

BVGer C-1820/2019 vom 25. März 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-03-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1820_2019_d20190325

FR: TAF C-1820/2019 du 25 mars 2019

IT: TAF C-1820/2019 del 25 marzo 2019

Regeste

Rentenanspruch | IV, Invalidenrente; Verfügung der IVSTA vom 25. März 2019

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

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV ist für die Entgegennahme der Anmeldungen von Grenzgängern sowie Durchführung und Prüfung der entsprechenden Abklärungen die kantonale IV-Stelle zuständig, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt hat; die Verfügungen werden von der IV-Stelle für Versicherte im Ausland erlassen.

E. 1.3

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. Nach den allgemeinen intertemporalen Regeln finden diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.4

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).

E. 1.5

Als direkter Adressat wird der Beschwerdeführer von der angefochtenen Verfügung berührt und er kann sich auf ein schutzwürdiges Interesse

C-1820/2019 Seite 5 an deren Aufhebung oder Änderung berufen (Art. 59 ATSG, Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 ATSG, Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist einzutreten.

E. 2.1

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

E. 2.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann 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. BVGE 2013/46 E. 3.2).

E. 2.3

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

E. 3.1

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 25. März 2019 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. Nicht zur Anwendung gelangen die am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Bestimmungen des ATSG, des IVG und der dazugehörigen Verordnungen ("Weiterentwicklung der IV"; AS 2021 705, AS 2021 706).

C-1820/2019 Seite 6

E. 3.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit Sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 25. März 2019) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3.3

Der Beschwerdeführer ist französischer Staatsbürger. Aufgrund seines Wohnsitzes in Frankreich besteht in räumlicher Hinsicht ein internationaler Sachverhalt mit Bezug zur EU, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1.

April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zu beachten sind. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

E. 3.4

Anspruch auf eine ordentliche Rente haben Versicherte, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet haben (Art. 36 Abs. 1 IVG). Für die Erfüllung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer können Beitragszeiten, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind, mitberücksichtigt werden (Art. 6 und Art. 45 VO [EG] 883/2004; vgl. auch BGE 131 V 390). Der Beschwerdeführer hat während mehr als 36 Monaten Beiträge in diesem Sinn geleistet (IV-act. 8), sodass die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer erfüllt ist.

E. 4.1

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

C-1820/2019 Seite 7 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. Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 4.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG 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).

E. 4.3

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Betrag 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). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

E. 4.4

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2).

C-1820/2019 Seite 8

E. 4.5.1

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

E. 4.5.2

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, so lange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4, BGE 135 V 465 E. 4.4, BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund derer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer 9C_981/2012 vom 27. März 2013 E. 5.2 in fine, Urteil des Eidg. 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

C-1820/2019 Seite 9 Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

E. 4.5.3

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

E. 5

Strittig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht das Rentenbegehren des Beschwerdeführers abgelehnt hat.

E. 5.1.1

Der Beschwerdeführer stellt sich sinngemäss auf den Standpunkt, der Sachverhalt sei in psychiatrischer Hinsicht sowie aus internistischer Sicht nicht vollständig geklärt. Zudem leide er an einer ungeklärten Schmerzausstrahlung der LWS (erst L5/S1, später L3, L4/5 und L5/S1) in die linken, unteren Extremitäten und verlangt eine erneute Begutachtung (vgl. B-act. 1).

E. 5.1.2

Demgegenüber vertritt die Vorinstanz den Standpunkt, der medizinische Sachverhalt sei mit dem rheumatologischen Gutachten vom 2. November 2017 umfassend abgeklärt (B-act. 11).

E. 5.2

Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung liegen insbesondere folgende ärztlichen Berichte und Gutachten vor:

C-1820/2019 Seite 10

E. 5.2.1

Der Beschwerdeführer begab sich am 4. März 2016 – nachdem er am 5. Februar 2016 nach eigenen Angaben während der Arbeit bei der Abtasterampe ausgerutscht war (s. Bst. B.a hiervor) – zum Hausarzt Dr. E. _____, welcher mit Arztbericht (D. _____-Formular) vom 12. April 2016, gestützt auf das Röntgenbild vom 7. März 2016 (s. E. 5.2.2 hier-nach), die Diagnose einer minimalen Impression beim LWK3 (nachfolgend:

Lendenwirbelkörper) stellte (IV-doc. 7.31) und ihm ein Zeugnis mit einer attestierten Arbeitsunfähigkeit von 100% ausstellte (IV-doc. 7.50 S. 3).

E. 5.2.2

Am 7. März 2016 liess sich der Beschwerdeführer im Zentrum F._____, Dres. G._____, H._____, I._____, F-(...), röntgen und Dr. I._____ hielt am 14. März 2016 gestützt auf dieses Röntgenbild folgendes Fazit fest (IV-doc. 7.39; 7.49): – Minimale Impression LWK3 – Teilweise Sakralisation von L5, mit einer diskalen Einengung bei L5/S1.

E. 5.2.3

Anlässlich der CT-Knochenszintigrafie vom 19. April 2016 stellte Dr. J._____, Klinik K._____, Service de Médecine Nucléaire, fest, dass sich keine Wirbelsäulen-Anomalie feststellen lasse und sich die Frage einer kompletten Konsolidierung der kürzlich erlittenen LWK-Impression stelle (IV-doc. 7.12).

E. 5.2.4

Im Arztbericht vom 1. Juli 2016 attestierte Dr. med. L._____, Oberarzt Spinale Chirurgie, Spital M._____, dem Beschwerdeführer eine minimale, mittlerweile verheilte Deckplattenimpressionsfraktur LWK3 nach einem Arbeitsunfall am 5. Februar 2016. Seiner Einschätzung nach zeige die Knochenszintigraphie vom 19. April 2016 keinen pathologischen Befund. Den Röntgenaufnahmen der LWS vom 7. März 2016 sei eine Übergangsanomalie mit sakralisiertem L5 und minimaler Deckplattenimpression L3 ohne jegliche Auswirkung auf das völlig normale Alignment zu entnehmen. Anlässlich der Untersuchung habe sich der adipöse Beschwerdeführer etwas schwerfällig bewegt, das Gangbild sei jedoch unauffällig. Es zeige sich eine diffuse Druckdolenz im Bereich der mittleren LWS. Seiner Beurteilung nach sei die Fraktur mittlerweile vollständig ossär verheilt. Da sich daraus allein die persistierenden Beschwerden nicht erklären liessen, habe er noch ein MRI der LWS veranlasst (s. E. 5.2.5. hiernach). Sollten sich auch im MRI keine Pathologien finden, liesse sich rein aufgrund der LWK3-Fraktur keine Arbeitsunfähigkeit mehr begründen (IV-doc. 7.20 S. 1 f.).

C-1820/2019 Seite 11

E. 5.2.5

Nach Durchführung des MRI am 22. Juli 2016 berichtete Dr. med. N._____, Radiologe, Radiologie W._____, Folgendes: – Stellung/Knochen: Normale Lendenlordose. Keine Höhenminderung von LWK3 oder anderer Wirbelkörper in der ödemsensitiven Sequenz kein Anhalt für posttraumatisches Knochenmarködem, insbesondere im Bereich der Deckplatte von L3 unauffällige Verhältnisse. Zwei typische Wirbelkörperhä-mangiome in L3 und L4 als Nebenbefund. Normale Weite des Duralsackes. Unauffällige Bandscheiben im thorakolumbalen Übergang bis L 1/2. – LWK2/3: Unauffällige Bandscheibe. Keine fokale Hernie. Keine Wurzelkompression. Neuroforamina und Recessus nicht eingeengt. Keine relevante Spondylarthrose. – LWK3/4: Unauffällige Bandscheibe ohne fokale Hernie. Keine Wurzelkompression. Duralsack und Neuroforamina nicht eingeengt. Keine relevante Spondylarthrose. – LWK4/5: Chondrose der Bandscheibe mit umschriebenem medianem Anulus fibrosus Einriss der Bandscheibe ohne fokale Hernie. Keine Wurzelkompression. Leichte beidseitige Spondylarthrose. Neuroforamina und Recessus nicht eingeengt. – LWK5/SWK1: Unauffällige Bandscheibe. Keine fokale Hernie, keine

Wurzel- kompression. Neuroforamina und Recessus nicht eingengt. Nur leichte Spondylarthrose. Seiner Beurteilung nach sei in der MRI-Untersuchung keine Höhenminderung von LWK3 zu sehen und es gebe keinen Anhalt für eine frische Deckplattenimpression in der ödem-sensitiven Sequenz. Weiter zeige sich eine Chondrose der Bandscheibe L4/5 mit medianem Anulus fibrosus-Einriss ohne Herniation. Schliesslich bestehe eine leichte Spondylarthrose L4/5 und L5/S1 (IV-doc. 7.16).

E. 5.2.6

Im Arztbericht vom 11. August 2016 notierte Dr. med. L. _____, Oberarzt Spinale Chirurgie, Spital M. _____, dass aus wirbelsäulenorthopädischer Sicht die minime Fraktur LWK 3 als verheilt und stabil anzusehen sei und seit mindestens Mai 2016 keinerlei Arbeitsunfähigkeit mehr begründe. Der im MRI vom 22. Juli 2016 (s. E. 5.2.5 hiervor) gesehene Anulus fibrosus-Einriss sei nur fraglich krankheitsrelevant und werde auch bei asymptomatischen Individuen als Zufallsbefund gefunden. Daher könne er nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 5. Februar 2016 zurückgeführt werden (IV-doc. 26. S. 3).

E. 5.2.7

Im Arztbericht vom 29. August 2016 berichtete Dr. med. L. _____, Oberarzt Spinale Chirurgie, Spital M. _____, dass im MRI der LWS vom 22. Juli 2016 nebenbefundlich ein Anulus fibrosus-Einriss L4/5 zu erkennen sei. Eine Neurokompression sei nicht zu sehen. Die minime Deckplatten-

C-1820/2019 Seite 12 tenimpression LWK3 sei vollständig verheilt. Der Beschwerdeführer beklage sich über einen einzelnen schmerzhaften Punkt im Bereich ca. L2 rechtsseitig. An dieser Stelle werde er regelmässig durch die Physiotherapie behandelt, was ihm guttue. Seinen Aussagen zufolge könne er damit problemlos leben und manchmal vergesse er auch, dass er krank sei. Arbeiten könne er so jedoch nicht. Aus ärztlicher Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Logistiker (IV-doc. 26 S. 2).

E. 5.2.8

Der Kreisarzt der D. _____, Dr. med. O. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, kam in seiner Beurteilung vom 31. August 2016 zum Schluss, dass in der Röntgendiagnostik eine minimale Sinterung der Deckplatte LWK3 beschrieben werde. In der daraufhin durchgeführten Knochenszintigraphie vom 19. April 2016 sei keine Fraktur im Bereich LWK3 mehr nachweisbar. In der MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule vom 22. Juli 2016 sei keine Höhenminderung LWK3 feststellbar. Auch gebe es keinen Anhalt für eine frische Deckplattenimpression in ödem-sensitiven Sequenzen. Unfallfremd zeige sich im MRI der Lendenwirbelsäule vom 22. Juli 2016 eine Chondrose der Bandscheibe L4/5 mit medianem Anulus fibrosus-Einriss ohne Herniation sowie eine leichte Spondylarthrose L4/5 und L5/S1. Zusammenfassend lasse sich sagen, dass das Ereignis vom 5. Februar 2016 zu keinen strukturell objektivierbaren Läsionen im Bereich der Lendenwirbelsäule geführt habe. Beim Arbeitsunfall sei es zu einer Prellung der Lendenwirbelsäule gekommen. Beschwerden im Sinne einer Prellung der LWS seien spätestens sechs Monate nach dem Ereignis vollständig abgeklungen (IV-doc. 11.7 S. 1 f.).

E. 5.2.9

Mit Verfügung vom 9. September 2016 stellte die D._____ die Versicherungsleistungen bestehend aus Taggeld und Heilkosten per 30. September 2016 ein, zumal gemäss der Beurteilung des Kreisarztes vom 30. August 2016 die zu diesem Zeitpunkt bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt seien (IV-doc. 11.2).

E. 5.2.10

Dr. P._____, Allgemeine Medizin, stellte mit Datum vom 31. März 2017 ein Arztzeugnis aus, in welchem er bestätigte, dass es ihm schwer falle, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu beurteilen. Dieser sei LKW-Fahrer im Bereich des Schwerlastentransports und beklage seit einem Arbeitsunfall eine schwere Lumbalgie (IV-doc. 41; vgl. dazu das Telefonat vom 6. April 2017, IV-doc. 42).

C-1820/2019 Seite 13

E. 5.2.11

Im Röntgen vom 11. April 2017, Zentrum F._____, F-(...), stellte Dr. H._____ eine Lumbalisation des Wirbelkörpers S1 und eine mediale Diskusprotrusion im Bereich L5/S1 fest (IV-doc. 45). In seinem Bericht vom 21. April 2017 führte Dr. P._____ unter Bezugnahme auf dieses Röntgenbild aus, dass eine mediale Diskusprotrusion mit Kontakt zu zwei Wurzeln bestehe. Er werde den Beschwerdeführer deshalb mittels Traktion der Lendenwirbelsäule behandeln. Es liege am Beschwerdeführer, seine Körperhaltung und Beweglichkeit zu verbessern. Er werde ihm dazu einige Übungen zeigen (IV-doc. 44 S. 1).

E. 5.2.12

Im (Formular-) Arztbericht vom 13. Juni 2017 des behandelnden Arztes, Dr. Q._____, Allgemeine Medizin, dem Nachfolger von Dr. E._____, Allgemeine Medizin, stellte jener als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Fraktur des 3. Lendenwirbelkörpers fest. Als weitere Diagnose wird eine Diskushernie im Segment L5/S1 mit Ausstrahlung ins linke Bein gestellt und zudem eine Arbeitsunfähigkeit von 50% bis auf Weiteres attestiert (vgl. IV-doc. 56 S. 3 f.; B-act. 1 Beilage 2).

E. 5.2.13

Im RAD-Bericht vom 29. Juni 2017 kommt die RAD-Ärztin, pract. med. R._____, zum Schluss, dass keine Veränderung des Befundes erkennbar sei, welcher auf ein invalidisierendes Leiden hindeute. Vergleiche man die bildgebenden Befunde vom 7. März 2016 (Röntgenbefund der LWS im Bericht spinale Chirurgie vom 1. Juli 2016), vom 22. Juli 2016 (MRI der LWS, Radiologie W._____) und vom 11. April 2017 (MRI LWS, Zentrum X._____), so lasse sich daraus keine grundlegende Änderung ableiten. Die im April 2017 erwähnte mediane Diskusprotrusion L5/S1 sei bereits im MRI vom 22. Juli 2016 (Chondrose der Bandscheibe mit umschriebenem medianem Anulus fibrosus-Einriss ohne fokale Hernie) zu finden. Sie werde dort zwar auf einer anderen Höhe der Lendenwirbelsäule beschrieben, doch komme dies nur aufgrund der unterschiedlichen Bildinterpretation (einmal "Übergangsanomalie mit sakralisiertem L5" und ein anderes Mal "Lumbalisation S1") zustande. Dadurch komme es lediglich zu verschiedenen Höhenbeurteilungen der gleichen LWS-Abschnitte. Bereits im Bericht vom 29. August 2016 habe Dr. L._____ den Anulus fibrosus-Einriss ohne Herniation auf Höhe L4/5 (entsprechend der aktuell beschriebenen Höhe L5/S1), neben der unfallbedingten verheilten LWK3-Impressionsfraktur, als Zufallsbefund ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gewertet. Für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, entsprechend der

erlernten Tätigkeit als Verkäufer als auch der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als LKW- Fahrer (bei Be- und Entladen mit elektrischen Palettenhubwagen), könne

C-1820/2019 Seite 14 weiterhin von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (IV- doc. 54).

E. 5.2.14

Gemäss RAD-Rapport der mündlichen Koordination vom 27. Juli 2017 empfahl die RAD-Ärztin, pract. med. R. _____, eine rheumatologi- sche Begutachtung bei Frau Dr. S. _____ durchführen zu lassen (IV-doc. 58).

E. 5.2.15

Für die Begutachtung am 2. November 2017 liess die Gutachterin, Dr. med. S. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheu- matologie, T. _____ GmbH, vorgängig in der Klinik U. _____ eine Funk- tionsaufnahme erstellen. Zur Funktionsaufnahme vom 17. Oktober 2017 hält Dr. med. V. _____, Spezialarzt für Neuroradiologie, folgenden Be- fund fest (IV-doc. 62 S. 21): – Lumbosakrale Übergangsanomalie mit partieller Sakralisation von LWK5. Erhaltenes Wirbelkörperalignment in Inklination und Reklination bei norma- lem Bewegungsumfang. Keine Spondylolisthese – Geringe Spondylarthrose LWK3/4 und LWK4/5. Geringe Spondylose LWK2/3 bis LWK4/5. Keine ossären Destruktionen. Keine signifikante Höhenminderung der Zwischenwirbelräume oder Wirbelkörper. Keine ossären Destruktionen in den verfügbaren Seitenaufnahmen in Inklination und Reklina- tion.

E. 5.2.16

Im rheumatologischen Gutachten vom 2. November 2017 attestierte Dr. med. S. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheu- matologie, T. _____ GmbH, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, ICD-10 M54 - nach Sturzereignis rez. symptomatische Facettengelenksarthrose Segment L4/5 - MRI LWS 22.7.2016: Chondrose der Bandscheibe L4/5 mit medianem Anu- lus fibrosus-Einriss ohne Herniation. Leichte Spondylarthrose L4/5 und L5/S1. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit attestierte sie dem Beschwerdeführer keine Diagnosen. Bezüglich des Gesundheitsschadens kam die Gutachterin zum Schluss, es lägen leichte degenerative Veränderungen an der Lendenwirbelsäule vor. Nach dem Sturzereignis im Februar 2016 sei es zu eskalierenden Rückenproblemen mit Ausstrahlung in den ventralen Oberschenkel mit nun weiterhin intermittierend auftretenden Rücken- schmerzen unterschiedlicher Intensität je nach Belastungsgrad gekom-

C-1820/2019 Seite 15 men. Anfänglich sei in den bildgebenden Untersuchungen (Röntgen Wir- belsäule vom 9.3.2016) eine diskrete Deckplattenimpression von LWK 3 beschrieben worden, die dem Unfallereignis zugeordnet worden sei und später in der im April erfolgenden Knochenszintigraphie und in allen da- rauffolgenden Bildgebungen nicht mehr nachweisbar gewesen und damit als ausgeheilt beurteilt worden sei. Im MRI der LWS vom 22. Juli 2016 zeige sich ausserdem eine Chondrose (degenerativ bedingte Knorpelver- änderung) der Bandscheibe L4/5 und median ein Anulus fibrosus-Einriss ohne Neurokompressionen. Zudem finde sich eine leichte Spondylarthrose (Verschleisserkrankung der Zwischenwirbelgelenke) L4/5 und L5/S1. Eine radikuläre Ausstrahlung werde in sämtlichen ärztlichen Berichten negiert und die Bildgebung zeige hierfür kein entsprechendes Korrelat. Anlässlich der gutachterlichen Untersuchung zeige

sich eine gute Beweglichkeit der LWS mit noch leicht eingeschränkter Inklination und druckdolentem Facettengelenken mit Provokation einer Ausstrahlung in die Oberschenkel beim lumbalen Quadrantentest. Jedoch fänden sich keine Hinweise für eine radikuläre Ausstrahlung, eine ISG-Problematik (Iliosakralgelenk-Problematik) oder eine Hüftgelenkspathologie oder ausgeprägte myofasziale (Verbindung Muskel-Bindegewebe) Beschwerden. In den durchgeführten LWS-Funktionsaufnahmen fänden sich keine Hinweise für Segmentinstabilitäten, die das lange Fortbestehen der Beschwerden erklären könnten. Die beschriebenen Facettengelenksarthrosen entsprächen in etwa der Altersnorm. Grundsätzlich könne ein Anulus fibrosus-Einriss lokale Rückenschmerzen, aber keine Ausstrahlung in die Beine provozieren. Die aus dem obengenannten Gesundheitsschaden resultierenden Einschränkungen bewertete die Gutachterin folgendermassen: Die Rückenschmerzen hätten keinen Einfluss auf das Gehvermögen, so sei ein sicheres hinkfreies Gangbild möglich. Es seien keine muskulären Dysbalancen gluteal (auf das Gesäss bezogen) und im Rumpfbereich objektivierbar. Die Lendenwirbelsäule sei bis auf eine leichte Einschränkung bei der Inklination frei beweglich. Insgesamt werde auf keinerlei Einschränkung im Alltag verwiesen. Die beschriebenen Beschwerden am Fuss und am rechten Handgelenk seien ausgeheilt und machten derzeit keine Beschwerden. Es bestünden keine Wechselwirkungen der Diagnosen. Die Funktionseinschränkung, welche auf diese Gesundheitsschädigung zurückzuführen sei, sei von den (direkten) Folgen nicht versicherter Faktoren – vorliegend das fortgeschrittene Alter und das niedrige Bildungsniveau des Beschwerdeführers – abzugrenzen (S. 16 ff.). Limitierend bei der Eingliederung seien schweres Heben und das Tragen von über 10 kg. Limitierend seien auch Rotationsbewegungen und vornübergebeugt statische Körperhaltungen.

C-1820/2019 Seite 16 Diese könnten bei wiederholter Durchführung zu Rückenschmerzen führen. Grundsätzlich seien die Bewegungen möglich. Die Schmerzen erreichten dann ein Ausmass, bei dem die Belastungsgrenzen schnell erreicht würden. Manchmal Heben, manchmal Bücken/Vorbeugen sei möglich. Diese Auswirkungen seien in vergleichbaren Lebensbereichen ähnlich: Der Beschwerdeführer belaste sich im Alltag nicht übermässig, schweres Tragen von abgepackten 1,5 Liter Pet-Flaschen (6-Pack) an jedem Arm über eine längere Gehstrecke verursachten Rückenschmerzen wie auch die Ent- oder Beladung eines Lastwagens. Es seien keine Diskrepanzen objektiviert worden. Zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit stellt die Gutachterin fest, dass der Beschwerdeführer seit Oktober 2016 mindestens zu 70% arbeitsfähig sei. Die Einschränkung in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit betreffe nur einen Teilbereich der Tätigkeit, nämlich das Ent- und Beladen der Lastwagen. Diese Tätigkeit könne aufgrund der Rückenschmerzen nicht mehr mit der gleichen Leistung erbracht werden wie früher. Grundsätzlich könne der Beschwerdeführer aber Lastwagen ent- und beladen. Eine Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit wäre unter fortgesetzter Behandlung vorstellbar (S. 19 ff.).

E. 5.2.17

Im Antwortschreiben vom 25. Januar 2018 betreffend ergänzende Fragen der RAD-Ärztin nahm die Gutachterin u. a. zum Bericht des behandelnden Arztes, Dr. Q. _____ (Nachfolger von Dr. E. _____), vom 13. Juni 2017 Stellung (IV-doc. 66 S. 2 ff.; s. E. 5.3.2.1 f. hiernach).

E. 5.2.18

Mit RAD-Bericht vom 13. Februar 2018 hielt pract. med. R. _____ fest, dass folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen: – Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10: M54) – Nach Sturzereignis rezidivierende symptomatische Facettengelenksarthrose Segment L4/5 – MRI LWS 22.07.2016: Chondrose der Bandscheibe L4/5 mit medianem Anulus fibrosus-Einriss ohne Herniation. Leichte Spondylarthrose L4/5 und L5/S1 Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit attestierte sie keine Diagnosen. Der Beschwerdeführer zeige leichte degenerative Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule. Als Belastungsprofil wird eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne wiederholte Rotationsbewegungen und vornübergebeugt statische Körperhaltungen beschrieben. Die klinisch-neurologische Untersuchung habe bis auf eine Belastungsminderung für körperlich schwere Tätigkeiten keine Auffälligkeiten.

C-1820/2019 Seite 17 ten, insbesondere keine neurologischen Defizite ergeben. In der angestammten Tätigkeit als Chauffeur mit Be- und Entladen des Fahrzeugs müsse demnach eine Belastungsminderung von 30% für das Heben und Tragen von wiederholt schweren Lasten ab Februar 2016 anerkannt werden. In einer adaptierten, körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit könne dem Beschwerdeführer ab Oktober 2016 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zugemutet werden (IV-doc. 67 S. 3 ff.).

E. 5.3

Vorliegend stützt sich die angefochtene Verfügung vom 25. März 2019 vollumfänglich auf das rheumatologische Gutachten vom 2. November 2017 (IV-doc. 62).

E. 5.3.1

In diesem Gutachten kommt Dr. med. S. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, T. _____ GmbH, zum Schluss, dass der Beschwerdeführer aufgrund eines lumbospondylogenen Schmerzsyndroms (ICD-10 M54) sowie einer rezidivierenden Facettengelenksarthrose im Segment L4/5 und einer Chondrose der Bandscheibe L4/5 mit medianem Anulus fibrosus-Einriss ohne Herniation und einer leichten Spondylarthrose L4/5 und L5/S1 in der angestammten Tätigkeit als LKW-Fahrer zu 30% eingeschränkt sei. Diese Einschränkung betreffe nur das Ent- und Beladen der Lastwagen. Ab Oktober 2016 könne er diese Tätigkeit mit der genannten Einschränkung wieder aufnehmen. In einer angepassten Tätigkeit, in der nur manchmal bis zu 10 kg gehoben werden müssten, sei er ab Oktober 2016 wieder zu 100% arbeitsfähig (vgl. zum Ganzen E. 5.2.16).

E. 5.3.2

In der Begründung und Herleitung der Diagnose ist das Gutachten sehr detailliert. Dazu wurde am 17. Oktober 2017 eine Funktionsaufnahme der LWS veranlasst. Zur genauen Bestimmung des Ausmasses der Segmentinstabilität L4/5 wurde der Kollege, Dr. med. V. _____, Spezialarzt für Neuroradiologie, Klinik U. _____, herangezogen. Auch er sieht keine Diskushernie (s. E. 5.2.15 hiervor). Die Funktionseinbuße von 30% beim Ein- und Ausladen erscheint damit nachvollziehbar. Ferner listet die Gutachterin die bereits aktenkundigen Vorberichte auf und nimmt zu anderslautenden Berichten, wie dem Bericht von Dr. E. _____ beziehungsweise Dr. Q. _____, der von einer alten Fraktur des L3 und einer Diskushernie im Segment L5/S1 mit Ausstrahlung in die linken unteren Extremitäten ausgeht und deshalb eine Arbeitsunfähigkeit von 50% bis auf Weiteres attestiert, Stellung. Sie bezieht vor allem zu den Problemen im Bereich L3 und L4/S5 Stellung:

E. 5.3.2.1

Bereits in der Knochenszintigraphie vom 19. April 2016 sei die im Röntgenbild vom 9. März 2016 als minim beschriebene Abflachung des L3 nicht mehr nachgewiesen, es werde sogar von einer vollständigen Konso- lidierung der ursprünglichen Abflachung des Wirbelkörpers gesprochen. Das MRI der LWS vom 22. Juni 2016 zeige zudem ebenfalls keine Auffäl- ligkeiten. Insgesamt könne die Fraktur als verheilt beurteilt werden und stelle somit ein Jahr später keinen Grund für eine anhaltende Arbeitsunfä- higkeit dar. Daneben bestünden erhebliche Zweifel (vgl. auch E. 5.2.8 hier- vor), ob überhaupt eine Fraktur vorgelegen habe. Dieser Zweifel dränge sich auf, wenn nun in Folgebildern von einer völlig normalen Wirbelkörper- höhe gesprochen werden könne. Die Wirbelkörperhöhe normalisiere sich nach einer Fraktur nicht mehr und bleibe als alte Fraktur im konventionellen Röntgenbild weiter nachweisbar. Die neuen konventionellen Bilder im Rah- men des Gutachtens zeigten keine sichtbare Höhenminderung des L3. Eine derartig unsichere Diagnose könne nicht als Begründung für eine an- haltende Arbeitsunfähigkeit angeführt werden. Ebenso lägen keine Risiko- faktoren für eine Osteoporose und damit keine erhöhte Gefahr neuer Frak- turen vor. Die von Dr. E._____ beziehungsweise Dr. Q._____ aner- kannte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 50% aufgrund einer (fraglich) alten und verheilten Fraktur könne aus rheumatologischer Sicht nicht ge- teilt werden. Im Arztbericht von Dr. P._____ vom 31. März 2017 als auch im Arztbericht der spinalen Chirurgie des Spitals M._____ vom 1. Juli 2016 werde von einer Ausheilung der Fraktur ausgegangen (IV-doc. 66 S. 3). Fakt ist, dass die Fraktur jedenfalls verheilt ist und damit nachvoll- ziehbarerweise keine Einschränkung begründet.

E. 5.3.2.2

Zum Zufallsbefund am Segment L5/S1 und zur abweichenden Di- agnose des Hausarztes nimmt die Gutachterin am 25. Januar 2018 ergän- zend Stellung (s. doc. 66): Gemäss dem MRI-Befund der LWS vom 11. Ap- ril 2017 habe sich eine Diskusprotrusion im Segment L5/S1 in der Lokali- sation von S1 gezeigt. Dieser Befund zeige keine sichtbare Neurokompres- sion (Kompression der Nervenwurzeln). Der MRI-Bericht zur LWS ein Jahr zuvor (vom 22.7.2016), durchgeführt bei der Radiologie W._____, habe bereits die Diskusprotrusion im Segment L5/S1 gezeigt (die unterschiedli- chen Segmentangaben in den Berichten seien unterschiedlichen Interpre- tationen geschuldet: einmal Sakralisation L5 und einmal Lumbalisation S1). Eine radikuläre Symptomatik liege nicht vor. Der Beschwerdeführer berichte, dass die Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein nicht dauernd vorlägen. Der Befund sei nach genauer Sichtung der Bilder zu wenig ausgeprägt, es liege keine neurokompressive Hernie, sondern eine

C-1820/2019 Seite 19 Protrusion vor. Dieser Befund sei im Vergleich zu den Vorbildern unverän- dert geblieben. Der Leidensweg in den Akten und gemäss den Schilderun- gen des Beschwerdeführers sei nicht nachvollziehbar gravierend genug. Die Gutachterin kommt deshalb zum Schluss, dass die Arbeitsunfähigkeit von 50%, wie Dr. E._____ bzw. sein Nachfolger Dr. Q._____ sie fest- gehalten hat (vgl. E. 5.2.12 hiervor), nicht zu rechtfertigen sei und vielmehr lediglich die genannte Einschränkung von 30% in der angestammten Tä- tigkeit bestehe und eine solche von 100% in einer Verweistätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg (IV-act. 66 S. 4). In Anbetracht des lumbo-spondylogenen Schmerzsyndroms (ICD-10 M54) sowie der re- zidivierenden

Facettengelenksarthrose im Segment L4/5 und der Chondrose der Bandscheibe L4/5 mit medianem Anulus fibrosus-Einriss ohne Herniation und einer leichten Spondylarthrose in den Segmenten L4/5 und L5/S1 leuchtet diese Einschätzung (Belastungsprofil) ein.

E. 5.3.3

Unter Zugrundelegung des in E. 5.2.2 erwähnten extern angefertigten Röntgenbildes vom 7. März 2016 und der Diagnose einer teilweisen Sakralisation von L5 und einer Einengung bei L5/S1 überzeugt die Auffassung und die Diagnosestellung der Gutachterin. Die vom behandelnden Hausarzt gestellte Diagnose einer Diskushernie korreliert mit keinem Arztbericht. Des Weiteren entspricht ihre Würdigung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit überwiegend auch der Einschätzung von Dr. P. _____ (E. 5.2.11), der dem Beschwerdeführer Übungen zur Verbesserung der Körperhaltung und Beweglichkeit vorschlägt.

E. 5.3.4

Kommt hinzu, dass die Gutachterin in ihrem Gutachten vom 2. November 2017 die Standardindikatoren i.S.v. BGE 141 V 281 berücksichtigt hat. Zur Gesundheitsschädigung und Ausprägung bzw. zum Schweregrad ergäben sich aus rheumatologischer Sicht leichte degenerative Veränderungen an der Lendenwirbelsäule. Nach dem Sturzereignis im Februar 2016 sei es zu eskalierenden Rückenproblemen mit Ausstrahlung in den ventralen Oberschenkel mit nun weiterhin intermittierend auftretenden Rückenschmerzen unterschiedlicher Intensität je nach Belastungsgrad gekommen. In den durchgeführten LWS-Funktionsaufnahmen fänden sich keine Hinweise für Segmentinstabilitäten, die das lange Fortbestehen der Beschwerden erklären könnten. Die beschriebenen Facettengelenksarthrosen entsprächen in etwa der Altersnorm. Grundsätzlich könne ein Anulus fibrosus-Einriss lokale Rückenschmerzen, aber keine Ausstrahlung in die Beine provozieren (IV-doc. 62 S.16). Zum Behandlungserfolg oder zur Behandlungsresistenz legt die Gutachterin dar, dass kein strategisches klares

C-1820/2019 Seite 20 Behandlungskonzept verfolgt werde. Auch wenn keine radikuläre Ausstrahlung nachweislich bestehe, müsse trotzdem ein Behandlungsplan gemäss dem Leidensdruck angeboten werden. Eine Physiotherapie zur prophylaktischen Kräftigung der Rückenmuskulatur mache erst Sinn, wenn die Schmerzen erfolgreich behandelt worden seien. Könnten NSAR, Dafalgan oder Tramadol die Schmerzen nicht wirkungsvoll genug beseitigen, sollten Rückeninfiltrationen zum Einsatz kommen (Facetteninfiltrationen mit danach gezielter Kräftigung der Rückenmuskulatur, Schulung über ergonomische Verhaltensweisen im Alltag und bei der Arbeit). Je nach Ausmass und Chronifizierung solle eine intensive Rehabilitation ambulant oder auch stationär erfolgen. Die angebotenen Therapien seien vom Beschwerdeführer in Anspruch genommen worden (S. 18; 20). Zum Persönlichkeitsbild und zur biographischen Persönlichkeitsentwicklung merkt die Gutachterin an, dass der Beschwerdeführer ursprünglich eine Ausbildung zum Verkäufer absolviert, später in den achtziger Jahren für diverse Baufirmen gearbeitet habe und ab 2000 als LKW-Fahrer für deutsche, französische und Schweizer Unternehmer tätig gewesen sei. Er habe bis Ende August 2017 in Frankreich Arbeitslosengeld erhalten, seit dem 1. September 2017 erhalte er Sozialhilfe. Anlässlich der Untersuchung habe er angegeben, er könne sich eine schrittweise Eingliederung probenhalber im geschützten Rahmen vorstellen. Er schaue zurzeit im Internet nach einer 50%-Stelle in der angestammten oder in einer angepassten Tätigkeit (S. 17). Zum Indikator vorhandene persönliche Ressourcen und

sozialer Kontext führt die Gutachterin aus, das soziale Netzwerk des Beschwerdeführers sei intakt. Seine Ehefrau sei für ihn da. Er habe zwei Kinder, zu welchen er einen guten Kontakt habe. Er habe sonst keine finanziellen Belastungen oder Sorgen; auch habe er keine Schulden. Es gebe auch ausserhalb der Familie für ihn ausreichend soziale Kontakte, trotz der Arbeitslosigkeit (S. 18). Zur Konsistenz hält die Gutachterin fest, dass keine Diskrepanzen objektiviert worden seien (S. 19).

E. 5.3.5

Damit ist in einem Zwischenfazit festzustellen, dass das Gutachten vom 2. November 2017 die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen erfüllt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a): Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie unter Diskussion abweichender Berichte (s. dazu E. 5.3.2 ff.) getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend, die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszu-

C-1820/2019 Seite 21 stand werden nachvollziehbar hergeleitet und begründet (s. E. 4.5.1 hier- vor) und überzeugen unter Berücksichtigung der Standardindikatoren (s. E. 5.3.4 hiervor). Damit kann auf das rheumatologische Gutachten vom 2. November 2017 (IV-doc. 62) abgestellt werden, wonach der Beschwerdeführer in einer adaptierten, körperlich leichten bis mittelschweren, wechselseitigen Tätigkeit ab Oktober 2016 zu 100% arbeitsfähig ist.

E. 5.4.1

Das vom Beschwerdeführer beschwerdeweise eingereichte Formular «Rapport médical pour adultes» der SVA (Sozialversicherungsanstalt), welches durch seinen Hausarzt Dr. Q._____ am 13. Juni 2017 ausgefüllt wurde, war bereits im Verwaltungsverfahren aktenkundig (B-act. 1 Bei- lage 2; IV-doc. 73 S. 1 f.; E. 5.2.12 hiervor). In diesem Formular attestiert der behandelnde Hausarzt, Dr. Q._____, dem Beschwerdeführer eine Beckenplattenimpressionsfraktur des L3 und eine Diskushernie im Segment L5/S1 mit Ausstrahlung ins linke Bein (tassement du plateau supérieur L3 und hernie discale L5/S1 [fracture vertébrale par compression ou tassement]). Diese bestehe seit dem Unfalldatum und habe sich seit dem Unfall weder verbessert noch verschlechtert (vgl. IV-doc. 73 S. 2). Ferner bescheinigt der Hausarzt dem Beschwerdeführer seit dem 2. Februar bis zum 1. September 2016 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit und vom 5. September bis auf unbestimmte Zeit eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit (s. B.a und E. 5.2.12 hiervor). Das Formular enthält keine Befundaufnahme, keine Anamnesen und eine Herleitung der Diagnosen mittels bildgebender Diagnostik und entsprechender Begründung fehlt. Es wird lediglich eine Arbeitsunfähigkeit bestätigt, ohne Einschränkungen zu erörtern und die Punkte zu nennen, woraus sich die attestierte Arbeitsfähigkeit ergeben soll. Ferner setzt sich der Hausarzt auch nicht mit den anderen aktenkundigen Berichten auseinander. Aus diesen Gründen vermag der Inhalt des Arztberichts vom 13. Juni 2017 das beweiskräftige Ergebnis der Begutachtung nicht umzustossen.

E. 5.4.2.1

Die vom Beschwerdeführer unter Berufung auf eine Notiz im Patientendossier seines Hausarztes, Dr. Q._____, Allgemeine Medizin, vom

E. 5.4.2.2

Ferner ist die Notiz des Patientendossiers vom 8. Januar 2019, die der Beschwerdeführer mit der vorliegenden Beschwerde ins Recht legt, bereits aktenkundig (B-act. 1 Beilage 1; IV-act. 77. S. 3). Die RAD-Ärztin, pract. med. R. _____, schreibt in ihrem RAD-Bericht vom 2. Januar 2019, dass Befunde, welche auf eine konkrete Verschlechterung seit Begutachtung hinweisen könnten, nicht vorlägen. Demnach könne eine Verschlechterung nicht nachvollzogen werden. Es werde lediglich eine anhaltende 50%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert. In diesem Zusammenhang habe der Beschwerdeführer auch erwähnt, dass er in den Notfalldienst eingeliefert und dabei der hohe Blutdruck festgestellt worden sei (IV-doc. 75). Er sei wegen Unwohlsein und Übelkeit nach Genuss eines Fruchtsaftes notfall-ärztlich behandelt worden. Gemäss pract. med. R. _____ sei der übrige körperliche Untersuchungsbefund laut Angaben der Klinik jedoch normal. Daher sei davon auszugehen, dass keine anhaltende Beeinträchtigung bzw. Komplikationen zu erwarten seien. Daraus gingen keine neuen Fakten hervor, welche den bisherigen Entscheid (Vorbescheid) in Frage stellen (vgl. IV-doc. 81 S. 2; doc. 75 S. 2).

E. 5.4.2.3

Der vom Beschwerdeführer neu geltend gemachte Bluthochdruck wird gemäss den vorhandenen Berichten medikamentös behandelt und stellt gemäss pract. med. R. _____ keine anhaltende Beeinträchtigung im Sinne einer Invalidität dar (IV-doc. 75 S. 2; 81. S. 2). Der Bluthochdruck stellt somit keinen Grund dar, um von der gutachterlichen Einschätzung abzuweichen.

E. 5.5

Mit unaufgeforderter Eingabe vom 9. Dezember 2020 legt der Beschwerdeführer einen Unfallschein vom 20. November 2019 und den Kurzbericht vom 22. Oktober 2020 betreffend ein psychisches Leiden infolge Anfahrens einer Velofahrerin und einen weiteren Unfallschein vom 1. August 2020 und das Schreiben der D. _____ vom 23. September 2020 betreffend eine distale Radiusfraktur des linken Handgelenks ins Recht (B-C-1820/2019 Seite 23 act. 17 Beilage 2 bis 6). Die sinngemässe Rüge, wonach sich sein Gesundheitszustand deshalb verschlechtert habe (B-act. 17), verfängt in formeller Hinsicht nicht, da in zeitlicher Hinsicht relevant ist, wie sich der Sachverhalt, insbesondere die medizinischen Gegebenheiten, bis zum Zeitpunkt der Verfügung darstellt (s. E. 3.2 hiervor). Der vom Beschwerdeführer eingereichte Befund (distale Radiusfraktur des linken Handgelenks) ist zeitlich nach dem zu beurteilenden Zeitraum aufgetreten und die genannte Diagnose damit erst nach Abschluss des vom Gericht zu beurteilenden Zeitraums aktenkundig. Die neue Fraktur sowie der Bericht vom 22. Oktober 2020 können deshalb im vorliegenden Verfahren nicht mehr berücksichtigt werden, soweit sich daraus keine Erkenntnisse für den Zeitpunkt vor der Verfügung ergeben. Der neue Befund sowie die neuen Berichte und die D. _____-Formulare betreffend Arbeitsunfähigkeit (B-act. 19; 21; 22; 23; 25; 26) werden von der Vorinstanz im Rahmen einer Neuanschuldung zu prüfen sein (vgl. Dispositivziffer 2). 6. Die Ausführungen des Beschwerdeführers vermögen damit in keinerlei Hinsicht das rheumatologische Gutachten vom 2. November 2017 in Zweifel zu ziehen und die eingereichten Unterlagen des behandelnden Arztes begründen auch keine Zweifel an der Beweiskraft des genannten Gutachtens. Entsprechend hat die Vorinstanz zu Recht darauf abgestellt. 7. 7.1 Schliesslich ist die Invalidität und die daraus resultierende Bemessung des Invaliditätsgrads zu überprüfen. 7.2 7.2.1 Bei erwerbstätigen Versicherten

ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbs-

C-1820/2019 Seite 24 einkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1). 7.2.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; Urteil des BGer 8C_61/2018 vom 23. März 2018 E. 6.2). Für die Bemessung der Invalidität einer im Ausland wohnhaften versicherten Person sind Validen- und Invalideneinkommen grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2; Urteil des BGer 8C_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.1). 7.2.3 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist nach der Rechtsprechung entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns 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 von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 134 V 322 E. 4.1; Urteil des BGer 8C_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 3.1). Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. 7.2.4 Lässt sich das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht konkret ermitteln oder ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Urteil des BGer 8C_934/2015 vom 9. Mai 2016 E. 2.2; Urteil des BGer 8C_379/2017 vom 8. September 2017 E. 3.2.1). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu

C-1820/2019 Seite 25 Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b bb). Zudem ist eine Anpassung an die Nominallohnentwicklung vorzunehmen, wobei nach Geschlechtern zu differenzieren, das heisst auf den branchenspezifischen Lohnindex für Frauen oder Männer abzustellen ist (BGE 129 V 408 E. 3.1.2). 7.2.5 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in

Dienstleistungen (Landverkehr und Lagerei) mit dem Code 49-52 und nicht eine Hilfstätigkeit, wie die Vorinstanz angenommen hat, zu berücksichtigen. Aufgrund seiner Erfahrung ist der Lohn auf dem Kompetenzniveau 2, Männer, in der Höhe von Fr. 5'742 heranzuziehen. Dabei ist die im Verfügungszeitpunkt jeweils aktuelle Tabelle anzuwenden. Vorliegend wurde die LSE Tabelle des Jahres 2016 am 6. Mai 2019 veröffentlicht. Damit ist die LSE Tabelle des Jahres 2014 im vorliegenden Fall einschlägig, zumal sie im Zeitpunkt der Verfügung am 25. März 2019 die aktuellste war. Dieser Tabellenlohn beträgt unter Berücksichtigung der branchenüblichen Wochenarbeitszeit von 42.4 Stunden Fr. 6'086.52 (Fr. 5'742 : 40 x 42.4). Des Weiteren gilt es, diesen Lohn des Jahres 2014 auf den frühestmöglichen Anspruchsbeginn

C-1820/2019 Seite 27 zu indexieren: Vorliegend meldete sich der Beschwerdeführer am 25. August 2016 zum Leistungsbezug an und begann die sechsmonatige Frist nach Art. 29 Abs. 1 IVG am 26. August 2016 zu laufen. Ein Rentenan-spruch konnte somit frühestens am 26. Februar 2017 entstehen (vgl. Art. 29 IVG). Die Wartefrist von einem Jahr (Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG) ih- rerseits begann einen Tag nach dem Unfall zu laufen und endete am 6. Februar 2017. Da eine Rente vom Beginn des Monats an ausbezahlt wird (Art. 29 Abs. 3 IVG), ist vorliegend der Lohn des Jahres 2014 bis auf den 1. Februar 2017 zu indexieren. Dies ergibt einen Validenlohn von Fr. 6'166.03 (= Fr. 6'086.52 : 2220 [Wert für 2014] x 2249 [Wert für 2017]). 7.3.2 Für die Berechnung des Invalideneinkommens ist auf das durch- schnittliche statistische Jahreseinkommen in einer Verweistätigkeit im all- gemeinen Sektor (Kompetenzniveau 1), unter Berücksichtigung der bran- chenüblichen Wochenarbeitszeit für diesen Bereich (41.7 Stunden), abzu- stellen. Dieses beträgt Fr. 5'537.76 (= Fr. 5'312.- : 40 x 41.7). Unter zusätz- licher Indexierung dieses Werts auf das Jahr 2017 ergibt sich ein Invaliden- einkommen von Fr. 5'610.10 (Fr. 5'537.76 : 2220 x 2249). 7.3.3 In Gegenüberstellung zum Valideneinkommen resultiert eine Er- werbseinbusse von Fr. 555.93 (= Fr. 6'166.03 - Fr. 5'610.10), was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 9.01%, gerundet 9% (= Fr. 555.93 : Fr. 6'166.03 x 100), entspricht. Weiterungen zum Leidensab- zug erweisen sich als entbehrlich, da auch bei einem maximal zugelas- senen Abzug von 25% (Urteil des BGer 8C_1033/2009 vom 19. März 2010 E. 3) kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad von 40% erreicht würde (s. oben E. 4.3). Keine Änderung ergibt sich aus der Hochrechnung der beiden Einkommen auf das Jahr 2019 (Zeitpunkt der Entscheidfällung), zumal für beide Werte dieselben Indexe einzusetzen sind (Jahr 2014: 2'220, Jahr 2019: 2'279 [s. E. 7.2.2]).

E. 6

Die Ausführungen des Beschwerdeführers vermögen damit in keinerlei Hinsicht das rheumatologische Gutachten vom 2. November 2017 in Zweifel zu ziehen und die eingereichten Unterlagen des behandelnden Arztes begründen auch keine Zweifel an der Beweiskraft des genannten Gutachtens. Entsprechend hat die Vorinstanz zu Recht darauf abgestellt.

E. 7.1

Schliesslich ist die Invalidität und die daraus resultierende Bemessung des Invaliditätsgrads zu überprüfen.

E. 7.2.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen.

Dazu 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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1).

E. 7.2.2

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; Urteil des BGer 8C_61/2018 vom 23. März 2018 E. 6.2). Für die Bemessung der Invalidität einer im Ausland wohnhaften versicherten Person sind Validen- und Invalideneinkommen grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2; Urteil des BGer 8C_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.1).

E. 7.2.3

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist nach der Rechtsprechung entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns 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 von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 134 V 322 E. 4.1; Urteil des BGer 8C_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 3.1). Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen.

E. 7.2.4

Lässt sich das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht konkret ermitteln oder ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Urteil des BGer 8C_934/2015 vom 9. Mai 2016 E. 2.2; Urteil des BGer 8C_379/2017 vom 8. September 2017 E. 3.2.1). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b bb). Zudem ist eine Anpassung an die Nominallohnentwicklung vorzunehmen, wobei nach Geschlechtern zu differenzieren, das heisst auf den branchenspezifischen Lohnindex für Frauen oder Männer abzustellen ist (BGE 129 V 408 E. 3.1.2).

E. 7.2.5

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können insbesondere Tabellenlöhne gemäss LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_422/2017 vom 18. Mai 2018 E. 4.1), wobei grundsätzlich immer die aktuellsten statistischen Daten zu verwenden sind (BGE 143 V 295 E. 2.3).

E. 7.2.6

In der Regel ist auf die LSE-Tabelle TA1 und den darin enthaltenen Totalwert abzustellen (Urteil des BGer 8C_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 6.2; vgl. auch Urteil des BGer 9C_358/2017 vom 2. Mai 2018 E. 5.2 mit Hinweisen), wobei aber auf Löhne einzelner Sektoren oder gar einzelner Branchen abgestellt werden kann, wenn dies als sachgerecht erscheint, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen. Dies geschieht namentlich bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung lange Zeit in diesem Bereich tätig gewesen sind und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt. Es besteht jedoch kein Grundsatz, wonach stets auf die Tabelle TA1 abzustellen ist (Urteil des BGer 9C_841/2013 vom 7. März 2014 E. 4.2). Wird auf die LSE 2012 oder neuer abgestellt, ist - zumindest bis auf Weiteres - nur die Tabelle TA1 zu verwenden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7).

E. 7.2.7

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. 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 (BGE 142 V 178 E. 1.3; 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25% nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2; 126 V 75 E. 5b; Urteil des BGer 9C_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.1).

E. 7.3.1

Vorliegend kann für die Berechnung des Valideneinkommens nicht auf das zuletzt erzielte Einkommen bei der B._____ AG (s. Lohnabrechnung Februar; IV-doc. 7.38 S. 3) abgestellt werden, da der Beschwerdeführer im Stundenlohn arbeitete, die Abrechnungen entsprechende Schwankungen (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_745/2020 vom 29. März 2021 E. 6.3) enthalten und in den Vorjahren ein wesentlich höheres Einkommen aus den IK-Einträgen hervorgeht und der Beschwerdeführer in Deutschland sowie Frankreich einer

Arbeit als LKW-Fahrer nachging (s. Lebenslauf; IV-doc. 9; IV-doc. 8). Aus diesem Grund sind die Tabellenlöhne des Bundesamtes für Statistik (BFS) heranzuziehen, wie es die Vorinstanz zu Recht getan hat (IV-doc. 68 S. 3; 83 S. 2; B-act. 11 S. 5). Angesichts der langjährigen Tätigkeit als LKW-Fahrer (vgl. IV-doc. 9; 78) ist jedoch der Lohn aus der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE), Tabelle TA1 (Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor), der Branche Dienstleistungen (Landverkehr und Lagerei) mit dem Code 49-52 und nicht eine Hilfstätigkeit, wie die Vorinstanz angenommen hat, zu berücksichtigen. Aufgrund seiner Erfahrung ist der Lohn auf dem Kompetenzniveau 2, Männer, in der Höhe von Fr. 5'742 heranzuziehen. Dabei ist die im Verfügungszeitpunkt jeweils aktuelle Tabelle anzuwenden. Vorliegend wurde die LSE Tabelle des Jahres 2016 am 6. Mai 2019 veröffentlicht. Damit ist die LSE Tabelle des Jahres 2014 im vorliegenden Fall einschlägig, zumal sie im Zeitpunkt der Verfügung am 25. März 2019 die aktuellste war. Dieser Tabellenlohn beträgt unter Berücksichtigung der branchenüblichen Wochenarbeitszeit von 42.4 Stunden Fr. 6'086.52 (Fr. 5'742 : 40 x 42.4). Des Weiteren gilt es, diesen Lohn des Jahres 2014 auf den frühestmöglichen Anspruchsbeginn zu indexieren: Vorliegend meldete sich der Beschwerdeführer am 25. August 2016 zum Leistungsbezug an und begann die sechsmonatige Frist nach Art. 29 Abs. 1 IVG am 26. August 2016 zu laufen. Ein Rentenanspruch konnte somit frühestens am 26. Februar 2017 entstehen (vgl. Art. 29 IVG). Die Wartefrist von einem Jahr (Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG) ihrerseits begann einen Tag nach dem Unfall zu laufen und endete am 6. Februar 2017. Da eine Rente vom Beginn des Monats an ausbezahlt wird (Art. 29 Abs. 3 IVG), ist vorliegend der Lohn des Jahres 2014 bis auf den 1. Februar 2017 zu indexieren. Dies ergibt einen Validenlohn von Fr. 6'166.03 (= Fr. 6'086.52 : 2220 [Wert für 2014] x 2249 [Wert für 2017]).

E. 7.3.2

Für die Berechnung des Invalideneinkommens ist auf das durchschnittliche statistische Jahreseinkommen in einer Verweistätigkeit im allgemeinen Sektor (Kompetenzniveau 1), unter Berücksichtigung der branchenüblichen Wochenarbeitszeit für diesen Bereich (41.7 Stunden), abzustellen. Dieses beträgt Fr. 5'537.76 (= Fr. 5'312.- : 40 x 41.7). Unter zusätzlicher Indexierung dieses Werts auf das Jahr 2017 ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 5'610.10 (Fr. 5'537.76 : 2220 x 2249).

E. 7.3.3

In Gegenüberstellung zum Valideneinkommen resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 555.93 (= Fr. 6'166.03 - Fr. 5'610.10), was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 9.01%, gerundet 9% (= Fr. 555.93 : Fr. 6'166.03 x 100), entspricht. Weiterungen zum Leidensabzug erweisen sich als entbehrlich, da auch bei einem maximal zugelassenen Abzug von 25% (Urteil des BGer 8C_1033/2009 vom 19. März 2010 E. 3) kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad von 40% erreicht würde (s. oben E. 4.3). Keine Änderung ergibt sich aus der Hochrechnung der beiden Einkommen auf das Jahr 2019 (Zeitpunkt der Entscheidfällung), zumal für beide Werte dieselben Indexe einzusetzen sind (Jahr 2014: 2'220, Jahr 2019: 2'279 [s. E. 7.2.2]).

E. 8

Die angefochtene Verfügung vom 25. März 2019, mit welcher dem Beschwerdeführer keine Rente gewährt wurde, wird damit bestätigt und die Beschwerde ist abzuweisen. Die im Beschwerdeverfahren neu eingereichten und nicht berücksichtigten ärztlichen

Unterlagen (B-act. 17 Beilagen 4 und 5; B-act. 19 Beilage 1-3; B-act. 21-23; 25; 26), mit welchen der Beschwerdeführer wiederum eine

C-1820/2019 Seite 28 Verschlechterung seines Gesundheitszustands geltend macht, sind als Neuanmeldung per 9. Dezember 2020 entgegenzunehmen. Sie sind daher an die Vorinstanz zur Behandlung zu überweisen. Die Vorinstanz wird dabei zu prüfen haben, ob mit den eingereichten ärztlichen Unterlagen glaubhaft gemacht wird, dass sich der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers seit der letzten materiellen Prüfung (bis 25. März 2019) in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

E. 9

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 9.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis Satz 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Vorliegend gehen die Prozesskosten zufolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege mit Zwischenverfügung vom 9. Mai 2019 zu Lasten der Staatskasse.

E. 9.2

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig ohne Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist entsprechend dem Verfahrensausgang keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

C-1820/2019 Seite 29

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