher systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) an-

dererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. Urteil des BGer 9C\_45/2017 vom 7. Februar 2018 E. 4.1). Diese neue Rechtsprechung ist grundsätzlich auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden. Vorliegend kann auch vor diesem Hintergrund auf das U. \_\_\_\_\_-Gutachten abgestellt werden. Da keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden ist, kann auf die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1).

**6.12** Zusammenfassend steht für das Bundesverwaltungsgericht aufgrund des Gutachtens des U. \_\_\_\_\_ vom 23. September 2014 sowie der Stellungnahme des RAD vom 13. August 2015 fest, dass der Beschwerdeführer trotz seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung (seit jeher) noch in der Lage ist, in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit vollzeitig zu arbeiten.

## 7.

**7.1** Von Amtes wegen zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer (geboren 1951) angesichts seines fortgeschrittenen Alters nach allgemeiner Lebenserfahrung in einem als ausgeglichen unterstellten Arbeitsmarkt noch als vermittelbar gelten und die ihm verbliebene Leistungsfähigkeit erwerblich verwerten kann. Das fortgeschrittene Alter kann gemeinsam mit weiteren Gegebenheiten dazu führen, dass die verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischweise nicht mehr nachgefragt wird und deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. In diesem Falle liegt eine Erwerbsunfähigkeit vor. Zu berücksichtigen sind die Umstände des Einzelfalls, so die Art des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Kontext auch Persönlichkeitsstruktur, Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.1 m.H.).

**7.2** Der Beschwerdeführer war zum relevanten Zeitpunkt – Vorlage des polydisziplinären Gutachtens im September 2014 (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.2 ff.) – 62 Jahre und zehn Monate alt. Er hat keine Berufsausbildung absolviert und arbeitete seit dem Jahr 1992 als Storenmonteur, welchen Beruf er aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht mehr ausüben

kann. Wiewohl klarerweise von einer erheblich erschwerten Vermittelbarkeit auszugehen ist, kann eine erwerbliche Umsetzung der Leistungsfähigkeit zum relevanten Zeitpunkt aufgrund der gesamten Umstände sowie mit Blick auf die relativ hohen Hürden für die Annahme einer unverwertbaren Restarbeitsfähigkeit älterer Versicherter und die dementsprechende Beurteilung vergleichbarer Fälle (vgl. hierzu Urteil des BGer 9C\_847/2015 vom 30. Dezember 2015 E. 4.) nicht als unzumutbar bezeichnet werden. Ins Gewicht fällt namentlich die noch vollschichtige Arbeitsfähigkeit in einem relativ weiten Spektrum an Verweistätigkeiten, wobei er nur leichte zusätzliche Einschränkungen hatte (vgl. dazu Urteile des BGer 9C\_847/2015 vom 30. Dezember 2015 E. 4.2; 9C\_364/2011 vom 5. April 2012 E. 3.1 m.H.). Darunter fallen namentlich die von der IV-Stelle genannten Arbeiten wie beispielsweise Sortier- und Überwachungstätigkeiten (act. 116 S. 2). Hierbei handelt es sich um Tätigkeiten mit geringen Anforderungen, die ohne erheblichen Einarbeitungsaufwand verrichtet werden können. Ins Gewicht fallen zudem das Nichtvorliegen von die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden psychiatrischen Diagnosen (vgl. für Beispiele aus der Praxis z.B. Urteile des BGer 9C\_456/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 3.3; 8C\_415/2014 vom 29. August 2014 E. 4.2.2; 9C\_289/2014 vom 30. Juli 2014 E. 4.3).

## **8.**

Nachfolgend sind die erwerblichen Auswirkungen der festgestellten Gesundheitseinschränkungen zu prüfen.

### **8.1**

**8.1.1** 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; BGE 129 V 222. E. 4). Als für die Invaliditätsbemessung massgeblicher Zeitpunkt hat die Rechtsprechung den (potenziellen) Beginn des Rentenanspruchs festgelegt, wobei allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 - 4.2; vgl. auch MEYER/ REICHMUTH, a.a.O., Art. 28a N. 31).

**8.1.2** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgeblichen Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls 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 134 V 322 E. 4.1; 129 V 222 E. 4.3.1 mit Hinweisen; Urteil des BGer 8C\_567/2013 vom 30. Dezember 2013 E. 2.2.1).

**8.2** Für die Bestimmung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarer Weise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, sowie das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn erscheint, gilt grundsätzlich der von ihr erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzielt, ist das Einkommen aus der Arbeitsleistung als Soziallohn zu bemessen, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung die Tabellenlöhne gemäss LSE beigezogen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; Urteile des BGer 9C\_508/2016 vom 21. November 2016 E. 5.1 und 8C\_749/2013 vom 6. März 2014 E. 4.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2; 126 V 75 f. E. 3b/bb; 124 V 321 E. 3b/aa; AHl 2000 S. 81 E. 2a). Bei einem Auslandswohnsitz ist zudem zu beachten, dass für die Invaliditätsbemessung entweder Zahlen aus dem In- und Ausland beizuziehen sind, wobei das Validen- und Invalideneinkommen aufgrund der gleichen Grundlage bemessen werden müssen, weil sonst ungleiche Lohnniveaus die erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitsschadens verfälschen (vgl. THOMAS ACKERMANN, Die Bemessung des Invaliditätsgrads, in: Sozialversicherungsrechtstagung 2012, S. 38).

**8.3** Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage der Schweizerischen Lohnstrukturerhebungen des Bundesamtes für Statistik ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Ob und

in welcher Höhe statistische Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des Einzelfalles ab, die nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen. Relevante Merkmale sind leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad (BGE 134 V 322 E. 5.2; 126 V 75 E. 5b/bb).

**8.3.1** In Bezug auf das Valideneinkommen geht die Vorinstanz auf der Grundlage eines Monatslohnes von Fr. 4'850.- von einem Einkommen von Fr. 63'050.- aus und gibt als Quelle den letzten Arbeitgeber des Beschwerdeführers an. In den Akten finden sich jedoch keine entsprechenden Angaben. Es kann daher nicht nachvollzogen werden, wie die Vorinstanz auf diese Zahl gekommen ist. Aus dem Fragebogen für den Arbeitgeber vom 27. April 2006 geht hervor, dass der Beschwerdeführer als Rollladen- und Storenmonteur im Jahr 2004 einen Lohn von 61'100.- erzielt hat (act. 10). Unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung bis zum Jahr 2006 (vgl. dazu Homepage des Bundesamtes für Statistik < <http://www.bfs.admin.ch> > Statistiken finden > Löhne, Erwerbseinkommen und Arbeitskosten > Lohnentwicklung > Schweizer Lohnindex auf der Basis 1993, abgerufen am 08.03.2018) resultiert für den massgeblichen Zeitpunkt im Jahr 2006 ein Valideneinkommen von Fr. 62'439.- (= Fr. 61'100.- : 114.1 x 116.6).

**8.3.2** Das Invalideneinkommen ist auf der Grundlage der statistischen Lohnangaben der Lohnstrukturhebung (LSE) zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593 f.; 135 V 297 E. 5.2 S. 301; MEYER/REICHMUTH, a.a.O., Art. 28a NN. 90 ff. mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323). Üblich ist die Tabelle TA1 (BGE 126 V 75 E. 7a S. 81; SVR 2003 IV Nr. 1 S. 1). Es besteht jedoch kein Grundsatz, wonach stets die Tabelle TA1 beizuziehen ist. Welche Tabelle zur Anwendung gelangt, bestimmt sich nach den konkreten Umständen des Einzelfalles (Urteil des BGer 8C\_704/2009 vom 27. Januar 2010 E. 4.2.1.1).

Die Vorinstanz hat sich dabei auf die LSE 2006 TA1, Total Männer, Anforderungsniveau 4, mit Umrechnung von 40 auf 41.7 Stunden, gestützt und auf der Basis von Fr. 4'732.- ein Einkommen mit Behinderung von Fr. 59'197.- berechnet. Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden.

**8.3.3** Zu prüfen bleibt die Frage des leidensbedingten Abzugs. Damit 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. Ein (behinderungsbedingt oder anderweitig begründeter) Abzug kann aber nur vorgenommen werden, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer der genannten Kriterien ihre gesundheitlich bedingte (Rest-) Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Erfolg erwerblich verwerten kann (BGE 135 V 297 E. 5.2 mit Hinweisen; Urteil des BGer 8C\_379/2011 vom 26. August 2011 E. 4.2.2). Der Abzug darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; vgl. auch Urteil des BGer 8C\_114/2017 vom 11. Juli 2017 E. 3.1 i.f. mit Hinweis). Vorliegend hat die Vorinstanz in ihrem Einkommensvergleich keinen Abzug vom Tabellenlohn berücksichtigt. Aus dem Vergleich von Validen- und Invalideneinkommen resultierte eine Erwerbseinbusse von Fr. 3'853.- und damit entsprechend ein Invaliditätsgrad von 6%.

**8.3.4** Selbst wenn wegen des fortgeschrittenen Alters des im Jahre 1951 geborenen Beschwerdeführers von 55 Jahren im vorliegend massgebenden Vergleichsjahr 2006 respektive von 64 Jahren im Verfügungszeitpunkt ein maximaler Leidensabzug von 25 % vorgenommen würde, hätte der Beschwerdeführer keinen Rentenanspruch, wie nachfolgend aufgezeigt wird. Unter Berücksichtigung eines (hypothetischen) Leidensabzugs von 25% würde ein Invalideneinkommen von Fr. 44'398.- (75% von 59'197.-) resultieren. Diesem Invalideneinkommen ist das Valideneinkommen von Fr. 63'050.- gegenüberzustellen, woraus eine Erwerbseinbusse von Fr. 18'652.- resultiert. Dies entspricht einem Invaliditätsgrad von 30%, welcher zu keiner schweizerischen Invalidenrente berechtigt (Art. 28 Abs. 2 IVG). Es kann damit vorliegend offen bleiben, ob die Vorinstanz zu Recht keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen hat.

**8.4** Entsprechend dem vorgenommenen Einkommensvergleich resultiert ein Invaliditätsgrad, der keinen Anspruch auf eine Invalidenrente gibt. Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtmässig und die Beschwerde ist abzuweisen.

**9.**

**9.1** Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 400.– festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

**9.2** Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE (SR 173.320.2]). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist entsprechend dem Verfahrensausgang ebenfalls keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

(Dispositiv nächste Seite)

## **Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Die Verfahrenskosten von Fr. 400.- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Der am 15. Februar 2016 einbezahlte Kostenvorschuss wird zur Bezahlung der Verfahrenskosten verwendet.

**3.**

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

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

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Daniel Stufetti

Giulia Santangelo

## **Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: