

# **BVGer C-259/2020 vom 6. Mai 2022**

Bundesverwaltungsgericht, 2022-05-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-259\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-259_2020)

FR: TAF C-259/2020 du 6 mai 2022

IT: TAF C-259/2020 del 6 maggio 2022

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG [SR 172.021]; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem ihm mit Zwischenverfügung vom 14. Mai 2020 die unentgeltliche Rechtspflege gewährt worden war, ist auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

C-259/2020 Seite 9

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 27. November 2019, mit welcher die Vorinstanz das erstmalige Leistungsgesuch des Beschwerdeführers mangels anspruchsbegründender Invalidität abgelehnt hat. Aufgrund der Rechtsbegehren ist vorliegend Prozesssthema respektive streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat und in diesem Zusammenhang vorab, ob die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt hat. Nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bilden demgegenüber die vom Beschwerdeführer unter dem Subeventualstandpunkt beantragten beruflichen Massnahmen, denn die Vorinstanz hat bereits mit Verfügung vom 15. Juni 2017 rechtskräftig entschieden, dass infolge Bezugs von Arbeitslosengeldern in Deutschland der Anspruch auf berufliche Massnahmen erloschen sei (vgl. Sachverhalt Bst. B.a; zur res iudicata, vgl. Urteil des BVGer C-3943/2020 vom 14. September 2020 E. 1.2 m. w. H.). Diesbezüglich ist auf die Beschwerde nicht einzutreten.

### **E. 3.1**

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 zurück- geht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

### **E. 3.2**

Der Beschwerdeführer war zuletzt als Grenzgänger im Kanton B.\_\_\_\_\_ erwerbstätig und wohnte, namentlich auch im Zeitpunkt der An- meldung, in Deutschland, wo er noch heute lebt. Er macht einen Gesund- heitsschaden geltend, der auf den Zeitpunkt seiner Tätigkeit als Grenzgän- ger zurückgeht. Unter diesen Umständen war die Sozialversicherungsan- stalt B.\_\_\_\_\_ zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zustän- dig und die angefochtene Verfügung vom 27. November 2019 wurde zu Recht von der IVSTA erlassen.

C-259/2020 Seite 10

### **E. 4.1**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze mass- gebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechts- folgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 27. November 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 Leistungsansprü- che von Belang sind. Die am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderun- gen (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBl 2017 2535), insbeson- dere des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) vom 19. Juni 2020 und des Bundesgesetzes über den Allge- meinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) finden dem- gegenüber vorliegend noch keine Anwendung.

### **E. 4.2**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit- sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungsverfügung (hier: 27. November 2019) eingetretenen Sachver- halt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwal- tungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Diese sind indessen soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzu- sammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

### **E. 4.3**

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger, wohnt in Deutschland und war in der Schweiz erwerbstätig. Damit gelangen vorlie- gend das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinie- rung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, ins- besondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verord- nungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung (vgl. Art. 80a Abs. 1 IVG). Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010 (AS 2015 343), Nr. 465/2012 (AS 2015 345) und Nr. 1224/2012 (AS 2015 353) erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vor- liegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach

### **E. 5.1**

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

### **E. 5.2**

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (im Sinne von Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (im Sinne von Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Zusätzliche kumulative Voraussetzung für einen Rentenanspruch ist, dass der Versicherte im Sinne von Art. 36 Abs. 1 IVG beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters-Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, was vorliegend unbestrittenermassen der Fall ist (vgl. Sachverhalt Bst. A).

### **E. 5.3**

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

C-259/2020 Seite 12 Abs. 1 Bst. b und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2). Der Anspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Art. 29 Abs. 2 IVG).

### **E. 5.4**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit

nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Regelung gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004 und bis 31. März 2012 Art. 2 der Verordnung [EWG] Nr. 1408/71 [SR 0.831.109.268.1]; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

### **E. 5.5**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind (vgl. BGE 132 V 93 E. 4 m. w. H.). Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d. h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d. h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantziell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 m. w. H.). Die medizinischen Sachverständigen und die rechtsanwendenden Stellen haben sich (zur zuverlässigen Nachvollzieh- und Überprüfbarkeit) bei ihrer Einschätzung und Beurteilung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren (vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 sowie

C-259/2020 Seite 13 unten E. 5.7.3). 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).

### **E. 5.6**

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 darf das Gericht den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4 m. w. H.). 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 mit Hinweis 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 mit Hinweis). 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 (BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweis; vgl. auch BGE 139 V 225 E. 5.2; Urteil des BGer 8C\_262/2016 vom 22. September 2016 E. 4.2 m. w. H.). Die Stellungnahmen des RAD, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je m. w. H.).

C-259/2020 Seite 14

## **E. 5.7**

Die Prüfung, ob eine psychische Erkrankung wie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. hierzu z. B. Urteil des BVerfG C-534/2019 vom 18. Januar 2021 E. 5.4.1.1; vgl. auch BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen (BGE 143 V 409 und 418) eine rentenbegründende Invalidität zu begründen vermag, hat grundsätzlich anhand eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (BGE 143 V 409 E. 4.5; 143 V 418 E. 6 ff.).

### **E. 5.7.1**

Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung für eine Anspruchsberechtigung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 409 E. 4.5.2; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Eine invalidenversicherungrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 und E. 2.2.1).

### **E. 5.7.2**

Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrahmens mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychi-

sche Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

C-259/2020 Seite 15

### **E. 5.7.3**

Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren. Grundlage bildet die – den einschlägigen Indikatoren folgende – Einschätzung des Leistungsvermögens durch die sachverständige ärztliche Person anhand der diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen der versicherten Person (BGE 141 V 281 E. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 6). Ohne Einbezug solcher Indizien, wie sie im Rahmen der festen Praxis zu den organisch nicht nachweisbaren unklaren Beschwerdebildern (BGE 141 V 281 E. 4.4.1) regelmässig zu berücksichtigen sind, ist eine ärztliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht beweiskräftig (BGE 140 V 290 E. 3.3.2). In den konsistenten Nachweis einer gestörten Aktivität und Partizipation einzubeziehen sind nur funktionelle Ausfälle, die sich aus denjenigen Befunden ergeben, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend gewesen sind. Die Einschränkung in den Alltagsfunktionen, welche begrifflich zu einer lege artis gestellten Diagnose gehört, wird mit den Anforderungen des Arbeitslebens abgeglichen und anhand von Schweregrad- und Konsistenzkriterien in eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit umgesetzt. Auf diesem Weg können geltend gemachte Funktionseinschränkungen über eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung bestätigt oder verworfen werden (BGE 141 V 281 E. 2.1.2). Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann (BGE 141 V 281 E. 6). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. zum Ganzen auch BGE 144 V 50 E. 4.3 mit Hinweis auf BGE 143 V 418 E. 6).

C-259/2020 Seite 16

### **E. 5.7.4**

Hinzuweisen bleibt darauf, dass die ärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge aufweist (BGE 145 V 361 E. 3.2.1 und 137 V 210 E. 3.4.2.3 je m. w. H.; Urteile des BGer 9C\_585/2016 vom 29. November 2016 E. 3.3, 9C\_397/2015 vom

## **E. 6**

Nachfolgend sind zunächst die wesentlichen medizinischen Unterlagen zusammenfassend darzustellen:

### **E. 6.1**

Im Operationsbericht vom 28. März 2015 stellte der Operateur Dr. med. H. \_\_\_\_\_ der Klinik I. \_\_\_\_\_ die Diagnose Bimalleolarfraktur, Weichteilschaden III. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation des Unterschenkels und erklärte, der Versicherte habe sich durch einen Sturz und Distorsionstrauma eine einfache Fraktur zugezogen, welche mittels offener Reposition im Gelenkbereich der Fibula distal durch eine Platte und im Gelenkbereich der Tibia distal durch Schrauben und Unterlegscheiben operiert versorgt worden sei (IV-act. 11 S. 119 f.). In einem weiteren Operationsbericht vom 21. April 2016 berichteten Dres. med. H. \_\_\_\_\_ und J. \_\_\_\_\_ der Klinik I. \_\_\_\_\_, die Metallentfernung durchgeführt zu haben, wobei sich der intra- und postoperative Verlauf komplikationslos gestaltet habe. Der Versicherte sei gleichentags ohne inadäquaten Druckschmerz und kreislaufstabil entlassen worden (IV-act. 38 S. 10 f.). Gemäss dem Operationsbericht vom 22. April 2016 sei schliesslich infolge einer inkompletten Metallentfernung vom Vortag die Metallentfernung vervollständigt worden, bei intra- und postoperativ komplikationslosem Verlauf (IV-act. 38 S. 12 f.).

### **E. 6.2**

Gemäss dem Austrittsbericht vom 14. Juni 2016 hielt sich der Versicherte vom 9. Mai 2016 bis zum 8. Juni 2016 in der Klinik K. \_\_\_\_\_ auf. Die behandelnden Ärzte der Klinik stellten hierbei fest, dass im Rahmen

C-259/2020 Seite 17 der stationären Rehabilitation keine namhafte Verbesserung der Beschwerden erzielt werden können. Es sei eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden und davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung hätte erbracht werden können, als bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm gezeigt worden sei. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und der bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären. Die berufliche Tätigkeit als Chauffeur sei aktuell nicht zumutbar. Hingegen sei eine wechselbelastende leichte bis mittelschwere Arbeit ohne wiederholtes Treppensteigen und Gehen in unebenem Gelände ganztags zumutbar (IV-act. 59 S. 12 ff.).

### **E. 6.3**

Im Bericht der Klinik K. \_\_\_\_\_ vom 13. Juni 2016 betreffend das psychosomatische Konsilium vom 11. Mai 2016 wurden die psychopathologischen Diagnosen des Verdachts auf eine leichte Minderintelligenz (ICD-10 Z64.0) sowie von Malingering mit der Differenzialdiagnose einer somatoformen Schmerzstörung, begleitet von dysfunktionalem Denkmuster, gestellt. Der Versicherte habe eine erhebliche Inkonsistenz im Verhalten gezeigt. Ausserdem habe er während des psychotherapeutischen Settings mitgeteilt, dass er kein Interesse an der Mitarbeit beim Training habe. Bei dem emotional ausgeglichenen Versicherten liege insgesamt keine psychische Störung vor, die eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen könnte (IV-act. 59 S. 22 ff.).

### **E. 6.4**

Im von der Versicherung L. \_\_\_\_\_ eingeholten unfallchirurgisch-orthopädischen Fachgutachten vom 22. Februar 2017 gaben Dres. med. M. \_\_\_\_\_ (Chefarzt) und N. \_\_\_\_\_ (Oberarzt), beide Fachärzte für Unfallchirurgie, Orthopädie und spezialisierte Unfallchirurgie, zunächst die Vorgeschichte sowie die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden wieder. Im Rahmen des Untersuchungsbefunds hielten sie insbesondere fest, dass der Einbeinstand rechts nicht möglich und eine erhebliche Berührungsempfindlichkeit im Bereich des Fussrückens auffällig sei. Ausserdem finde sich eine deutliche Einschränkung der Beweglichkeit im Bereich des oberen Sprunggelenks rechts sowie eine Einschränkung der Beweglichkeit im Bereich des unteren Sprunggelenks rechts. Auf dem Röntgenbild vom 16. November 2016 sei eine deutliche Verschmälerung des tibio-talaren Gelenkspaltes insbesondere in der dorsalen Hälfte mit bereits erkennbaren deutlichen osteophytären Anbauten am Talus und dorsal sowie an der ventralen Tibiakante zu erkennen. Darüber hinaus beschrieben die beiden Ärzte eine Narbenbildung und Schwellneigung im Bereich des rechten

C-259/2020 Seite 18 Sprunggelenks, eine neurologisch nachgewiesene Affektion des Ramus superficialis des Nervus peroneus, eine belastungsabhängige Beschwerdesymptomatik sowie einen nächtlichen Ruheschmerz. Sie stellten im Sinne einer vorläufigen Einschätzung eine Minderung der Gebrauchsfähigkeit des rechten Beines durch den Unfall vom 28. März 2015 von aktuell 1/5 fest (IV-act. 46 S. 4 ff., 91 und 115 S. 22 ff.).

#### **E. 6.5**

Mit Stellungnahme vom 2. März 2017 erklärte RAD-Arzt Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, die vorliegenden Arztberichte erwähnten einen Unfall mit bimalleolärer OSG-Fraktur rechts und erster Operation am 28. März 2015. Es handle sich um ein reines Unfallgeschehen, so dass mit der Unfallversicherung koordiniert werden könne. Tätigkeiten mit Heben, Tragen und Transportieren von Lasten, mit Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten, in kniender oder kniebeugender Körperhaltung sowie überwiegende Geh- und Stehbelastung sollten vermieden werden. Überwiegend sitzend ausgeübte, angepasste Tätigkeiten mit leichter Wechselbelastung seien medizinisch-theoretisch zumutbar. Das sporadische Anheben und Tragen von mittelschweren Gewichten von 10 bis 15 Kilogramm sei ebenfalls möglich (vgl. S. 6 des «Case Tracking» in Beilage zu BVGer-act. 4).

#### **E. 6.6**

Gemäss dem vom Beschwerdeführer mit Einwand vom 23. November 2017 (vgl. Sachverhalt Bst. B.c) eingereichten Entlassungsbericht vom 23. Mai 2017 befand sich dieser vom 24. April 2017 bis zum 19. Mai 2017 in einer stationären Behandlung in der Klinik P. \_\_\_\_\_. Die behandelnden Ärzte stellten die Diagnosen bimalleoläre Fraktur des oberen Sprunggelenks rechts und Syndesmose-ruptur am 28. März 2015, offene Reposition einer einfachen Fraktur, Entfernung des Osteosynthesematerials am 19. September 2015 sowie Arthrose im rechten Sprunggelenk. Sie führten als positives Leistungsvermögen auf, der Versicherte könne leichte bis gelegentlich mittelschwere körperliche Tätigkeiten im Wechsel zwischen überwiegend im Sitzen und Stehen sowie zeitweise im Gehen in allen Schichten für sechs Stunden und mehr verrichten, wobei das häufige Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über 15 Kilogramm, länger andauernde Arbeiten im Knien und Hocken sowie häufiges Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten vermieden werden



sollten. In seiner langjährigen Tätigkeit als LKW-Fahrer sei er weniger als drei Stunden täglich leistungsfähig. Der Versicherte werde arbeitsunfähig entlassen bis zur Diagnoseabklärung. Als weitere REHA-relevante Erkrankung erwähnten die behandelnden Ärzte eine schizoide Persönlichkeitsstörung (IV-act. 59 S. 2 ff.; in den

C-259/2020 Seite 19 Akten liegt derselbe Bericht auch datierend vom 24. Mai 2017 [IV-act. 55 S. 10 ff.]).

#### **E. 6.7**

Im von der Versicherung L. \_\_\_\_\_ eingeholten neurologischen Gutachten vom 9. Juni 2017 stellte Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Physikalische Therapie und Psychotherapie, nach der Wiedergabe der Vorgeschichte nach Aktenlage sowie der Angaben des Beschwerdeführers eine Sensibilitätsstörung im Bereich des medialen Fussrückens beziehungsweise auf der Dorsalseite der Zehen I-III im Sinne einer Berührungsempfindlichkeit fest. Darüber hinaus bestünden in diesem Bereich neuropathische Schmerzen. Diese Beschwerden seien einer Teilschädigung des rechten N. cutaneus dorsalis medialis, d. h. eines Hautastes des N. peroneus superficialis, zuzuordnen. Motorische Defizite seien bei der neurologischen Untersuchung nicht nachweisbar gewesen. Die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit (Invalidität nach Gliedertaxe) betrage weniger als 1/20 pro Bein (IV-act. 115 S. 29 ff.).

#### **E. 6.8**

Mit Stellungnahme vom 25. April 2018 hielt RAD-Arzt Dr. med. R. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, fest, aufgrund der in der neurologischen Beurteilung von Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ vom 9. Juni 2017 und der unfallchirurgischen Beurteilung von Dr. med. M. \_\_\_\_\_ vom 16. November 2016 bescheinigten Funktionseinschränkungen von lediglich 1/5 beziehungsweise 20 % des rechten Beines sei die Beurteilung einer ganztags zumutbaren leichten bis mittelschweren Arbeit nachvollziehbar. Er empfehle zur vertieften Abklärung ein bidisziplinäres Gutachten (Unfallchirurgie, Neurologie). Mit Stellungnahme vom 3. Juli 2018 erklärte Dr. med. R. \_\_\_\_\_ auf die entsprechende Rückfrage der kantonalen IV-Stelle hin, es sei sinnvoll, ein MEDAS-Gutachten mit den Fachdisziplinen Allgemeine Medizin, Unfallchirurgie, Neurologie und Psychiatrie in Auftrag zu geben (vgl. S. 8 f. des «Case Tracking» in Beilage zu BVGer-act. 4; vgl. unten E. 6.10).

#### **E. 6.9**

Zwischenzeitlich stellte Dr. med. S. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, nach einer stationären Schmerz-Behandlung des Versicherten im Klinikum T. \_\_\_\_\_ vom 4. Juni 2018 bis zum 8. Juni 2018 im vorläufigen orthopädischen Bericht vom 8. Juni 2018 die Diagnosen chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-

#### **E. 6.10**

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des von der kantonalen IV-Stelle eingeholten F. \_\_\_\_\_-Gutachtens vom 28. Februar 2019 (IV-act. 115 S. 1-21) stellten die Gutachter Dr. med. U. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Chirurgie, Traumatologie des Bewegungsapparates und Sportmedizin, Dr. med. V. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Dr. med. W. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. X. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie insgesamt die nachfolgenden Diagnosen mit

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: ■ Status nach Distorsion beim Spaziergang im Wald vom 28. März 2015 mit Bimalleolarfraktur des rechten OSGs (Fibula und Volkmann'sches Dreieck) sowie Ruptur der vorderen Syndesmose, Status nach Reposition und Osteosynthese der Fibula, Reposition und Osteosynthese des Volkmann'schen Dreiecks mit Schrauben, Naht der Syndesmose, gleichentags. Verdacht auf Nervenentrapment (Ast des Nervus peroneus superficialis rechts). Am 19. September 2015 Schraubenentfernung tibial, Neurolyse und Dekompression der Nerven. Status nach Metallentfernung des OSGs rechts am 21. April 2016, Reoperation tags darauf bei vergessener Unterlagscheibe; ■ subjektiv persistierende Schmerzen und Schwellungstendenz im rechten OSG, bei aktuell leicht aktivierter Arthrose. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gaben sie an: ■ rein sensible Schädigung peripherer Endäste des Nervus peroneus (N. cutaneus dorsalis medialis am rechten Fussrücken); ■ im klinischen Aspekt aktuell keine Hyperpathie, Hyperalgesie oder Allodynie;

C-259/2020 Seite 21 ■ keine Diagnose von Tragweite aus psychiatrischer Sicht; ■ leichte Persönlichkeitsakzentuierung (schizoid, narzisstisch, anankastisch; ICD-10 Z73); ■ Prae-Adipositas = Übergewicht (BMI 27.4); ■ leichte (präklinische) Hypothyreose; ■ Status nach Zuggurtungsosteosynthese einer Olekranonfraktur links am 29. Februar 2012. Die vom Versicherten angegebenen Schmerzen im rechten Sprunggelenk bei Belastung seien nachvollziehbar. Die angegebene Schmerzstärke erscheine jedoch eher überzeichnet, dies bei einer auffallend niedrigen Motivation zur Selbsteingliederung. Der Versicherte könne sich mit seinen Beschwerden im privaten Alltag arrangieren, indem er vermehrt Fahrrad fahre und hierbei die Gelenke, vor allem das rechte obere Sprunggelenk, weniger belaste. Der Versicherte sei sicher vermindert belastbar mit seinem rechten Sprunggelenk, welches degenerative Veränderungen zeige nach einer Bimalleolarfraktur, jedoch nicht wesentlich. Er könne weiterhin bis mittelschwere Lasten tragen und die Gehstrecken sollten nicht zu lange sein. Sitzen sei ebenfalls möglich. Ideal seien wechselbelastende Tätigkeiten. Das Einsetzen als Lastwagenfahrer mit der Notwendigkeit von Heben und Tragen von schwereren Lasten bis 50 Kilogramm sei nicht mehr durchführbar. Der Versicherte habe genügend Ressourcen, in einer Anstellung mit adäquater Belastung 100 % zu arbeiten mit dem erwähnten Belastungsprofil. Zusätzliche Einschränkungen aus neurologischer Sicht ergäben sich nicht. Namentlich könne keine Allodynie oder Hyperpathie bestätigt werden; die sensiblen Defizite am Fussrücken seien funktional nicht leistungsmindernd. Aus allgemein-internistischer Sicht bestünden keine Funktionsstörungen. Der Beschwerdeführer sei ab dem Unfall vom 28. März 2015 in seiner Tätigkeit als Lastwagenfahrer nicht mehr arbeitsfähig. In einer angepassten beruflichen Tätigkeit sei er indessen voll arbeitsfähig. Möglich seien wechselbelastende Tätigkeiten bei mittelschwerer Belastung und ohne lange Gehstrecken unter Belastung. Retrospektiv sei der Beschwerdeführer aus gutachterlicher Sicht ab dem 28. März 2015 (Bimalleolarfraktur rechts) bis und mit der postoperativen Phase nach Schraubenentfernung tibial und Neurolyse vom 19. September 2015, d. h. bis zum 31. Oktober 2015, zu 100 % arbeitsunfähig gewesen, dies auch in einer ideal angepassten Tätigkeit. Danach könne von einer Arbeitsfähigkeit von sicher 50 % ausge-

C-259/2020 Seite 22 gungen werden in einer ideal angepassten Tätigkeit bei radiologisch bereits im Juli 2015 durchgebauter Fraktur, dies bis zur Reoperation (Metallentfernung) im April 2016 bei möglicher Irritation durch das Metall. Nach der postoperativen Phase dieses Eingriffs, d. h. ab dem 1. Juni 2016, könne von einer Arbeitsfähigkeit von 100 %

ausgegangen werden in einer ideal angepassten Tätigkeit.

#### **E. 6.10.1**

Im psychiatrischen Teilgutachten führte Dr. med. X. \_\_\_\_\_ aus, entgegen der psychiatrischen Beurteilung vom 13. Juni 2016 (vgl. oben E. 6.3) habe er beim Versicherten während der Untersuchung vom 30. Oktober 2018 keine reduzierte Intelligenz feststellen können. Vielmehr sei von persönlichkeitsbedingten Verhaltensauffälligkeiten auszugehen. Das Verhalten des Versicherten in der Kindheit sei als normal beschrieben worden, bei einer Tendenz zu introvertiertem und einzelgängerischem Verhalten. Der Versicherte verfüge über gute persönliche Ressourcen. So habe er beispielsweise nach einem LKW-Unfall mit Todesfolge keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgewiesen. Auch die Erwerbsbiographie zeige die stabile persönliche Ressourcenlage, da sich der Versicherte auch bei mehrfachem Stellenwechsel stets ausreichend gut zurechtgefunden habe. Die zuletzt von der Klinik T. \_\_\_\_\_ (vgl. oben E. 6.9) genannten Diagnosen einer schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.2) sowie die Annahme einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) könnten gleichermassen nicht begründet werden (vgl. dazu unten E. 7.1.5). Aufgrund der eher leicht schizoiden, einzelgängerischen wie auch egozentrischen, teils etwas zwanghaften Persönlichkeitszüge erscheine ein Einzelarbeitsplatz eher sinnvoll und sollten Teamarbeiten eher vermieden werden (IV-act. 115 S. 90 ff.).

#### **E. 6.10.2**

Dr. med. U. \_\_\_\_\_ erkannte im chirurgischen Teilgutachten aufgrund der Untersuchung vom 2. November 2018 insbesondere einen leicht rechtshinkenden Gang des Versicherten sowie eine symmetrisch normale Beweglichkeit. Beide oberen Sprunggelenke seien stabil und wiesen keine Druckschmerzhaftigkeit, Ödeme oder Varizen auf. Die apparative Untersuchung vom 29. November 2018 (2-Phasen-SPECT des Skeletts und CT beider unteren Extremitäten) habe insbesondere rechtsseitig eine erhaltene Artikulation mit mässigen Unregelmässigkeiten fibular und tibial nach alter bimalleolarer Fraktur, ohne sichtbare Pseudarthrosespalten, jedoch mit eindeutig zentralen Unregelmässigkeiten im OSG mit verschmälertem Knorpel und osteophytären Ausziehungen sowie auch talusseitig subchondralen Spongiosasklerosen und kleinen Geröllzysten aufgezeigt. Ins-

C-259/2020 Seite 23 gesamt bestehe kein Zweifel an einer derzeit nur leicht aktivierten Sekundärarthrose im rechten OSG. Der Beschwerdeführer beklage belastungsabhängige Schmerzen und eine Schwellungstendenz im rechten oberen Sprunggelenk mit einer Einschränkung der Gehdauer auf eine halbe Stunde mit Pausen von 15 Minuten sowie eine totale Gehdauer von etwa drei Stunden. Ausserdem stellte Dr. med. U. \_\_\_\_\_ fest, dass der Versicherte durchaus mobil sei und sich noch gut bewegen könne. Ihm fehle jedoch der Wille, sich anderen Tätigkeiten zuzuwenden. Die bisherigen Massnahmen seien aus gutachterlicher Sicht ausgeschöpft. Die angegebenen Schmerzen im rechten Sprunggelenk bei Belastung seien nachvollziehbar, der Versicherte könne sich aber mit diesen Beschwerden arrangieren, indem er vermehrt Fahrrad fahre. Auch könne der Versicherte noch Autofahren. So habe er den Weg von Deutschland in das F. \_\_\_\_\_ – wenn auch mit Pausen – gut bewältigt. Die gesamte Gehzeit sei mit drei Stunden nicht wesentlich vermindert (IV-act. 115 S. 109 ff.).

#### **E. 6.10.3**

Im neurologischen Teilgutachten erklärte Dr. med. V. \_\_\_\_\_ darüber hinaus, anlässlich der Untersuchung vom 7. November 2018 habe der Versicherte im intellektuellen Niveau etwas schlichter imponiert, aber den- noch während der gesamten Untersuchung sehr aufmerksam zugehört, kleine Fehler spontan und sofort korrigiert, und sei durchwegs voll vigilant gewesen. Dr. med. V. \_\_\_\_\_ habe äusserlich kein Schmerzausdrucks- verhalten beobachten können, weder mit affektiven noch mit vegetativen Korrelaten. Im Sensibilitätsstatus habe der Versicherte bezüglich einer exakt begrenzbaren Zone, dem Areal des Ramus superficialis Nervus peroneus am rechten Fussrücken, Hypästhesie und Hypalgesie sowie Thermhypästhesie angegeben. Während der Untersuchung habe indessen, sowohl bei (sanfter und auch stärkerer) Berührung als auch mit dem Wartenberg-Nadelrad, keine Berührungsüberempfindlichkeit oder Hyperalgesie ausgelöst werden können. Das Vibrationsempfinden sei mit 8/8 bimalleolär normal. Im aktuellen klinischen Befund finde sich lediglich ein residuales leichtes sensibles Defizit im Areal des Nervus peroneus superficialis am rechten Fussrücken, sonst jedoch keine Schädigung motorischer Funktionen, auch keine Schädigung des Nervus tibialis oder Nervus suralis respektive Nervus saphenus am rechten Fuss. Die rein sensiblen Defizite begründeten alleine zumindest für eine leidensangepasste Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und wären für sich alleine genommen auch nicht beeinträchtigend für die Tätigkeit als Chauffeur. Limitierend sei die subjektive Schmerzempfindlichkeit im Sprunggelenkbereich, welche jedoch ins Fachgebiet der Chirurgie falle. Eine primär neurogene Ursache dieser angegebenen Schmerzen könne nicht plausibilisiert werden. Auch

C-259/2020 Seite 24 die Ausprägung der geltend gemachten Schmerzen könne aus neurologischer Sicht nicht plausibel erklärt werden. Zusammenfassend könne aus rein neurologischer Sicht aktuell, wie auch durchgängig retrospektiv, eine normale Arbeitsfähigkeit für jegliche berufliche Tätigkeit angenommen werden (IV-act. 115 S. 130 ff.).

#### **E. 6.10.4**

Dem allgemein-internistischen Teilgutachten von Dr. med. W. \_\_\_\_\_ ist schliesslich zu entnehmen, dass der Versicherte anlässlich der Untersuchung vom 7. November 2018 in der Schilderung seiner Beschwerden adäquat und authentisch gewirkt habe, wobei eine gewisse Verbitterung und Ressentiments gegenüber subjektiv als bevorzugt empfundenen Bevölkerungsgruppen aufgefallen seien. Dr. med. W. \_\_\_\_\_ habe als Allgemein-Internist keine wesentlichen psychiatrischen Symptome oder Pathologien feststellen können. Aus internistischer Sicht bestehe auch keine relevante Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 115 S. 148 ff.).

#### **E. 6.11**

Mit Stellungnahme vom 11. März 2019 hielt RAD-Arzt Dr. med. R. \_\_\_\_\_ fest, das umfassende F. \_\_\_\_\_-Gutachten beruhe auf einer vollständigen Aktenlage, sei medizinisch nachvollziehbar und in den Schlussfolgerungen plausibel. Es erfülle daher die in der Praxis geforderten Kriterien vollumfänglich und prüfe ausserdem die Indikatoren, weshalb auf das Gutachten abgestellt werden könne. Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung erklärte Dr. med. R. \_\_\_\_\_ zusammenfassend, dass beim Versicherten ein invalidisierender Gesundheitsschaden infolge einer schmerzhaften Minderbelastbarkeit des rechten Sprunggelenks vorliege, wodurch der Versicherte bei der Arbeit eingeschränkt sei. Für die letzte Tätigkeit als Lastwagenfahrer bestehe daher seit

dem 28. März 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Für alle angepassten Tätigkeiten auf dem freien Arbeitsmarkt habe für die Zeit vom 28. März 2015 bis zum 31. Oktober 2015 eine volle Arbeitsunfähigkeit und für die Zeit vom 1. November 2015 bis zum 31. Mai 2015 (recte: 2016) eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestanden; ab dem 1. Juni 2016 bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit für adaptierte, d. h. für mittelschwere und wechselbelastende Tätigkeiten (vgl. S. 9 ff. des «Case Tracking» in Beilage zu BVGer-act. 4).

#### **E. 6.12**

In seiner Stellungnahme vom 25. Juli 2019 ergänzte RAD-Arzt Dr. med. R. \_\_\_\_\_ aufgrund der mit Einwand des Beschwerdeführers vom 24. Juni 2019 geltend gemachten bevorstehenden Versteifung des rechten Sprunggelenks, der Beschwerdeführer habe keinen Operationster-

C-259/2020 Seite 25 min sowie Einweisung zur stationären Behandlung mit Operation vorgelegt. Es sei damit weder eine Operationsindikation fachärztlich festgestellt worden noch liege eine Einwilligung des Patienten vor. Wenn wirklich zu einem unbestimmten Zeitpunkt in der Zukunft eine weitere Operation durchgeführt werden sollte, könne sich das derzeitige Restleistungsvermögen sehr wahrscheinlich nur verbessern, da sonst der Chirurg keine Operationsindikation stellen und der Beschwerdeführer zu dem Eingriff auch nicht einwilligen würde. Damit ergäben sich keine neuen medizinischen Diagnosen oder Befunde, die eine Änderung der bisherigen versicherungsmedizinischen Leistungsbeurteilung gemäss dem F. \_\_\_\_\_-Gutachten erforderlich machen würden (vgl. S. 12 des «Case Tracking» in Beilage zu BVGer-act. 4).

#### **E. 6.13**

Gemäss dem vom Beschwerdeführer mit Schreiben vom 6. September 2019 (vgl. Sachverhalt Bst. B.g) eingereichten Bericht des Klinikums G. \_\_\_\_\_ vom 24. Juli 2019 seien die Befunde der arthrotischen Veränderungen im rechten oberen Sprunggelenk mit dorsaler Knorpelläsion ausführlich mit dem Versicherten besprochen worden. Dieser sei sich hinsichtlich einer operativen Versorgung (OSG-Arthrodesse) noch unschlüssig und wünsche eine Zweitmeinung. In Zusammenschau der klinisch-radiologischen Befunde werde eine Arthroskopie mit Synovektomie und gegebenenfalls Knorpelglättung empfohlen (IV-act. 128 S. 1 f.).

#### **E. 6.14**

Gemäss dem vom Beschwerdeführer mit Schreiben vom 6. September 2019 (vgl. Sachverhalt Bst. B.g) ebenfalls eingereichten Bericht des Y. \_\_\_\_\_ Klinikums vom 2. August 2019 wurden aufgrund aktuell angefertigter Röntgenbilder nur geringe degenerative Veränderungen im rechten oberen Sprunggelenk erkannt sowie eine Diskrepanz zwischen den beklagten Beschwerden des Versicherten und der Bildgebung festgestellt (IV-act. 128 S. 4 f.).

#### **E. 6.15**

Dem vom Beschwerdeführer mit Schreiben vom 23. Oktober 2019 (vgl. Sachverhalt Bst. B.g) eingereichten vorläufigen Operationsbericht des Klinikums G. \_\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2019 ist zu entnehmen, dass beim Versicherten am 14. Oktober 2019 wie geplant eine Arthroskopie beim oberen Sprunggelenk rechts mit Synovialektomie, Knorpelglättung sowie Abtragung eines kleinen ventralen Osteophyten an der Tibia durchgeführt wurde und der Versicherte am 15. Oktober 2019 mit eigenständig sicherer

Mobilisation und reizlosen Wundverhältnissen aus der Klinik entlassen werden konnte (vgl. IV-act. 131 S. 1-3).

C-259/2020 Seite 26

### **E. 6.16**

Mit Stellungnahme vom 1. November 2019 hielt RAD-Arzt Dr. med. R. \_\_\_\_\_ fest, die aktuell vorgelegten Berichte (Bericht des Klinikums G. \_\_\_\_\_ vom 24. Juli 2019 [vgl. oben E. 6.16], Bericht des Y. \_\_\_\_\_ Klinikums vom 2. August 2019 [vgl. oben E. 6.17], mehrere Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und vorläufiger Bericht des Klinikums G. \_\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2019 [vgl. oben E. 6.18]) zeigten, dass die angekündigte Versteifung des oberen Sprunggelenks nicht stattgefunden habe, da sie nicht erforderlich gewesen sei. Vielmehr sei lediglich eine komplikationslose Gelenkspiegelung durchgeführt worden. Damit sei eine Änderung der bisherigen versicherungsmedizinischen Beurteilung – abgestützt auf die aktuellen Fachgutachten – nicht erforderlich (vgl. S. 13 f. des «Case Tracking» in Beilage zu BVGer-act. 4).

### **E. 6.17**

Im vorliegenden Beschwerdeverfahren hat der Beschwerdeführer – neben verschiedenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (vgl. BVGer-act. 1, Beilage 8, und BVGer-act. 26, Beilage 16) – die nachfolgenden neuen medizinischen Unterlagen eingereicht.

#### **E. 6.17.1**

Im Kurzbericht vom 9. Januar 2020 stellte Dr. med. Z. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, die Diagnose OSG-Arthrose rechts, bei Zustand nach Plattenosteosyntheseversorgung im Rahmen einer bimalleoläre Fraktur. Er erklärte, die Arthroskopie habe keine Besserung gebracht. Der Versicherte beklage weiterhin Schmerzen bei Belastung und die Beweglichkeit sei weiterhin eingeschränkt und schmerzhaft. Daher empfahl er eine Versteifung des rechten oberen Sprunggelenks (Beschwerdebeilage 7, eingereicht mit Beschwerde vom 14. Januar 2020 [BVGer-act. 1]).

#### **E. 6.17.2**

In zwei Überweisungsscheinen vom 21. April 2020 und einem Überweisungsschein vom 20. Mai 2020 stellte Dr. med. Aa. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie des Zentrums Bb. \_\_\_\_\_, die Diagnosen OSG-Arthrose rechts, Neuralgie rechts und TN-Arthrose rechts und empfahl die Durchführung einer Skelettszintigraphie RSO, eines MRT des OSG rechts sowie einer RSO (Radiosynoviorthese) des rechten OSG. Im Überweisungsschein vom 2. November 2020 überwies Dr. med. Cc. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, den Versicherten überdies an die Nuklearmedizin (alle Überweisungsscheine enthalten in Beschwerdebeilage 17, eingereicht mit Noveneingabe vom 10. Februar 2022 [BVGer-act. 26]).

C-259/2020 Seite 27

#### **E. 6.17.3**

In zwei Kurzberichten vom 21. März 2019 und 15. Juli 2019 stellte Dr. med. et Dipl.-Psych. Dd. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie (Facharzttitel abrufbar unter: <https://www.aerzte.de>, abgerufen am 6. Mai 2022), die Diagnosen «10. Januar 2019 gesichert Schmerzen, 21. März 2019 gesichert Polyneuropathie» sowie die Befunde «21. März 2019 ASR abgeschwächt, Vibrationsempfinden an den Füßen reduziert». Er empfahl eine neurologische Kontrolle

sowie eine stationäre Schmerztherapie (Beschwerdebeilagen 21 und 22, eingereicht mit Noveneingabe vom 10. Februar 2022 [BVGer-act. 26]).

#### **E. 6.17.4**

Im Bericht des Klinikums G. \_\_\_\_\_ vom 19. Juli 2019 wurden als Befunde arthrotische Veränderungen im OSG mit subchondraler Sklerosierung und osteophytären Anbauten, ventral und dorsal betont, ohne Nachweis einer kortikalen Läsion sowie bei unauffälliger Knochenstruktur angegeben (Beschwerdebeilage 23, eingereicht mit Noveneingabe vom

#### **E. 6.17.5**

Im Bericht des Klinikums G. \_\_\_\_\_ vom 14. Oktober 2019 wurden sodann aufgrund einer MRT-Untersuchung des Sprunggelenks rechts als Befunde höhergradige fokale fissurale Knorpelschäden Grad IV (ICRS) im OSG im mittleren Anteil der Malleolengabel nach bimalleolärer Fraktur sowie eine geringfügige Signalalteration der Achillessehne ohne Nachweis einer Tendinopathie beschrieben (Beschwerdebeilage 27, eingereicht mit Noveneingabe vom 10. Februar 2022 [BVGer-act. 26]).

#### **E. 6.17.6**

Im Bericht vom 29. April 2020 stellte Dr. med. Ee. \_\_\_\_\_ des Zentrums Ff. \_\_\_\_\_, aufgrund einer Dreiphasen-Skelettszintigraphie einen pathologisch vermehrten Knochenstoffwechsel im ventralen Anteil des rechten OSG, medial stärker als lateral, mit geringer Weichteilkomponente fest. Dieser Befund sei gut vereinbar mit einer medial betonten OSG-Arthrose mit leicht entzündlicher Komponente. Ebenfalls lägen Hinweise auf eine geringe Insertionstendopathie der Glutealmuskulatur sowie auf eine laterale Gonarthrose links vor (Beschwerdebeilage 28, eingereicht mit Noveneingabe vom 10. Februar 2022 [BVGer-act. 26]).

#### **E. 6.17.7**

Im Bericht vom 6. Mai 2020 beschrieb Dr. med. Gg. \_\_\_\_\_ des Zentrums Ff. \_\_\_\_\_ nach der Durchführung einer Kernspintomographie des rechten OSG/USG eine diffuse Ausdünnung des Knorpelbelags ohne Nachweis eines freien Gelenkkörpers oder gröbere osteophytäre Randkantenanbauten des OSG. Ebenfalls liege kein Gelenkerguss vor. Es seien

C-259/2020 Seite 28 leichte degenerative Veränderungen des Talonavikulargelenkes ohne höhergradige Arthrose erkennbar. Die Bandstrukturen des OSG seien intakt (Beschwerdebeilage 29, eingereicht mit Noveneingabe vom 10. Februar 2022 [BVGer-act. 26]).

#### **E. 6.17.8**

Im Bericht vom 7. Mai 2020 erklärte Dr. med. Aa. \_\_\_\_\_, der Versicherte habe starke Schmerzen, vor allem bei Belastung, angegeben. In der klinischen Untersuchung habe sich das OSG frei beweglich gezeigt, ohne Torsionsschmerz. Es sei nicht gänzlich klar, ob die Schmerzen vorwiegend von der Neuralgie bei posttraumatisch geheiltem Nerv oder von der nachgewiesenen OSG- und TN-Arthrose herrührten. Gegen Letztes spräche der erwähnte klinische Befund. Er habe den Versicherten deshalb zur Kernspintomographie sowie zur Skelett-Szintigraphie überwiesen (Beschwerdebeilage 30, eingereicht mit Noveneingabe vom 10. Februar 2022 [BVGer-act. 26]).

#### **E. 6.17.9**

Im Bericht vom 18. Juni 2020 erklärte der Nuklearmediziner Dr. med. Hh.\_\_\_\_\_, es sei eine Indikation zur Radiosynoviorthese der Synovitis des klinisch aktiven OSG rechts bei weiter ablehnender Haltung zur Operation gegeben. Er habe den Versicherten darauf hingewiesen, dass durch die RSO immer nur die Beseitigung der entzündlichen Komponente der aktivierten Arthrose angestrebt werde und ein Erfolg immer nur zeitlich befristet für mehrere Monate bis ein Jahr eintreten könne. Die zu Grunde liegende Arthrose könne dadurch nicht direkt behandelt und nur durch operative Massnahmen (Versteifung, Prothese) beseitigt werden (Beschwerdebeilage 32, eingereicht mit Noveneingabe vom 10. Februar 2022 [BVGer-act. 26]). Im Bericht vom 10. September 2020 berichtete Dr. med. Hh.\_\_\_\_\_ über eine durchgeführte RSO des oberen und unteren Sprunggelenks rechts (Beschwerdebeilage 33, eingereicht mit Noveneingabe vom 10. Februar 2022 [BVGer-act. 26]).

#### **E. 6.17.10**

Im Bericht vom 11. November 2020 stellte Dr. med. Aa.\_\_\_\_\_ schliesslich die Diagnosen posttraumatische OSG- und TN-Arthrose und neuralgieformes Schmerzsyndrom des rechten Fusses und erklärte, aufgrund der bildmorphologisch geringen Ausprägung der Arthrosen bestimme der Versicherte selbst den Zeitpunkt weiterer operativer Massnahmen, wobei er hierbei eher eine OSG- sowie TN-Arthrolyse empfehlen würde. Er habe den Versicherten darauf hingewiesen, dass die neuralgieformen Schmerzen hierdurch nicht beeinflusst würden (Beschwerdebeilage 34, eingereicht mit Noveneingabe vom 10. Februar 2022 [BVGer-act. 26]).

C-259/2020 Seite 29 7. In der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 27. November 2019 hat die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht auf das polydisziplinäre Gutachten vom 28. Februar 2019 sowie auf die Beurteilung "dieser Unterlagen" durch den RAD abgestellt. Die Beurteilung des RAD habe ergeben, dass der Beschwerdeführer seit dem 28. März 2015 (Beginn der einjährigen gesetzlichen Wartezeit) zu 100 % arbeitsunfähig sei in seiner angestammten Tätigkeit als LKW-Chauffeur. In adaptierten Tätigkeiten (mittelschwer und wechselbelastend) habe vom 28. März 2016 (recte: 1. November 2015) bis zum 31. Mai 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestanden. Seit dem 1. Juni 2016 sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig in adaptierten Tätigkeiten. 7.1 Das im Verfahren nach Art. 44 ATSG durch die kantonale IV-Stelle eingeholte polydisziplinäre F.\_\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Februar 2019 beruht auf einer detaillierten Anamneseerhebung, den erforderlichen fachärztlichen Untersuchungen in den vorliegend relevanten Fachdisziplinen Unfallchirurgie, Neurologie, Allgemeine Medizin und Psychiatrie, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der Vorakten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, setzten sich mit den geklagten Beschwerden sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander und nahmen eine interdisziplinäre Beurteilung vor. Die vorgenommenen Schlussfolgerungen wurden für den Rechtsanwender nachvollziehbar begründet, wobei auch eine Auseinandersetzung mit den früheren medizinischen Beurteilungen stattfand. Insbesondere wurden im Gutachten im Fachgebiet der Psychiatrie auch die mit BGE 141 V 281 etablierten Standardindikatoren in die Beurteilung mit einbezogen. Darüber hinaus finden sich auch in den weiteren Teil-Gutachten sowie in der interdisziplinären Beurteilung Antworten zu den entsprechenden Fragen bezüglich Konsistenz, Plausibilität, Fähigkeiten sowie Ressourcen und Belastungen des Versicherten (vgl. unten E. 7.1.6). Das F.\_\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Februar 2019, dem sich auch RAD-Arzt Dr. med.



R. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 11. März 2019 vollumfänglich angeschlossen hat (vgl. oben E. 6.11), entspricht damit insgesamt den allgemeinen rechtlichen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. E. 5.5 zweiter Satz), weshalb ihm dem Grundsatz nach Beweiswert zukommt. 7.1.1 Gemäss dem F. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Februar 2019 haben lediglich Diagnosen aus der Fachdisziplin Orthopädie einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Namentlich gaben die Gutachter

C-259/2020 Seite 30 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit den Status nach dem Unfall vom 28. März 2015 (mitsamt den in der Folge durchgeführten operativen Eingriffen) sowie die subjektiv persistierenden Schmerzen des Beschwerdeführers mit einer Schwellungstendenz im rechten oberen Sprunggelenk sowie einer leicht aktivierten Arthrose an. Hierbei stellte der chirurgische F. \_\_\_\_\_-Gutachter Dr. med. U. \_\_\_\_\_ anlässlich der Untersuchung insbesondere eine volle Beweglichkeit des rechten Sprunggelenks fest. Interdisziplinär erklärten die Gutachter, dass sich der Beschwerdeführer mit seinen Schmerzen im privaten Alltag arrangiert habe, indem er z. B. vermehrt Fahrrad fahre. Die vom Beschwerdeführer beklagten Schmerzen bei Belastung im rechten Sprunggelenk wurden im neurologischen Teilgutachten detailliert wiedergegeben. Der Beschwerdeführer habe Schmerzen der Stufe 6 bis 7 auf einer Schmerzskala bis 10 angegeben. Bei Ablenkung reduzierten sich diese bestenfalls auf Stufe 3. Es bestehe ein Dauerschmerz. Die ebenfalls geltend gemachte Sensibilitätsveränderung im medialen Fussrückenbereich habe der Beschwerdeführer demgegenüber nicht genau beschreiben können. Diesbezüglich führten die Gutachter interdisziplinär aus, die angegebene Schmerzstärke sei eher überzeichnet. Auch unter Berücksichtigung des im Rahmen der Rehabilitation in der Klinik K. \_\_\_\_\_ im Jahr 2016 beschriebenen auffälligen Verhaltens des Beschwerdeführers, das als niedrige Motivation bezüglich der Arbeitsaufnahme gedeutet werden könne, schlossen die Gutachter eine Rentenbegehrenshaltung nicht aus. Dieses auffällige Verhalten lasse sich insbesondere nicht durch krankheitswerte psychische Störungen erklären. 7.1.2 In neurologischer Hinsicht fand Dr. med. V. \_\_\_\_\_ im klinischen Befund lediglich ein residuales leichtes sensibles Defizit im Areal des Nervus peroneus superficialis am rechten Fussrücken. Dieses begründe zumindest für eine leidensangepasste Tätigkeit alleine keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Seine Angaben stützte Dr. med. V. \_\_\_\_\_ auf die körperliche Untersuchung des Beschwerdeführers, Laborbefunde (Blutwerte) sowie eine Elektroneurografie. 7.1.3 Die in allgemeinmedizinischer Hinsicht gestellten Diagnosen der Prä-Adipositas sowie der präklinischen leichten Hypothyreose haben gemäss dem allgemeinmedizinischen F. \_\_\_\_\_-Gutachter Dr. med. W. \_\_\_\_\_ keine Folgen auf die Arbeitsfähigkeit. Diese Einschätzung entspricht einerseits dem vom Bundesgericht aufgestellten Erfahrungsgrundsatz, dass eine Adipositas (sowie umso mehr eine Prä-Adipositas als Vorstufe zur Adipositas) nicht ohne Weiteres eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach

C-259/2020 Seite 31 sich zieht (vgl. hierzu z. B. Urteil des BGer 8C\_663/2017 vom 12. Dezember 2017 E. 3.2) und ist andererseits auch in Bezug auf die Hypothyreose aufgrund der lediglich leichten, präklinischen Form nicht zu beanstanden. 7.1.4 In psychiatrischer Hinsicht stellte der psychiatrische F. \_\_\_\_\_-Gutachter Dr. med. X. \_\_\_\_\_ keine Diagnose von Tragweite. Er diagnostizierte einzig eine schizoide, narzisstische, anankastische Persönlichkeitsakzentuierung, die jedoch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Bei den beim Beschwerdeführer vorliegenden schizoid, teils

narzisstisch und auch anankastisch anmutenden Persönlichkeitszügen sei lediglich die Gruppenfähigkeit etwas vermindert, was bei der Wahl der beruflichen Tätigkeit zu berücksichtigen sei. Demgegenüber liessen sich gutachterlich weder eine depressive Störung, eine Angststörung oder eine psychotische Störung noch die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bestätigen. 7.1.5 Dabei hat sich Dr. med. X.\_\_\_\_\_ auch mit den in den Vorakten gestellten psychiatrischen Diagnosen einlässlich auseinandergesetzt und seine Feststellung, wonach die in der Klinik T.\_\_\_\_\_ im Juni 2018 diagnostizierte schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) und chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.1) nicht zutrefte, nachvollziehbar begründet. In diesem Zusammenhang hat er betreffend die dort diagnostizierte schwere depressive Episode ausgeführt, dass der Umstand, dass sich der Versicherte im Rahmen der stationären Therapie in der Durchsetzung seiner Ziele vehement, aber auch lustlos und desinteressiert zeige und gezeigt habe vielmehr dem Zielkonflikt bei gänzlich divergenten eigenen versus den therapeutischen Erwartungen geschuldet sei und nicht mit dem Störungsbild einer Depression gleichgesetzt werden dürfe. So zeige und zeigte der Versicherte vehemente Durchsetzungskraft und Energie in der Verfolgung seiner Ziele, was einem schwer depressiven Menschen kaum möglich wäre. Auch angesichts des bei der aktuellen psychiatrischen Begutachtung im Oktober 2018 festgestellten unauffälligen psychischen Gesundheitszustands wäre es gemäss dem psychiatrischen F.\_\_\_\_\_ -Gutachter erstaunlich, wenn sich die psychopathologische Befundlage in der kurzen Zeit seit der Entlassung aus der Klinik T.\_\_\_\_\_ so durchgreifend gewandelt haben sollte, ohne dass irgendeine psychiatrische Behandlung stattgefunden hatte. Dr. med. X.\_\_\_\_\_ wies sodann darauf hin, dass in der Vergangenheit – fachärztlich – nie eine Depression diagnostiziert oder beobachtet worden ist. Bezüglich der in der Klinik T.\_\_\_\_\_ weiter diagnostizierten chronischen

C-259/2020 Seite 32 Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren wies er zudem auf verschiedene Inkonsistenzen hin, welche an dem Schweregrad der Schmerzsymptomatik zweifeln liessen (vgl. hierzu auch unten E. 7.1.6.6). So finde sich eine Inkongruenz zwischen den persönlichen Tagesaktivitäten (aktive Lebensgestaltung) und der fehlenden Motivation für eine adaptierte berufliche Tätigkeit (der Versicherte fahre noch Auto, Fahrrad und mache Spaziergänge, sehe sich aber beruflich selber nicht motiviert für eine adaptierte Arbeit). Auch die sehr niedrige Therapieaktivität lasse nicht erkennen, dass ein erhöhter Leidensdruck bestehe. Der Versicherte habe auch als Ziel genannt, Reisen unternehmen zu wollen. Zudem benötige der Beschwerdeführer das ihm verschriebene Schmerzmittel Tramadol nicht sehr oft. Aktuell habe sich ein nur niedriger Wirkstoffspiegel dieses Schmerzmittels gezeigt; der Versicherte habe auch angegeben, es nur am Vortag eingenommen zu haben. Einen schmerzgeplagten Eindruck habe der Versicherte zudem nicht gemacht, trotz Angabe von subjektiv starken Schmerzen. Diese Beurteilung von Dr. med. X.\_\_\_\_\_ vermag zu überzeugen, dies insbesondere angesichts der im Gutachten dargestellten Untersuchungsbefunde und der vorgenommenen Würdigung der weiteren psychiatrischen Arztberichte. Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass im orthopädischen Bericht der Klinik T.\_\_\_\_\_ für die im Juni 2018 gestellte Diagnose schwere depressive Episode eine klinisch-psychopathologische Befundbeschreibung fehlt. Zudem konnten die im Rahmen der gutachterlichen Abklärung bestimmten Laborwerte eine Einnahme des unter "aktuelle Medikation" aufgeführten Amitriptylins (trizyklisches Antidepressivum; vgl. auch Bericht der Klinik T.\_\_\_\_\_ vom 8. Juni 2018) nicht bestätigen. Zusammenfassend erscheint die vom psychiatrischen

F. \_\_\_\_\_-Gutachter ein- zig gestellte Diagnose einer schizoiden, narzisstischen, anankastischen Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73) nachvollziehbar. 7.1.6 Im Weiteren hat der psychiatrische F. \_\_\_\_\_-Gutachter bei der Beurteilung der funktionellen Auswirkungen der fachärztlich einwandfrei gestellten Diagnose einer schizoiden, narzisstischen, anankastischen Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73; vgl. oben E. 7.1.5 Abs. 2) die massgebenden Standardindikatoren (vgl. hierzu oben E. 5.7.2) mit einbezogen: 7.1.6.1 In der Kategorie «funktioneller Schweregrad» mit dem Komplex «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome) hat Dr. med. X. \_\_\_\_\_ als psychiatrische Untersu-

C-259/2020 Seite 33 chungsbefunde schizoid, teils narzisstisch und auch anankastisch anmutende Persönlichkeitszüge festgestellt. Diesbezüglich hat er ausgeführt, dass keine relevanten frühen Belastungen eruierbar seien. Das Verhalten des Versicherten in der Kindheit sei als weitgehend normal beschrieben worden, wenn auch früher schon eher eine Tendenz zu introvertiertem, einseitigänglerischem Verhalten beschrieben worden sei. Bereits in der Klinik K. \_\_\_\_\_ seien gewisse schizioide Persönlichkeitszüge festgestellt worden, ohne dass jedoch eine Persönlichkeitsstörung klassifiziert worden sei. Die Erwerbsbiografie zeige auch, dass der Versicherte vorzugsweise alleine gearbeitet habe, was seiner Persönlichkeitsstruktur entgegengekommen sei. Dies passe zu den Kriterien einer schizoiden Persönlichkeitsstruktur, welche durch einen Rückzug von affektiven, sozialen und anderen Kontakten mit Vorliebe für einseitigänglerisches Verhalten und in sich gekehrte Zurückhaltung gekennzeichnet sei. Auch unter Berücksichtigung des weitgehend unauffälligen Verhaltens des Versicherten in den Gesprächskontakten bei den somatischen Gutachtern sei die Ausprägung beim Versicherten als nur leicht zu werten. Unter Mitberücksichtigung der Ergebnisse im Mini-ICF-APP (vgl. Näheres dazu E. 7.1.6.4 unten), einer Hilfsuntersuchung, welcher im Vergleich zur klinischen Untersuchung lediglich eine untergeordnete Bedeutung zukommt (vgl. hierzu z. B. Urteile des BGer 9C\_362/2020 vom 21. Oktober 2020 E. 3.4; 8C\_231/2019 vom

## **E. 7**

In der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 27. November 2019 hat die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht auf das polydisziplinäre Gutachten vom 28. Februar 2019 sowie auf die Beurteilung "dieser Unterlagen" durch den RAD abgestellt. Die Beurteilung des RAD habe ergeben, dass der Beschwerdeführer seit dem 28. März 2015 (Beginn der einjährigen gesetzlichen Wartezeit) zu 100 % arbeitsunfähig sei in seiner angestammten Tätigkeit als LKW-Chauffeur. In adaptierten Tätigkeiten (mittelschwer und wechselbelastend) habe vom 28. März 2016 (recte: 1. November 2015) bis zum 31. Mai 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestanden. Seit dem 1. Juni 2016 sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig in adaptierten Tätigkeiten.

### **E. 7.1**

Das im Verfahren nach Art. 44 ATSG durch die kantonale IV-Stelle eingeholte polydisziplinäre F. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Februar 2019 beruht auf einer detaillierten Anamneseerhebung, den erforderlichen fachärztlichen Untersuchungen in den vorliegend relevanten Fachdisziplinen Unfallchirurgie, Neurologie, Allgemeine Medizin und Psychiatrie, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der Vorakten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, setzten sich mit den geklagten Beschwerden sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers

auseinander und nahmen eine interdisziplinäre Beurteilung vor. Die vorgenommenen Schlussfolgerungen wurden für den Rechtsanwender nachvollziehbar begründet, wobei auch eine Auseinandersetzung mit den früheren medizinischen Beurteilungen stattfand. Insbesondere wurden im Gutachten im Fachgebiet der Psychiatrie auch die mit BGE 141 V 281 etablierten Standardindikatoren in die Beurteilung mit einbezogen. Darüber hinaus finden sich auch in den weiteren Teil-Gutachten sowie in der interdisziplinären Beurteilung Antworten zu den entsprechenden Fragen bezüglich Konsistenz, Plausibilität, Fähigkeiten sowie Ressourcen und Belastungen des Versicherten (vgl. unten E. 7.1.6). Das F. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Februar 2019, dem sich auch RAD-Arzt Dr. med. R. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 11. März 2019 vollumfänglich angeschlossen hat (vgl. oben E. 6.11), entspricht damit insgesamt den allgemeinen rechtlichen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. E. 5.5 zweiter Satz), weshalb ihm dem Grundsatz nach Beweiswert zukommt.

#### **E. 7.1.1**

Gemäss dem F. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Februar 2019 haben lediglich Diagnosen aus der Fachdisziplin Orthopädie einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Namentlich gaben die Gutachter als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit den Status nach dem Unfall vom 28. März 2015 (mitsamt den in der Folge durchgeführten operativen Eingriffen) sowie die subjektiv persistierenden Schmerzen des Beschwerdeführers mit einer Schwellungstendenz im rechten oberen Sprunggelenk sowie einer leicht aktivierten Arthrose an. Hierbei stellte der chirurgische F. \_\_\_\_\_-Gutachter Dr. med. U. \_\_\_\_\_ anlässlich der Untersuchung insbesondere eine volle Beweglichkeit des rechten Sprunggelenks fest. Interdisziplinär erklärten die Gutachter, dass sich der Beschwerdeführer mit seinen Schmerzen im privaten Alltag arrangiert habe, indem er z. B. vermehrt Fahrrad fahre. Die vom Beschwerdeführer beklagten Schmerzen bei Belastung im rechten Sprunggelenk wurden im neurologischen Teilgutachten detailliert wiedergegeben. Der Beschwerdeführer habe Schmerzen der Stufe 6 bis 7 auf einer Schmerzskala bis 10 angegeben. Bei Ablenkung reduzierten sich diese bestenfalls auf Stufe 3. Es bestehe ein Dauerruheschmerz. Die ebenfalls geltend gemachte Sensibilitätsveränderung im medialen Fussrückenbereich habe der Beschwerdeführer demgegenüber nicht genau beschreiben können. Diesbezüglich führten die Gutachter interdisziplinär aus, die angegebene Schmerzstärke sei eher überzeichnet. Auch unter Berücksichtigung des im Rahmen der Rehabilitation in der Klinik K. \_\_\_\_\_ im Jahr 2016 beschriebenen auffälligen Verhaltens des Beschwerdeführers, das als niedrige Motivation bezüglich der Arbeitsaufnahme gedeutet werden könne, schlossen die Gutachter eine Rentenbegehrenshaltung nicht aus. Dieses auffällige Verhalten lasse sich insbesondere nicht durch krankheitswerte psychische Störungen erklären.

#### **E. 7.1.2**

In neurologischer Hinsicht fand Dr. med. V. \_\_\_\_\_ im klinischen Befund lediglich ein residuales leichtes sensibles Defizit im Areal des Nervus peroneus superficialis am rechten Fussrücken. Dieses begründe zumindest für eine leidensangepasste Tätigkeit alleine keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Seine Angaben stützte Dr. med. V. \_\_\_\_\_ auf die körperliche Untersuchung des Beschwerdeführers, Laborbefunde (Blutwerte) sowie eine Elektroneurografie.

#### **E. 7.1.3**

Die in allgemeinmedizinischer Hinsicht gestellten Diagnosen der Prä-Adipositas sowie der präklinischen leichten Hypothyreose haben gemäss dem allgemeinmedizinischen F.\_\_\_\_\_-Gutachter Dr. med. W.\_\_\_\_\_\_ keine Folgen auf die Arbeitsfähigkeit. Diese Einschätzung entspricht einerseits dem vom Bundesgericht aufgestellten Erfahrungsgrundsatz, dass eine Adipositas (sowie umso mehr eine Prä-Adipositas als Vorstufe zur Adipositas) nicht ohne Weiteres eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach sich zieht (vgl. hierzu z. B. Urteil des BGer 8C\_663/2017 vom 12. Dezember 2017 E. 3.2) und ist andererseits auch in Bezug auf die Hypothyreose aufgrund der lediglich leichten, präklinischen Form nicht zu beanstanden.

#### **E. 7.1.4**

In psychiatrischer Hinsicht stellte der psychiatrische F.\_\_\_\_\_-Gutachter Dr. med. X.\_\_\_\_\_\_ keine Diagnose von Tragweite. Er diagnostizierte einzig eine schizoide, narzisstische, anankastische Persönlichkeitsakzentuierung, die jedoch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Bei den beim Beschwerdeführer vorliegenden schizoid, teils narzisstisch und auch anankastisch anmutenden Persönlichkeitszügen sei lediglich die Gruppenfähigkeit etwas vermindert, was bei der Wahl der beruflichen Tätigkeit zu berücksichtigen sei. Demgegenüber liessen sich gutachterlich weder eine depressive Störung, eine Angststörung oder eine psychotische Störung noch die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bestätigen.

#### **E. 7.1.5**

Dabei hat sich Dr. med. X.\_\_\_\_\_\_ auch mit den in den Vorakten gestellten psychiatrischen Diagnosen einlässlich auseinandergesetzt und seine Feststellung, wonach die in der Klinik T.\_\_\_\_\_\_ im Juni 2018 diagnostizierte schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) und chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.1) nicht zutrefte, nachvollziehbar begründet. In diesem Zusammenhang hat er betreffend die dort diagnostizierte schwere depressive Episode ausgeführt, dass der Umstand, dass sich der Versicherte im Rahmen der stationären Therapie in der Durchsetzung seiner Ziele vehement, aber auch lustlos und desinteressiert zeige und gezeigt habe vielmehr dem Zielkonflikt bei gänzlich divergenten eigenen versus den therapeutischen Erwartungen geschuldet sei und nicht mit dem Störungsbild einer Depression gleichgesetzt werden dürfe. So zeige und zeigte der Versicherte vehemente Durchsetzungskraft und Energie in der Verfolgung seiner Ziele, was einem schwer depressiven Menschen kaum möglich wäre. Auch angesichts des bei der aktuellen psychiatrischen Begutachtung im Oktober 2018 festgestellten unauffälligen psychischen Gesundheitszustands wäre es gemäss dem psychiatrischen F.\_\_\_\_\_-Gutachter erstaunlich, wenn sich die psychopathologische Befundlage in der kurzen Zeit seit der Entlassung aus der Klinik T.\_\_\_\_\_\_ so durchgreifend gewandelt haben sollte, ohne dass irgendeine psychiatrische Behandlung stattgefunden hatte. Dr. med. X.\_\_\_\_\_\_ wies sodann darauf hin, dass in der Vergangenheit - fachärztlich - nie eine Depression diagnostiziert oder beobachtet worden ist. Bezüglich der in der Klinik T.\_\_\_\_\_\_ weiter diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren wies er zudem auf verschiedene Inkonsistenzen hin, welche an dem Schweregrad der Schmerzsymptomatik zweifeln liessen (vgl. hierzu auch unten E. 7.1.6.6). So finde sich eine Inkongruenz zwischen den persönlichen Tagesaktivitäten (aktive Lebensgestaltung) und der fehlenden Motivation für eine adaptierte berufliche Tätigkeit (der Versicherte fahre noch Auto, Fahrrad und mache Spaziergänge, sehe sich aber beruflich selber nicht motiviert für eine adaptierte Arbeit).

Auch die sehr niedrige Therapieaktivität lasse nicht erkennen, dass ein erhöhter Leidensdruck bestehe. Der Versicherte habe auch als Ziel genannt, Reisen unternehmen zu wollen. Zudem benötige der Beschwerdeführer das ihm verschriebene Schmerzmittel Tramadol nicht sehr oft. Aktuell habe sich ein nur niedriger Wirkstoffspiegel dieses Schmerzmittels gezeigt; der Versicherte habe auch angegeben, es nur am Vortag eingenommen zu haben. Einen schmerzgeplagten Eindruck habe der Versicherte zudem nicht gemacht, trotz Angabe von subjektiv starken Schmerzen. Diese Beurteilung von Dr. med. X. \_\_\_\_\_ vermag zu überzeugen, dies insbesondere angesichts der im Gutachten dargestellten Untersuchungsbefunde und der vorgenommenen Würdigung der weiteren psychiatrischen Arztberichte. Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass im orthopädischen Bericht der Klinik T. \_\_\_\_\_ für die im Juni 2018 gestellte Diagnose schwere depressive Episode eine klinisch-psychopathologische Befundbeschreibung fehlt. Zudem konnten die im Rahmen der gutachterlichen Abklärung bestimmten Laborwerte eine Einnahme des unter "aktuelle Medikation" aufgeführten Amitriptylins (trizyklisches Antidepressivum; vgl. auch Bericht der Klinik T. \_\_\_\_\_ vom 8. Juni 2018) nicht bestätigen. Zusammenfassend erscheint die vom psychiatrischen F. \_\_\_\_\_-Gutachter einzig gestellte Diagnose einer schizoiden, narzisstischen, anankastischen Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73) nachvollziehbar.

#### **E. 7.1.6**

Im Weiteren hat der psychiatrische F. \_\_\_\_\_-Gutachter bei der Beurteilung der funktionellen Auswirkungen der fachärztlich einwandfrei gestellten Diagnose einer schizoiden, narzisstischen, anankastischen Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73; vgl. oben E. 7.1.5 Abs. 2) die massgebenden Standardindikatoren (vgl. hierzu oben E. 5.7.2) mit einbezogen:

##### **E. 7.1.6.1**

In der Kategorie «funktioneller Schweregrad» mit dem Komplex «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome) hat Dr. med. X. \_\_\_\_\_ als psychiatrische Untersuchungsbefunde schizoid, teils narzisstisch und auch anankastisch anmutende Persönlichkeitszüge festgestellt. Diesbezüglich hat er ausgeführt, dass keine relevanten frühen Belastungen eruierbar seien. Das Verhalten des Versicherten in der Kindheit sei als weitgehend normal beschrieben worden, wenn auch früher schon eher eine Tendenz zu introvertiertem, einzelgängerischem Verhalten beschrieben worden sei. Bereits in der Klinik K. \_\_\_\_\_ seien gewisse schizioide Persönlichkeitszüge festgestellt worden, ohne dass jedoch eine Persönlichkeitsstörung klassifiziert worden sei. Die Erwerbsbiografie zeige auch, dass der Versicherte vorzugsweise alleine gearbeitet habe, was seiner Persönlichkeitsstruktur entgegengekommen sei. Dies passe zu den Kriterien einer schizoiden Persönlichkeitsstruktur, welche durch einen Rückzug von affektiven, sozialen und anderen Kontakten mit Vorliebe für einzelgängerisches Verhalten und in sich gekehrte Zurückhaltung gekennzeichnet sei. Auch unter Berücksichtigung des weitgehend unauffälligen Verhaltens des Versicherten in den Gesprächskontakten bei den somatischen Gutachtern sei die Ausprägung beim Versicherten als nur leicht zu werten. Unter Mitberücksichtigung der Ergebnisse im Mini-ICF-APP (vgl. Näheres dazu E. 7.1.6.4 unten), einer Hilfsuntersuchung, welcher im Vergleich zur klinischen Untersuchung lediglich eine untergeordnete Bedeutung zukommt (vgl. hierzu z. B. Urteile des BGR 9C\_362/2020 vom 21. Oktober 2020 E. 3.4; 8C\_231/2019 vom 12. Juli 2019 E. 3.2.2), hielt Dr. med. X. \_\_\_\_\_ fest, einzig die Gruppenfähigkeit erscheine mittelgradig reduziert zu

sein. Durch eine entsprechende Anpassung eines Arbeitsplatzes sei dies indessen gut kompensierbar. Optimalerweise arbeite der Versicherte eher an einem Einzelarbeitsplatz. Diese Einschätzung des psychiatrischen F. \_\_\_\_\_-Gutachters, wonach die von ihm festgestellten schizoid, teils narzisstisch und auch anankastisch anmutenden Persönlichkeitszüge von einer nur leichten Ausprägung sind, erscheint - auch unter Berücksichtigung der nachfolgenden Ausführungen zu den weiteren Standardindikatoren, insbesondere angesichts des Umstands, dass der Beschwerdeführer keinerlei psychiatrische Behandlungen wahrgenommen hat respektive in Anspruch nimmt (vgl. unten E. 7.1.6.2) - nachvollziehbar.

#### **E. 7.1.6.2**

Hinsichtlich des Indikators «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» hielt Dr. med. X. \_\_\_\_\_ fest, im bisherigen Therapieverlauf seien vorrangig somatische Interventionen und Behandlungen erfolgt. Es seien keine psychiatrischen Behandlungen durchgeführt worden. Auch in somatischer Hinsicht habe der Beschwerdeführer eine geringe Therapieaktivität und eine geringe Therapiebereitschaft gezeigt. Die Therapieabbrüche seien aus nicht krankheitswertigen Gründen erfolgt. Es seien deutliche Hinweise für Kooperationsprobleme aktenkundig vorhanden, welche jedoch persönlichen Zielvorstellungen unterlägen und nicht als krankheitswertig zu bezeichnen seien. Die Integrationsprognose werde von der Klärung der motivationalen Aspekte und Erwartungen abhängig sein. Zur Begründung wies er darauf hin, dass die Kündigung des Arbeitsplatzes schon vor dem Unfallereignis erfolgt sei, und auch aktenkundig wiederholt der Eindruck gewonnen worden sei, dass ein sekundärer Krankheitsgewinn eine nicht unwesentliche Rolle zu spielen scheine. Im chirurgischen Teilgutachten wurde sodann erklärt, der Medikamentenspiegel zeige, dass der Beschwerdeführer die ihm verschriebenen Antidepressiva mit Sicherheit nicht regelmässig oder nicht adäquat einnehme. Demgegenüber seien die bisherigen in somatischer Hinsicht durchgeführten Massnahmen angemessen gewesen. Die Behandlungsmöglichkeiten seien ausgeschöpft. Die gesamte Prognose bezüglich eines Wiedererlangens der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Arbeit mit adäquater Belastung sei aus somatischer Sicht grundsätzlich sehr gut. Es fehle dem Versicherten jedoch an der positiven Einstellung hierzu, indem er angebe, dass alle anderen Arbeiten, ausser Lastwagenfahren, "nicht sein Ding" seien. Auch im neurologischen Teilgutachten wurde darauf hingewiesen, dass die Therapieaktivitäten ausgesprochen gering erschienen. Es habe offensichtlich keine neurologische Weiterbetreuung stattgefunden. Dass der Beschwerdeführer keinerlei psychiatrische Behandlungen wahrgenommen hat, spricht für keinen ausgewiesenen Leidensdruck (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. vorne E. 5.7.2). Dasselbe lässt sich auch aus den gutachterlich festgestellten Kooperationsproblemen ableiten, bezüglich welcher Dr. med. X. \_\_\_\_\_ ausdrücklich festgehalten hat, dass diese nicht als krankheitswertig zu bezeichnen seien. Vielmehr ist dieses inkonsistente Verhalten des Beschwerdeführers (vgl. hierzu auch unten E. 7.1.6.6) als ein Indiz dafür zu gewichten, dass die geltend gemachten Einschränkungen anders begründet sind als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (vgl. hierzu BGE 141 V 281 E. 4.4.2).

#### **E. 7.1.6.3**

Beim Indikator «Komorbiditäten» sind «psychiatrische Komorbiditäten», aber auch «körperliche Begleiterkrankungen» zu berücksichtigen. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung

respektive psychischen Störung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Vorliegend sind in diesem Zusammenhang die orthopädischen Gesundheitsprobleme des Beschwerdeführers zu beachten, mithin der Status nach dem Unfall vom 28. März 2015 mitsamt den verbleibenden, vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen, mit einer Schwellungstendenz im rechten oberen Sprunggelenk, bei einer leicht aktivierten Arthrose (vgl. hierzu oben E. 7.1.1; siehe auch E. 6.17.6 f.). Diesbezüglich hoben die Gutachter hervor, dass sich der Beschwerdeführer mit seinen Einschränkungen im privaten Alltag arrangiert habe (vgl. oben E. 6.10 und 7.1.1). Für eine berufliche Tätigkeit sind gemäss den Gutachtern die folgenden funktionellen Einschränkungen (Belastungsprofil) zu beachten: Tragen bis mittelschwere Lasten, nicht zu lange Gehstrecken unter Belastung, Tätigkeiten im Sitzen, idealerweise wechselbelastende Tätigkeiten sowie mässig verminderte Gruppenfähigkeit.

#### **E. 7.1.6.4**

Im Komplex der Persönlichkeit (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) ist beachtlich, dass insbesondere keine Beeinträchtigungen in den Fähigkeiten zur Anpassung an Regeln und Routinen, zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten sowie der Fähigkeit zur Selbstpflege vorliege. Es bestünden hingegen leichte Beeinträchtigungen der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten und der Fähigkeit zu familiären und intimen Beziehungen. Einzig die Gruppenfähigkeit sei mittelgradig eingeschränkt; durch eine entsprechende Anpassung des Arbeitsplatzes sei dies aber gut kompensierbar (IV-act. 115 S. 105 oben mit Hinweis auf den Mini-ICF-APP). Der Versicherte verfüge darüber hinaus über gute persönliche Ressourcen, da er auch nach einer schweren Konfliktsituation (LKW-Unfall mit Todesfolge) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgewiesen habe und damit die emotionalen Reaktionen aus dieser Belastungssituation habe überwinden können. Auch die Erwerbsbiographie zeige die stabile persönliche Ressourcenlage, indem sich der Versicherte auch bei mehrfachem Stellenwechsel stets ausreichend gut zurechtgefunden habe. Auch lägen beim Versicherten starke Ressourcen vor hinsichtlich der Durchsetzung seiner eigenen Ziele. Hierbei sei der Versicherte durchaus sthenisch, fast kämpferisch, setze sich dabei auch teils egozentrisch gegen Bedürfnisse anderer durch und zeige sich teils wenig änderungs- und kompromissbereit. So sei es wiederholt auch zu vorzeitigen Entlassungen aus stationären Massnahmen (Klinik K.\_\_\_\_\_, Klinik T.\_\_\_\_\_) gekommen. Diese stark ich-zentrierte Strukturierung mute in gewisser Weise eher narzisstisch, teils zwanghaft an, indem die eigenen Ziele auch gegen Widerstand hartnäckig verfolgt würden, aber offensichtlich stark auf wirtschaftliche Kompensation ausgerichtet seien. Diese von Dr. med. X.\_\_\_\_\_ in der Persönlichkeitsdiagnostik beschriebenen verhaltensbezogenen Indikatoren erlauben den Rückschluss, dass der Beschwerdeführer durchaus über positive, gut ausgeprägte Ressourcen für die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit verfügt, was bei der Überprüfung der gutachterlichen Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen (vgl. unten E. 7.1.6.7) mitzubersichtigen ist (vgl. zum Ganzen: oben E. 5.5).

#### **E. 7.1.6.5**

Hinsichtlich der Kategorie «Sozialer Kontext» ist dem Gutachten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer nicht gänzlich sozial isoliert ist, auch wenn er eine Tendenz zu



introvertiertem und einzelgängerischem Verhalten aufweist. So wird im Gutachten mehrfach beschrieben, dass der Beschwerdeführer einen regelmässigen Kontakt mit seiner Tochter pflegt (er könne das Kind jeden zweiten Tag sehen und übernehme es immer wieder, zum Beispiel in den Ferien) und aktuell wieder bei seinen Eltern wohnt. Auch wenn der Beschwerdeführer gegenüber dem psychiatrischen F. \_\_\_\_\_-Gutachter angegeben hat, dass er zwar viele Kollegen durch die Arbeit kenne, sich dies jedoch alles etwas verlaufen habe, liegt nach dem Gesagten jedenfalls kein vollständiger Rückzug aus allen sozialen Bereichen des Lebens vor. Dies wird vom Beschwerdeführer auch zu Recht nicht geltend gemacht.

#### **E. 7.1.6.6**

Zur Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) gehört schliesslich einerseits die gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und andererseits der Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesene Leidensdruck. Diesbezüglich erklärten die Gutachter in der interdisziplinären Beurteilung, es ergäben sich Inkonsistenzen aufgrund der auffällig niedrigen Motivation zur Aufnahme einer adaptierten Tätigkeit, obwohl der Versicherte durchaus sehr gute Tagesaktivitäten zeige (eine Stunde Fahrradfahren, Autofahren halbe Stunde, drei Kilometer Gehen ebenerdig, aktiver Alltag) und nicht sozial isoliert sei. Darüber hinaus seien die von ihm wahrgenommenen Therapieaktivitäten auffallend gering im Widerspruch zu den subjektiv so stark angegebenen Schmerzen, für welche es im klinischen Eindruck kein affektives und vegetatives Korrelat gebe. Eben diese Inkonsistenzen fielen auch dem psychiatrischen F. \_\_\_\_\_-Gutachter Dr. med. X. \_\_\_\_\_ bei seiner Beurteilung auf. Überdies erschienen ihm die Schmerzangabe und das Schmerzausdrucksverhalten des Versicherten als nicht kongruent. Dr. med. U. \_\_\_\_\_ stellte im chirurgischen Teilgutachten darüber hinaus eine Inkonsistenz zwischen den vom Beschwerdeführer angegebenen starken Schmerzen und der von ihm angegebenen sowie im Blutbild festgestellten geringen Einnahme von Schmerzmitteln fest. Als weitere Diskrepanzen respektive Inkonsistenzen gab der neurologische F. \_\_\_\_\_-Gutachter an, dass der Versicherte bei der Verabschiedung gegenüber der Klinik K. \_\_\_\_\_ gesagt habe, er habe "seinen Spass in der Schweiz gehabt", woraus Dr. med. V. \_\_\_\_\_ sinngemäss folgerte, dass der Versicherte primär keine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt anstrebe, obwohl der Versicherte selber immerhin zugestehe, dass eine leidensangepasste Tätigkeit durchaus auch ganztägig möglich sei. Hier bestünden eher innere Zielkonflikte, ohne dass jedoch primär organische Ursachen vorlägen. Angesichts dieser gutachterlich festgestellten erheblichen Inkonsistenzen steht zunächst fest, dass der Beschwerdeführer keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen aufweist. Weiter haben die Gutachter keine erheblichen Einschränkungen des Beschwerdeführers in seinem doch aktiv gestalteten Alltag erkennen können, sondern vielmehr festgestellt, dass sich der Beschwerdeführer mit seinen Einschränkungen im privaten Alltag arrangiert hat (vgl. oben E. 6.10, 7.1.1 und 7.1.6.3). Damit zeigt sich ein klarer Widerspruch zwischen der vom Beschwerdeführer subjektiv geltend gemachten vollen Arbeitsunfähigkeit für jegliche berufliche Tätigkeit (vgl. unten E. 8 Abs. 2) und dem von den Gutachtern erhobenen doch aktiven Privatleben mit durchaus sehr guten Tagesaktivitäten (vgl. oben E. 7.1.6.6 Abs. 1). Mangels relevanter Einschränkungen des Beschwerdeführers in seinen Alltagsfunktionen erscheint damit die Einschätzung von Dr. med. X. \_\_\_\_\_, dass die psychiatrischen Befunde insbesondere bei Beachtung der eher leicht verminderten Gruppenfähigkeit keine Einschränkungen im Berufsleben nach sich

ziehen, plausibel (vgl. vorne E. 5.7.3).

#### **E. 7.1.6.7**

Nach dem Gesagten ist von einem geringen funktionellen Schweregrad der psychischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen auszugehen. Insbesondere erscheint angesichts der von Dr. med. X. \_\_\_\_\_ in nachvollziehbarer Weise vorgenommenen Einschätzung plausibel, dass es sich bei den von ihm festgestellten schizoid, teils narzisstisch und auch anankastisch anmutenden Persönlichkeitszüge lediglich um eine leichte Persönlichkeitsakzentuierung handelt, bei welcher einzig die Gruppenfähigkeit des Beschwerdeführers etwas vermindert ist. Seine Beurteilung hat Dr. med. X. \_\_\_\_\_ zudem lege artis vorgenommen und bleibt innerhalb des bei psychiatrischen Explorationen zulässigen Ermessensspielraums (vgl. vorne E. 5.7.4), weshalb sie zu respektieren ist.

#### **E. 7.1.7**

Zusammenfassend bildet das polydisziplinäre F. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Februar 2019 eine taugliche Grundlage für die vorinstanzliche Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers. Die Experten sind lege artis vorgegangen. Damit erfüllt dieses Gutachten die rechtlichen Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Entscheidgrundlage (vgl. oben E. 5.5 f.), weshalb darauf abzustellen ist (vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.1 und E. 4.1.2 m. w. H.). Somit steht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass dem Beschwerdeführer seine bisherige berufliche Tätigkeit als Lastwagenchauffeur seit dem 28. März 2015 nicht mehr zumutbar ist (dies einzig aufgrund der somatisch bedingten Einschränkung betreffend das Heben und Tragen von schweren Lasten bis 50 kg). Hingegen ist ihm seit dem 1. Juni 2016 vollzeitlich und ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit eine angepasste berufliche Tätigkeit zumutbar, welche dem gutachterlich definierten Belastungsprofil (Tragen bis mittelschwere Lasten, nicht zu lange Gehstrecken unter Belastung, Tätigkeiten im Sitzen sowie idealerweise wechselbelastende Tätigkeiten) entspricht. Dabei ist ein Einzelarbeitsplatz respektive ein Arbeitsplatz mit nicht allzu hohen Anforderungen an die Gruppenfähigkeit sinnvoll.

#### **E. 7.2**

Der RAD hat entsprechend in seiner Stellungnahme vom 11. März 2019 (vgl. oben E. 6.11) zu Recht festgestellt, dass die kantonale IV-Stelle (respektive die Vorinstanz) auf das F. \_\_\_\_\_-Gutachten und insbesondere auf die von den Gutachtern interdisziplinär vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abstellen durfte.

#### **E. 7.3**

Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass vorliegend die von den F. \_\_\_\_\_-Gutachtern festgestellten Diskrepanzen auch in verschiedenen Berichten der behandelnden Ärzte beschrieben wurden. So wurde im psychosomatischen Konsilium der Klinik K. \_\_\_\_\_ vom 13. Juni 2016 sogar die psychopathologische Diagnose Malingering (auf Deutsch: Simulation) gestellt (vgl. oben E. 6.3). Auch im Austrittsbericht vom 14. Juni 2016 wurde eine erhebliche Symptomausweitung beschrieben bei wenig Einsatz des Beschwerdeführers, bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm eine gute Leistung zu erzielen. Die behandelnden Ärzte stellten namentlich fest, dass das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden nur ungenügend erklären lasse (vgl. oben E. 6.2). Die im F. \_\_\_\_\_-Gutachten thematisierte geringe Therapiebereitschaft des Beschwerdeführers wurde sodann insbesondere auch im vorläufigen orthopädischen Bericht vom 8. Juni 2018

deutlich, gemäss welchem der Beschwerdeführer zum Schutz der Mitpatienten vorzeitig aus der Therapie entlassen werden musste (vgl. oben E. 6.9).

## **E. 8**

In seiner Beschwerde hat der Beschwerdeführer keine Einwände gegen das F. \_\_\_\_\_-Gutachten erhoben. Vielmehr hat er sich bei der Begründung seines Sistierungsgesuchs selbst auf das F. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Februar 2019 abgestützt, indem er ausführte, die interdisziplinäre Begutachtung habe ergeben, dass bei ihm keine relevante Beeinträchtigung ausser der orthopädischen Einschränkung vorliege (Ziff. 6 der Beschwerde). Der Beschwerdeführer lässt jedoch geltend machen, das F. \_\_\_\_\_-Gutachten sei medizinisch überholt und berücksichtige nicht die aktuelle Entwicklung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung. Sein rechter Fuss sei nicht richtig belastbar und schwelle bei der kleinsten Belastung an. Die Fuss- und Gelenkschmerzen strahlten in das ganze rechte Bein aus und schränkten die Mobilität erheblich ein. Darüber hinaus leide er an einer aktivierten progredienten OSG-Arthrose sowie unter erheblichen Nervenschmerzen. Damit liege auch eine neurologische Diagnose vor. Es stehe die Versteifung des rechten OSG bevor, da die bereits durchgeführte Arthroskopie mit Knorpelglättung zu keiner Schmerzlinderung geführt habe. Damit liege kein medizinischer Endzustand vor, so dass auch noch kein zumutbares Arbeitsprofil für eine leidensangepasste Tätigkeit möglich sei. Das F. \_\_\_\_\_-Gutachten sei angesichts der bevorstehenden Versteifung voreilig und unvollständig, da in diesem keine Arthrodeese des rechten Sprunggelenks in Betracht gezogen worden sei. Diese Ausgangslage zeige auch, dass sich der Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 28. März 2015 infolge seiner fortwährenden Fussprobleme nie habe stabilisieren und erholen können, weshalb bis heute keine Arbeitsfähigkeit eingetreten sei. Retrospektiv sei der Beschwerdeführer seit dem 28. März 2015 für jede Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sein (BVGer-act. 1). Mit Blick auf diese Ausführungen des Beschwerdeführers, insbesondere die von ihm geltend gemachte bevorstehende Versteifung des rechten Sprunggelenks sowie die seit dem F. \_\_\_\_\_-Gutachten bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung ergangene Entwicklung seines Gesundheitszustands, sind nachfolgend die vom Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten neuen medizinischen Unterlagen zu prüfen.

### **E. 8.1**

Der Beschwerdeführer hat nur wenige vor der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 27. November 2019 datierenden neuen medizinischen Unterlagen beim Bundesverwaltungsgericht eingereicht. Dabei handelt es sich um die beiden Kurzberichte von Dr. med. et Dipl.-Psych. Dd. \_\_\_\_\_ vom 21. März 2019 und 15. Juli 2019 (vgl. oben E. 6.17.3) sowie die Berichte des Klinikums G. \_\_\_\_\_ vom 19. Juli 2019 (vgl. oben E. 6.17.4) und vom 14. Oktober 2019 (vgl. oben E. 6.17.5). In den Kurzberichten vom 21. März 2019 und 15. Juli 2019 stellte Dr. med. et Dipl.-Psych. Dd. \_\_\_\_\_ die neue Diagnose "21. März 2019 gesichert Polyneuropathie". Er hat diese Diagnose jedoch nicht begründet und lediglich in der Anamnese stichwortartig angegeben "21.03.2019 Immer wieder Taubheit der Füsse, zeitweilig electricisierend. Ehr überempfindlich" (sic). Mangels einer einlässlichen Begründung dieser neuen Diagnose sowie insbesondere einer detaillierten Angabe von entsprechenden Untersuchungsbefunden reichen die beiden Kurzberichte von Dr. med. et Dipl.-Psych. Dd. \_\_\_\_\_ nicht aus, die im F. \_\_\_\_\_-Gutachten getroffenen Feststellungen in Frage zu stellen, zumal diesbezüglich ferner die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen ist, dass behandelnde Ärzte mitunter im

Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. oben E. 5.6). Im Bericht des Klinikums G. \_\_\_\_\_ vom 19. Juli 2019 wurden arthrotische Veränderungen im rechten OSG bestätigt. Diese waren indessen bereits im Zeitpunkt der F. \_\_\_\_\_-Begutachtung bekannt und schlugen sich in der von den F. \_\_\_\_\_-Gutachtern gestellten Diagnose "subjektiv persistierende Schmerzen und Schwellungstendenz im rechten OSG, bei aktuell leicht aktivierter Arthrose" nieder. Dasselbe gilt für die im Bericht des Klinikums G. \_\_\_\_\_ vom 14. Oktober 2019 aufgrund einer MRT-Untersuchung festgestellten Knorpelschäden Grad IV des Sprunggelenks. Neu sind demgegenüber die in jenem Bericht genannten geringfügigen Signalalterationen der Achillessehne. Die behandelnden Ärzte des Klinikums G. \_\_\_\_\_ wiesen indessen ausdrücklich darauf hin, dass keine Tendinopathie nachgewiesen sei. Entsprechend enthält der Bericht auch keine Angaben, dass durch die lediglich geringfügigen Signalalterationen der Achillessehne von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, insbesondere in einer an seine Schmerzen im rechten oberen Sprunggelenk angepassten beruflichen Tätigkeit auszugehen sei. Aus diesen Gründen kann auch gestützt auf die beiden erwähnten Berichte des Klinikums G. \_\_\_\_\_ auf keine wesentliche, erst nach dem F. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Februar 2019 eingetretene Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers im vorliegend zu beurteilenden Zeitraum geschlossen werden.

## **E. 8.2**

Die Mehrheit der vom Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte datieren demgegenüber erst nach der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 27. November 2019. Diesbezüglich gilt, dass diese nur insoweit zu berücksichtigen sind, als sie mit dem vorliegend zu beurteilenden Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. oben E. 4.2 letzter Satz).

### **E. 8.2.1**

Auch diese neuen medizinischen Berichte bestätigen im Wesentlichen einen gegenüber der Darstellung im F. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Februar 2019 unveränderten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Insbesondere ist diesen zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer nach wie vor ablehnend einer Arthrodeese des rechten oberen Sprunggelenks gegenübersteht (vgl. oben E. 6.17.9) und die behandelnden Ärzte - trotz der Empfehlung einer Arthrodeese - es dem Beschwerdeführer überlassen, den Zeitpunkt weiterer operativer Massnahmen zu bestimmen (vgl. oben E. 6.17.10). Entgegen der Angaben des Beschwerdeführers bestätigen die von ihm beim Bundesverwaltungsgericht eingereichten Berichte damit insbesondere nicht, dass die Durchführung einer Arthrodeese des rechten oberen Sprunggelenks unmittelbar bevorstehe. Diesbezüglich ist auch die RAD-Stellungnahme vom 25. Juli 2019 zu beachten, wonach davon auszugehen sei, dass die Durchführung einer entsprechenden Operation nicht zu einer Verschlechterung, sondern vielmehr zu einer Verbesserung des aktuellen Restleistungsvermögens führen dürfte (vgl. oben E. 6.12).

### **E. 8.2.2**

Dr. med. Aa. \_\_\_\_\_ stellte in den nach der angefochtenen Verfügung datierenden Berichten vom 7. Mai und 11. November 2020 sodann die Diagnosen einer

posttraumatischen OSG- und TN-Arthrose rechts sowie einer Neuralgie rechts respektive eines neuralgieformen Schmerzsyndroms des rechten Fusses (vgl. oben E. 6.17.8 und 6.17.10). Das Vorliegen von arthrotischen Veränderungen im rechten OSG mit insbesondere auch mässigen Unregelmässigkeiten fibular und tibial hat indessen bereits der chirurgische F.\_\_\_\_\_-Gutachter Dr. med. U.\_\_\_\_\_- festgestellt (vgl. oben E. 6.10.2). Die von Dr. med. Aa.\_\_\_\_\_- diagnostizierte TN-Arthrose (d. h. einer Arthrose des Talonavikulargelenks, welches die vordere innere Kammer des unteren Sprunggelenks bildet [vgl. <https://orthinform.de/lexikon/talonavikulararthrose>, abgerufen am 18. März 2022]) wurde damit bereits im F.\_\_\_\_\_-Gutachten mitberücksichtigt. Im Bericht vom 7. Mai 2020 bestätigte Dr. med. Aa.\_\_\_\_\_- überdies explizit, dass sich das OSG in der klinischen Untersuchung frei beweglich gezeigt habe, ohne Torsionsschmerz. Er habe indessen nicht eindeutig festlegen können, ob die vom Beschwerdeführer beklagten starken Schmerzen v. a. bei Belastung vorwiegend von der Neuralgie oder der OSG- und TN-Arthrose herrührten (vgl. oben E. 6.17.8). Insgesamt ändern damit auch diese Befunde nichts an den bereits im F.\_\_\_\_\_-Gutachten getroffenen Feststellungen, wonach in der Hauptsache die vom Beschwerdeführer beklagten Schmerzen seine Arbeitsfähigkeit einschränken. Die Beurteilung von Dr. med. Aa.\_\_\_\_\_- weicht lediglich insofern von jener des F.\_\_\_\_\_-Gutachtens ab, als er, anders als die F.\_\_\_\_\_-Gutachter, eine neurologische Ursache für diese Schmerzen als möglich erachtet. Schliesslich enthält der Bericht von Dr. med. Ee.\_\_\_\_\_- vom 29. April 2020 gegenüber dem F.\_\_\_\_\_-Gutachten die neuen Befunde von Hinweisen auf eine geringe Insertionstendopathie der Glutealmuskulatur sowie auf eine laterale Gonarthrose links (vgl. oben E. 6.17.6). Diese neuen, erst nach dem Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vorliegenden Hinweise erlauben jedoch keine unmittelbaren Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung. Sollten sich diese Hinweise erhärten und sich hierdurch der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Vergleich zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung verschlechtern, wäre dies mittels einer Neuanschuldung bei der kantonalen IV-Stelle geltend zu machen. Dasselbe gilt für den Fall, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach einer allfälligen Durchführung einer Arthrodese des rechten oberen Sprunggelenks entgegen der Erwartung der behandelnden Ärzte sowie auch des RAD nicht verbessern, sondern verschlechtern sollte.

### **E. 8.3**

Zusammenfassend belegen damit die vom Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands sowie der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der Zeit zwischen dem F.\_\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Februar 2019 (respektive den entsprechenden Untersuchungen vom 30. Oktober 2018, 2. November 2018 und 7. November 2018) und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 27. November 2019. Insbesondere steht unbestrittenermassen fest, dass die vom Beschwerdeführer mehrfach angekündigte Versteifung des rechten oberen Sprunggelenks nicht nur bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 27. November 2019, sondern auch bis und mit Februar 2022 (Zeitpunkt der Noveneingabe des Beschwerdeführers; vgl. Sachverhalt Bst. D.b) nicht durchgeführt worden ist. Unter diesen Umständen ist es nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz für die Beurteilung des Gesundheitszustands sowie der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 27. November 2019 auf das F.\_\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Februar 2019 sowie die darauf basierende

Stellungnahme des RAD vom 11. März 2019 abgestellt hat.

## **E. 9**

Abschliessend ist der durch die Vorinstanz vorgenommene Einkommensvergleich respektive die Berechnung des Invaliditätsgrads zu überprüfen.

### **E. 9.1**

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. 9.2**

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 vom 23. März 2018 E. 6.1). 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). Vorliegend ist gestützt auf das F. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Februar 2019 und die Stellungnahme des RAD vom 11. März 2019 davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seit dem 28. März 2015 für die von ihm zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit als Lastwagenchauffeur eine volle Arbeitsunfähigkeit aufgewiesen hat. Damit ist vorliegend das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG am 28. März 2016 abgelaufen. Da sich der Beschwerdeführer indessen erst am 7. März 2016 zum Leistungsbezug angemeldet hat, konnte vorliegend gestützt auf Art. 29 Abs. 1 i. V. m. Abs. 3 IVG ein Leistungsanspruch frühestens ab dem 1. September 2016 entstehen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist der nachfolgende Einkommensvergleich durchzuführen.

### **E. 9.3**

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). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne

gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, darf auf statistische Werte wie die vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) zurückgegriffen werden, sofern dabei die für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren mitberücksichtigt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Urteil des BGer 8C\_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 6.1 m. w. H.).

#### **E. 9.4**

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 solch tatsächlich erzielt 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 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C\_422/2017 vom 17. Mai 2017 E. 4.1).

#### **E. 9.5**

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. 9.6**

Gemäss dem im Vorbescheid vom 25. April 2019 respektive in der angefochtenen Verfügung vom 27. November 2019 abgebildeten Einkommensvergleich hat die Vorinstanz für die Berechnung des Einkommens ohne gesundheitliche Beeinträchtigung (Valideneinkommen) auf den Tabellenlohn gemäss der LSE des Bundesamts für Statistik, TA1, 2016, Verkehr und Lagerei, Zeile 46-53 (recte: 49-53), Kompetenzniveau 1 abgestellt.

##### **E. 9.6.1**

Vorliegend wurde das frühere Arbeitsverhältnis des Beschwerdeführers Ende Februar 2015 - und damit bereits vor seinem Unfall vom 28. März 2015 - infolge einer Reorganisation des Fuhrparks durch seine ehemalige Arbeitgeberin per Ende Oktober 2015 gekündigt (vgl. Sachverhalt Bst. A). Nach dem Eintritt des Gesundheitsschadens vom 28. März 2015 war der Beschwerdeführer nicht mehr erwerbstätig. Es ist davon auszugehen, dass sich der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall wieder eine vergleichbare Arbeit als LKW-Chauffeur

gesucht hätte, da dem F. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Februar 2019 zu entnehmen ist, dass er für alle anderen Arbeiten keinerlei Interesse aufbringe (vgl. oben E. 7.1.6.2 Abs. 1). Unter diesen Umständen ist es nicht zu beanstanden, dass die kantonale IV-Stelle für das Valideneinkommen auf den Tabellenlohn für Lastwagenfahrer abgestellt hat.

#### **E. 9.6.2**

Die Tabelle TA1\_tirage\_still\_level ("monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, privater Sektor") sieht auf der Zeile 49-53 für den Wirtschaftszweig "Verkehr u. Lagerei" für Männer im Kompetenzniveau 1 einen Tabellenlohn von Fr. 5'456.-, basierend auf 4 1/3 Wochen à 40 Arbeitsstunden, vor (vgl. [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) Statistiken finden Arbeit und Erwerb Löhne, Erwerbseinkommen und Arbeitskosten Lohnniveau - Schweiz privater und öffentlicher Sektor Download Tabelle "Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level"; abgerufen am 18. März 2022). Umgerechnet auf die branchenübliche Wochenarbeitszeit von 42.4 Arbeitsstunden pro Woche im Jahr 2016 (vgl. [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) Statistiken finden Kataloge und Datenbanken Tabellen Download Tabelle "Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008], in Stunden pro Woche, Dargestellter Zeitraum: 1990-2020"; abgerufen am 18. März 2022) ergibt dies ein Valideneinkommen von Fr. 5'783.35 pro Monat respektive 69'400.30 pro Jahr. Das von der Vorinstanz angegebene Valideneinkommen von (gerundet) Fr. 69'400.- ist damit nicht zu beanstanden, zumal der Beschwerdeführer hiergegen beschwerdeweise keinerlei Einwände erhoben hat.

#### **E. 9.7**

Für die Berechnung des Einkommens mit gesundheitlicher Beeinträchtigung (Invalideneinkommen) hat die kantonale IV-Stelle auf den Tabellenlohn gemäss der LSE des Bundesamts für Statistik, TA1, 2016, privater Sektor, Kompetenzniveau 1 abgestellt.

##### **E. 9.7.1**

Dieses Vorgehen entspricht der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wonach in der Regel die Monatslöhne gemäss der LSE-Tabelle TA1, Zeile "Total Privater Sektor", anzuwenden sind (vgl. statt vieler: Urteile des BGer 8C\_534/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 5.2 m. w. H., 8C\_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 6.2; 8C\_622/2016 vom 21. Dezember 2016 E. 5.2.3). Nur ausnahmsweise haben das Bundesgericht und das Eidgenössische Versicherungsgericht bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung während einer langen Zeitspanne in einem bestimmten Bereich tätig gewesen sind und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt, auf das statistische Durchschnittseinkommen einzelner Branchen abgestellt, wenn dies als sachgerecht erschien, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen (vgl. Urteil des BGer 8C\_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 6.2). Eine solche Ausnahme lässt sich vorliegend nicht begründen, zumal der Beschwerdeführer erwiesenermassen nicht mehr in der Lage ist, seiner bisherigen beruflichen Tätigkeit als Lastwagenchauffeur oder einer ähnlich schweren Arbeit ebendieser Branche nachzugehen. Der Beschwerdeführer hat beschwerdeweise ebenfalls keine Umstände, welche ein Abweichen vom Regelfall angezeigt erscheinen liessen, geltend gemacht. Es ist daher praxisgemäss der vorangehend erwähnte Totalwert heranzuziehen.

##### **E. 9.7.2**



Der Durchschnittslohn (Zentralwert) von Männern im untersten Kompetenzniveau 1 gemäss Zeile «Total» in der Tabelle TA1 beträgt bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden monatlich Fr. 5'340.- (vgl. Tabelle "Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level" a. a. O.). Unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (vgl. Tabelle "Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008], in Stunden pro Woche, Dargestellter Zeitraum: 1990-2020" a. a. O.) ergibt dies ein Invalideneinkommen von Fr. 5'566.95 pro Monat respektive Fr. 66'803.40 pro Jahr. Das von der Vorinstanz angegebene Invalideneinkommen von (gerundet) Fr. 66'803.- ist damit ebenfalls nicht zu beanstanden.

### **E. 9.8**

Die Vorinstanz hat keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen, mit der Begründung, dass bei der Wahl der Verweisungstätigkeiten die Einschränkungen beim zumutbaren Tätigkeitsprofil bereits berücksichtigt worden seien und zu keinem weiteren behinderungsbedingten Abzug führten. Der Beschwerdeführer hat dieses Vorgehen in seiner Beschwerde nicht beanstandet und keine persönlichen oder beruflichen Merkmale, die einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen würden, geltend gemacht. Die Vorinstanz geht denn auch zu Recht davon aus, dass die gemäss dem F.\_\_\_\_\_ -Gutachten zu berücksichtigenden funktionellen Einschränkungen (Tragen bis mittelschwere Lasten, nicht zu lange Gehstrecken unter Belastung, Tätigkeiten im Sitzen sowie idealerweise wechselbelastende Tätigkeiten, wobei aufgrund der Persönlichkeitsaspekte ein Einzelarbeitsplatz sinnvoll ist) mit der Wahl des tiefsten Kompetenzniveaus 1 bereits abgedeckt sind (vgl. hierzu Urteile des BGer 8C\_433/2020 vom 15. Oktober 2020 E. 8.2.2 mit Hinweis, 8C\_219/2019 vom 30. September 2019 E. 5.2 und 9C\_833/2017 vom 20. April 2018 E. 5.1). Es ist damit nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz in ihrem Einkommensvergleich keinen Abzug vom Tabellenlohn berücksichtigt hat.

### **E. 9.9**

Der Einkommensvergleich stellt sich somit wie folgt dar: Dem Valideneinkommen von Fr. 69'400.- steht ein Invalideneinkommen von Fr. 66'803.- gegenüber, woraus eine Erwerbseinbusse von 3.7 % resultiert. Gerundet ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 4 % (vgl. BGE 130 V 121 E. 3). Dieser Invaliditätsgrad berechtigt gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG zu keiner Invalidenrente. Die angefochtene Verfügung vom 27. November 2019 ist damit zu bestätigen und die Beschwerde abzuweisen.

### **E. 10**

Februar 2022 [BVGer-act. 26]).

#### **E. 10.1**

Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen. Im Beschwerdeverfahren wurde ihm indes mit Zwischenverfügung vom 14. Mai 2020 (vgl. Sachverhalt Bst. C.g) die un- entgeltliche Rechtspflege sowie Rechtsverbeiständung bewilligt. Damit sind ihm keine Verfahrenskosten aufzuerlegen.

#### **E. 10.2**

Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat als amtlich bestellte Anwältin (Art. 65 Abs. 2 VwVG) Anspruch auf eine Entschädigung aus der Gerichtskasse. Entschädigungspflichtig sind hierbei rechtsprechungsge- mäss lediglich jene

Aufwendungen, die in einem kausalen Zusammenhang mit der Wahrung der Rechte im Prozess stehen und notwendig und verhältnismässig sind (Urteil des BGer 9C\_857/2012 vom 4. Dezember 2012 E. 3.1). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). Hierbei ist als aktenkundiger Aufwand zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer in der Hauptsache lediglich eine Beschwerde eingereicht und auf die Einreichung einer Replik verzichtet hat. Die beiden weiteren Stellungnahmen des Beschwerdeführers betreffen sein Sistierungsgesuch und enthalten nur wenige materielle Ausführungen. Darüber hinaus wurde der Beschwerdeführer bereits im vorinstanzlichen Verfahren durch dieselbe Rechtsvertreterin vertreten. Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des notwendigen und aktenkundigen Aufwands sowie der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Verfahrens erscheint insgesamt eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 2'500.– (inklusive Auslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Diese Entschädigung ist nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils aus der Gerichtskasse zu leisten.

C-259/2020 Seite 49 Beizufügen bleibt, dass die begünstigte Partei gemäss Art. 65 Abs. 4 VwVG der Gerichtskasse Ersatz zu leisten hat, wenn sie später zu hinreichenden Mitteln gelangt.

## **E. 12**

Juli 2019 E. 3.2.2), hielt Dr. med. X.\_\_\_\_\_ fest, einzig die Gruppenfähigkeit erscheine mittelgradig reduziert zu sein. Durch eine entsprechende Anpassung eines Arbeitsplatzes sei dies indessen gut kompensierbar. Optimalerweise arbeite der Versicherte eher an einem Einzelarbeitsplatz. Diese Einschätzung des psychiatrischen F.\_\_\_\_\_-Gutachters, wonach die von ihm festgestellten schizoid, teils narzisstisch und auch anankastisch anmutenden Persönlichkeitszüge von einer nur leichten Ausprägung sind, erscheint – auch unter Berücksichtigung der nachfolgenden Ausführungen zu den weiteren Standardindikatoren, insbesondere angesichts des Umstands, dass der Beschwerdeführer keinerlei psychiatrische Behandlungen wahrgenommen hat respektive in Anspruch nimmt (vgl. unten E. 7.1.6.2) – nachvollziehbar. 7.1.6.2 Hinsichtlich des Indikators «Behandlungs- und Eingliederungsfolge oder -resistenz» hielt Dr. med. X.\_\_\_\_\_ fest, im bisherigen Therapieverlauf seien vorrangig somatische Interventionen und Behandlungen erfolgt. Es seien keine psychiatrischen Behandlungen durchgeführt worden. Auch in somatischer Hinsicht habe der Beschwerdeführer eine geringe Therapieaktivität und eine geringe Therapiebereitschaft gezeigt. Die Therapieabbrüche seien aus nicht krankheitswertigen Gründen erfolgt. Es

C-259/2020 Seite 34 seien deutliche Hinweise für Kooperationsprobleme aktenkundig vorhanden, welche jedoch persönlichen Zielvorstellungen unterlägen und nicht als krankheitswertig zu bezeichnen seien. Die Integrationsprognose werde von der Klärung der motivationalen Aspekte und Erwartungen abhängig sein. Zur Begründung wies er darauf hin, dass die Kündigung des Arbeitsplatzes schon vor dem Unfallereignis erfolgt sei, und auch aktenkundig wiederholt der Eindruck gewonnen worden sei, dass ein sekundärer Krankheitsgewinn eine nicht unwesentliche Rolle zu spielen scheine. Im chirurgischen Teilgutachten wurde sodann erklärt, der Medikamentenspiegel zeige, dass der Beschwerdeführer die ihm verschriebenen Antidepressiva mit Sicherheit nicht regelmässig oder nicht adäquat einnehme. Demgegenüber seien die bisherigen in somatischer Hinsicht durchgeführten Massnahmen angemessen gewesen. Die Behandlungsmöglichkeiten seien ausgeschöpft. Die gesamte Prognose bezüglich eines Wiedererlangens der

Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Arbeit mit adäquater Belastung sei aus somatischer Sicht grundsätzlich sehr gut. Es fehle dem Versicherten jedoch an der positiven Einstellung hierzu, indem er angebe, dass alle anderen Arbeiten, ausser Lastwagenfahren, "nicht sein Ding" seien. Auch im neurologischen Teilgutachten wurde darauf hingewiesen, dass die Therapieaktivitäten ausgesprochen gering erschienen. Es habe offensichtlich keine neurologische Weiterbetreuung stattgefunden. Dass der Beschwerdeführer keinerlei psychiatrische Behandlungen wahrgenommen hat, spricht für keinen ausgewiesenen Leidensdruck (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. vorne E. 5.7.2). Dasselbe lässt sich auch aus den gutachterlich festgestellten Kooperationsproblemen ableiten, bezüglich welcher Dr. med. X. \_\_\_\_\_ ausdrücklich festgehalten hat, dass diese nicht als krankheitswertig zu bezeichnen seien. Vielmehr ist dieses inkonsistente Verhalten des Beschwerdeführers (vgl. hierzu auch unten E. 7.1.6.6) als ein Indiz dafür zu gewichten, dass die geltend gemachten Einschränkungen anders begründet sind als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (vgl. hierzu BGE 141 V 281 E. 4.4.2).

7.1.6.3 Beim Indikator «Komorbiditäten» sind «psychiatrische Komorbiditäten», aber auch «körperliche Begleiterkrankungen» zu berücksichtigen. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung respektive psychischen Störung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Vorliegend sind in diesem Zusammenhang die orthopädischen Gesundheitsprobleme des Beschwerdeführers zu beachten, mithin

C-259/2020 Seite 35 der Status nach dem Unfall vom 28. März 2015 mitsamt den verbleibenden, vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen, mit einer Schwellungstendenz im rechten oberen Sprunggelenk, bei einer leicht aktivierten Arthrose (vgl. hierzu oben E. 7.1.1; siehe auch E. 6.17.6 f.). Diesbezüglich hoben die Gutachter hervor, dass sich der Beschwerdeführer mit seinen Einschränkungen im privaten Alltag arrangiert habe (vgl. oben E. 6.10 und 7.1.1). Für eine berufliche Tätigkeit sind gemäss den Gutachtern die folgenden funktionellen Einschränkungen (Belastungsprofil) zu beachten: Tragen bis mittelschwere Lasten, nicht zu lange Gehstrecken unter Belastung, Tätigkeiten im Sitzen, idealerweise wechselbelastende Tätigkeiten sowie mässig verminderte Gruppenfähigkeit.

7.1.6.4 Im Komplex der Persönlichkeit (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) ist beachtlich, dass insbesondere keine Beeinträchtigungen in den Fähigkeiten zur Anpassung an Regeln und Routinen, zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten sowie der Fähigkeit zur Selbstpflege vorliegen. Es bestünden hingegen leichte Beeinträchtigungen der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten und der Fähigkeit zu familiären und intimen Beziehungen. Einzig die Gruppenfähigkeit sei mittelgradig eingeschränkt; durch eine entsprechende Anpassung des Arbeitsplatzes sei dies aber gut kompensierbar (IV-act. 115 S. 105 oben mit Hinweis auf den Mini-ICF-APP). Der Versicherte verfüge darüber hinaus über gute persönliche Ressourcen, da er auch nach einer schweren Konfliktsituation (LKW-Unfall mit Todesfolge) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgewiesen habe und damit die emotionalen Reaktionen aus dieser Belastungssituation habe überwinden können. Auch die Erwerbsbiographie zeige die stabile persönliche Ressourcenlage, indem sich der Versicherte auch bei mehrfachem Stellenwechsel stets ausreichend gut zurechtgefunden habe. Auch lägen beim Versicherten starke Ressourcen vor hinsichtlich der Durchsetzung seiner eigenen Ziele. Hierbei sei der Versicherte durchaus sthenisch, fast kämpferisch, setze

sich dabei auch teils egozentrisch gegen Bedürfnisse anderer durch und zeige sich teils wenig änderungs- und kompromissbereit. So sei es wiederholt auch zu vorzeitigen Entlassungen aus stationären Massnahmen (Klinik K.\_\_\_\_\_, Klinik T.\_\_\_\_\_) gekommen. Diese stark ich-zentrierte Strukturierung mute in gewisser Weise eher narzisstisch, teils zwanghaft an, indem die eigenen Ziele auch gegen Widerstand hartnäckig verfolgt würden, aber offensichtlich stark auf wirtschaftliche Kompensation ausgerichtet seien.

C-259/2020 Seite 36 Diese von Dr. med. X.\_\_\_\_\_ in der Persönlichkeitsdiagnostik beschriebenen verhaltensbezogenen Indikatoren erlauben den Rückschluss, dass der Beschwerdeführer durchaus über positive, gut ausgeprägte Ressourcen für die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit verfügt, was bei der Überprüfung der gutachterlichen Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen (vgl. unten E. 7.1.6.7) mitzubersichtigen ist (vgl. zum Ganzen: oben E. 5.5). 7.1.6.5 Hinsichtlich der Kategorie «Sozialer Kontext» ist dem Gutachten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer nicht gänzlich sozial isoliert ist, auch wenn er eine Tendenz zu introvertiertem und einzelgängerischem Verhalten aufweist. So wird im Gutachten mehrfach beschrieben, dass der Beschwerdeführer einen regelmässigen Kontakt mit seiner Tochter pflegt (er könne das Kind jeden zweiten Tag sehen und übernehme es immer wieder, zum Beispiel in den Ferien) und aktuell wieder bei seinen Eltern wohnt. Auch wenn der Beschwerdeführer gegenüber dem psychiatrischen F.\_\_\_\_\_-Gutachter angegeben hat, dass er zwar viele Kollegen durch die Arbeit kenne, sich dies jedoch alles etwas verlaufen habe, liegt nach dem Gesagten jedenfalls kein vollständiger Rückzug aus allen sozialen Bereichen des Lebens vor. Dies wird vom Beschwerdeführer auch zu Recht nicht geltend gemacht. 7.1.6.6 Zur Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) gehört schliesslich einerseits die gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und andererseits der Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesene Leidensdruck. Diesbezüglich erklärten die Gutachter in der interdisziplinären Beurteilung, es ergäben sich Inkonsistenzen aufgrund der auffällig niedrigen Motivation zur Aufnahme einer adaptierten Tätigkeit, obwohl der Versicherte durchaus sehr gute Tagesaktivitäten zeige (eine Stunde Fahrradfahren, Autofahren halbe Stunde, drei Kilometer Gehen ebenerdig, aktiver Alltag) und nicht sozial isoliert sei. Darüber hinaus seien die von ihm wahrgenommenen Therapieaktivitäten auffallend gering im Widerspruch zu den subjektiv so stark angegebenen Schmerzen, für welche es im klinischen Eindruck kein affektives und vegetatives Korrelat gebe. Eben diese Inkonsistenzen fielen auch dem psychiatrischen F.\_\_\_\_\_-Gutachter Dr. med. X.\_\_\_\_\_ bei seiner Beurteilung auf. Überdies erschienen ihm die Schmerzangabe und das Schmerzausdrucksverhalten des Versicherten als nicht kongruent. Dr. med. U.\_\_\_\_\_ stellte im chirurgischen Teilgutachten darüber hinaus eine Inkonsistenz zwischen den vom Beschwerdeführer angegebenen starken Schmerzen und der von ihm angegebenen sowie im

C-259/2020 Seite 37 Blutbild festgestellten geringen Einnahme von Schmerzmitteln fest. Als weitere Diskrepanzen respektive Inkonsistenzen gab der neurologische F.\_\_\_\_\_-Gutachter an, dass der Versicherte bei der Verabschiedung gegenüber der Klinik K.\_\_\_\_\_ gesagt habe, er habe "seinen Spass in der Schweiz gehabt", woraus Dr. med. V.\_\_\_\_\_ sinngemäss folgerte, dass der Versicherte primär keine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt anstrebe, obwohl der Versicherte selber immerhin zugestehende, dass eine leidensangepasste Tätigkeit durchaus auch ganztägig

möglich sei. Hier bestünden eher innere Zielkonflikte, ohne dass jedoch primär organische Ursachen vorlägen. Angesichts dieser gutachterlich festgestellten erheblichen Inkonsistenzen steht zunächst fest, dass der Beschwerdeführer keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen aufweist. Weiter haben die Gutachter keine erheblichen Einschränkungen des Beschwerdeführers in seinem doch aktiv gestalteten Alltag erkennen können, sondern vielmehr festgestellt, dass sich der Beschwerdeführer mit seinen Einschränkungen im privaten Alltag arrangiert hat (vgl. oben E. 6.10, 7.1.1 und 7.1.6.3). Damit zeigt sich ein klarer Widerspruch zwischen der vom Beschwerdeführer subjektiv geltend gemachten vollen Arbeitsunfähigkeit für jegliche berufliche Tätigkeit (vgl. unten E. 8 Abs. 2) und dem von den Gutachtern erhobenen doch aktiven Privatleben mit durchaus sehr guten Tagesaktivitäten (vgl. oben E. 7.1.6.6 Abs. 1). Mangels relevanter Einschränkung des Beschwerdeführers in seinen Alltagsfunktionen erscheint damit die Einschätzung von Dr. med. X. \_\_\_\_\_, dass die psychiatrischen Befunde insbesondere bei Beachtung der eher leicht verminderten Gruppenfähigkeit keine Einschränkungen im Berufsleben nach sich ziehen, plausibel (vgl. vorne E. 5.7.3). 7.1.6.7 Nach dem Gesagten ist von einem geringen funktionellen Schweregrad der psychischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen auszugehen. Insbesondere erscheint angesichts der von Dr. med. X. \_\_\_\_\_ in nachvollziehbarer Weise vorgenommenen Einschätzung plausibel, dass es sich bei den von ihm festgestellten schizoid, teils narzisstisch und auch anankastisch anmutenden Persönlichkeitszüge lediglich um eine leichte Persönlichkeitsakzentuierung handelt, bei welcher einzig die Gruppenfähigkeit des Beschwerdeführers etwas vermindert ist. Seine Beurteilung hat Dr. med. X. \_\_\_\_\_ zudem lege artis vorgenommen und bleibt innerhalb des bei psychiatrischen Explorationen zulässigen Ermessensspielraums (vgl. vorne E. 5.7.4), weshalb sie zu respektieren ist.

C-259/2020 Seite 38 7.1.7 Zusammenfassend bildet das polydisziplinäre F. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Februar 2019 eine taugliche Grundlage für die vorinstanzliche Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers. Die Experten sind lege artis vorgegangen. Damit erfüllt dieses Gutachten die rechtlichen Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Entscheidungsgrundlage (vgl. oben E. 5.5 f.), weshalb darauf abzustellen ist (vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.1 und E. 4.1.2 m. w. H.). Somit steht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass dem Beschwerdeführer seine bisherige berufliche Tätigkeit als Lastwagenchauffeur seit dem 28. März 2015 nicht mehr zumutbar ist (dies einzig aufgrund der somatisch bedingten Einschränkung betreffend das Heben und Tragen von schweren Lasten bis 50 kg). Hingegen ist ihm seit dem 1. Juni 2016 vollzeitlich und ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit eine angepasste berufliche Tätigkeit zumutbar, welche dem gutachterlich definierten Belastungsprofil (Tragen bis mittelschwere Lasten, nicht zu lange Gehstrecken unter Belastung, Tätigkeiten im Sitzen sowie idealerweise wechselbelastende Tätigkeiten) entspricht. Dabei ist ein Einzelarbeitsplatz respektive ein Arbeitsplatz mit nicht allzu hohen Anforderungen an die Gruppenfähigkeit sinnvoll. 7.2 Der RAD hat entsprechend in seiner Stellungnahme vom 11. März 2019 (vgl. oben E. 6.11) zu Recht festgestellt, dass die kantonale IV-Stelle (respektive die Vorinstanz) auf das F. \_\_\_\_\_-Gutachten und insbesondere auf die von den Gutachtern interdisziplinär vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abstellen durfte. 7.3 Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass vorliegend die von den F. \_\_\_\_\_-Gutachtern festgestellten Diskrepanzen auch in verschiedenen Berichten der behandelnden Ärzte beschrieben wurden. So wurde im psychosomatischen Konsilium der Klinik K. \_\_\_\_\_ vom 13. Juni 2016 sogar die psychopathologische Diagnose Malingerie

(auf Deutsch: Simulation) gestellt (vgl. oben E. 6.3). Auch im Austrittsbericht vom 14. Juni 2016 wurde eine erhebliche Symptomausweitung beschrieben bei wenig Einsatz des Beschwerdeführers, bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm eine gute Leistung zu erzielen. Die behandelnden Ärzte stellten namentlich fest, dass das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden nur ungenügend erklären lasse (vgl. oben E. 6.2). Die im F. \_\_\_\_\_-Gutachten thematisierte geringe Therapiebereitschaft des Beschwerdeführers wurde sodann insbesondere auch im vorläufigen orthopädischen Bericht vom 8. Juni 2018 deutlich, gemäss welchem der Beschwerdeführer zum Schutz der

C-259/2020 Seite 39 Mitpatienten vorzeitig aus der Therapie entlassen werden musste (vgl. oben E. 6.9). 8. In seiner Beschwerde hat der Beschwerdeführer keine Einwände gegen das F. \_\_\_\_\_-Gutachten erhoben. Vielmehr hat er sich bei der Begründung seines Sistierungsgesuchs selbst auf das F. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Februar 2019 abgestützt, indem er ausführte, die interdisziplinäre Begutachtung habe ergeben, dass bei ihm keine relevante Beeinträchtigung ausser der orthopädischen Einschränkung vorliege (Ziff. 6 der Beschwerde). Der Beschwerdeführer lässt jedoch geltend machen, das F. \_\_\_\_\_-Gutachten sei medizinisch überholt und berücksichtige nicht die aktuelle Entwicklung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung. Sein rechter Fuss sei nicht richtig belastbar und schwele bei der kleinsten Belastung an. Die Fuss- und Gelenkschmerzen strahlten in das ganze rechte Bein aus und schränkten die Mobilität erheblich ein. Darüber hinaus leide er an einer aktivierten progredienten OSG-Arthrose sowie unter erheblichen Nervenschmerzen. Damit liege auch eine neurologische Diagnose vor. Es stehe die Versteifung des rechten OSG bevor, da die bereits durchgeführte Arthroskopie mit Knorpelglättung zu keiner Schmerzlinderung geführt habe. Damit liege kein medizinischer Endzustand vor, so dass auch noch kein zumutbares Arbeitsprofil für eine leidensangepasste Tätigkeit möglich sei. Das F. \_\_\_\_\_-Gutachten sei angesichts der bevorstehenden Versteifung voreilig und unvollständig, da in diesem keine Arthrolyse des rechten Sprunggelenks in Betracht gezogen worden sei. Diese Ausgangslage zeige auch, dass sich der Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 28. März 2015 infolge seiner fortwährenden Fussprobleme nie habe stabilisieren und erholen können, weshalb bis heute keine Arbeitsfähigkeit eingetreten sei. Retrospektiv sei der Beschwerdeführer seit dem 28. März 2015 für jede Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sein (BVGeract. 1). Mit Blick auf diese Ausführungen des Beschwerdeführers, insbesondere die von ihm geltend gemachte bevorstehende Versteifung des rechten Sprunggelenks sowie die seit dem F. \_\_\_\_\_-Gutachten bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung ergangene Entwicklung seines Gesundheitszustands, sind nachfolgend die vom Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten neuen medizinischen Unterlagen zu prüfen.

C-259/2020 Seite 40 8.1 Der Beschwerdeführer hat nur wenige vor der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 27. November 2019 datierenden neuen medizinischen Unterlagen beim Bundesverwaltungsgericht eingereicht. Dabei handelt es sich um die beiden Kurzberichte von Dr. med. et Dipl.-Psych. Dd. \_\_\_\_\_ vom 21. März 2019 und 15. Juli 2019 (vgl. oben E. 6.17.3) sowie die Berichte des Klinikums G. \_\_\_\_\_ vom 19. Juli 2019 (vgl. oben E. 6.17.4) und vom 14. Oktober 2019 (vgl. oben E. 6.17.5). In den Kurzberichten vom 21. März 2019 und 15. Juli 2019 stellte Dr. med. et Dipl.-Psych. Dd. \_\_\_\_\_ die neue Diagnose "21. März 2019 gesichert Polyneuropathie". Er hat diese Diagnose jedoch nicht begründet und lediglich in der Anamnese stichwortartig angegeben

"21.03.2019 Immer wieder Taubheit der Füße, zeitweilig electricisierenf. Ehr überempfindlich" (sic). Mangels einer einlässlichen Begründung dieser neuen Diagnose sowie insbesondere einer detaillierten Angabe von entsprechenden Untersuchungsbefunden reichen die beiden Kurzberichte von Dr. med. et Dipl.-Psych. Dd. \_\_\_\_\_ nicht aus, die im F. \_\_\_\_\_-Gutachten getroffenen Feststellungen in Frage zu stellen, zumal diesbezüglich ferner die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen ist, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. oben E. 5.6). Im Bericht des Klinikums G. \_\_\_\_\_ vom 19. Juli 2019 wurden arthrotische Veränderungen im rechten OSG bestätigt. Diese waren indessen bereits im Zeitpunkt der F. \_\_\_\_\_-Begutachtung bekannt und schlugen sich in der von den F. \_\_\_\_\_-Gutachtern gestellten Diagnose "subjektiv persistierende Schmerzen und Schwellungstendenz im rechten OSG, bei aktuell leicht aktivierter Arthrose" nieder. Dasselbe gilt für die im Bericht des Klinikums G. \_\_\_\_\_ vom 14. Oktober 2019 aufgrund einer MRT-Untersuchung festgestellten Knorpelschäden Grad IV des Sprunggelenks. Neu sind demgegenüber die in jenem Bericht genannten geringfügigen Signalalterationen der Achillessehne. Die behandelnden Ärzte des Klinikums G. \_\_\_\_\_ wiesen indessen ausdrücklich darauf hin, dass keine Tendinopathie nachgewiesen sei. Entsprechend enthält der Bericht auch keine Angaben, dass durch die lediglich geringfügigen Signalalterationen der Achillessehne von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, insbesondere in einer an seine Schmerzen im rechten oberen Sprunggelenk angepassten beruflichen Tätigkeit auszugehen sei. Aus diesen Gründen kann auch gestützt auf die beiden erwähnten Berichte des Klinikums G. \_\_\_\_\_ auf keine wesentliche, erst nach dem F. \_\_\_\_\_-

C-259/2020 Seite 41 Gutachten vom 28. Februar 2019 eingetretene Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers im vorliegend zu beurteilenden Zeitraum geschlossen werden. 8.2 Die Mehrheit der vom Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte datieren demgegenüber erst nach der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 27. November 2019. Diesbezüglich gilt, dass diese nur insoweit zu berücksichtigen sind, als sie mit dem vorliegend zu beurteilenden Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. oben E. 4.2 letzter Satz). 8.2.1 Auch diese neuen medizinischen Berichte bestätigen im Wesentlichen einen gegenüber der Darstellung im F. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Februar 2019 unveränderten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Insbesondere ist diesen zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer nach wie vor ablehnend einer Arthrodeese des rechten oberen Sprunggelenks gegenübersteht (vgl. oben E. 6.17.9) und die behandelnden Ärzte – trotz der Empfehlung einer Arthrodeese – es dem Beschwerdeführer überlassen, den Zeitpunkt weiterer operativer Massnahmen zu bestimmen (vgl. oben E. 6.17.10). Entgegen der Angaben des Beschwerdeführers bestätigen die von ihm beim Bundesverwaltungsgericht eingereichten Berichte damit insbesondere nicht, dass die Durchführung einer Arthrodeese des rechten oberen Sprunggelenks unmittelbar bevorstehe. Diesbezüglich ist auch die RAD-Stellungnahme vom 25. Juli 2019 zu beachten, wonach davon auszugehen sei, dass die Durchführung einer entsprechenden Operation nicht zu einer Verschlechterung, sondern vielmehr zu einer Verbesserung des aktuellen Restleistungsvermögens führen dürfte (vgl. oben E. 6.12). 8.2.2 Dr. med. Aa. \_\_\_\_\_ stellte in den nach der angefochtenen Verfügung datierenden Berichten vom 7. Mai und 11. November 2020 sodann die

Diagnosen einer posttraumatischen OSG- und TN-Arthrose rechts so- wie einer Neuralgie rechts respektive eines neuralgieformen Schmerzsyn- droms des rechten Fusses (vgl. oben E. 6.17.8 und 6.17.10). Das Vorliegen von arthrotischen Veränderungen im rechten OSG mit insbesondere auch mässigen Unregelmässigkeiten fibular und tibial hat indessen bereits der chirurgische F.\_\_\_\_\_-Gutachter Dr. med. U.\_\_\_\_\_- festgestellt (vgl. oben E. 6.10.2). Die von Dr. med. Aa.\_\_\_\_\_- diagnostizierte TN-Arthrose (d. h. einer Arthrose des Talonavikulargelenks, welches die vordere innere

C-259/2020 Seite 42 Kammer des unteren Sprunggelenks bildet [vgl. <https://orthinform.de/lexikon/talonavikulararthrose>, abgerufen am 18. März 2022]) wurde damit be- reits im F.\_\_\_\_\_-Gutachten mitberücksichtigt. Im Bericht vom 7. Mai 2020 bestätigte Dr. med. Aa.\_\_\_\_\_- überdies explizit, dass sich das OSG in der klinischen Untersuchung frei beweglich gezeigt habe, ohne Torsions- schmerz. Er habe indessen nicht eindeutig festlegen können, ob die vom Beschwerdeführer beklagten starken Schmerzen v. a. bei Belastung vor- wiegend von der Neuralgie oder der OSG- und TN-Arthrose herrührten (vgl. oben E. 6.17.8). Insgesamt ändern damit auch diese Befunde nichts an den bereits im F.\_\_\_\_\_-Gutachten getroffenen Feststellungen, wo- nach in der Hauptsache die vom Beschwerdeführer beklagten Schmerzen seine Arbeitsfähigkeit einschränken. Die Beurteilung von Dr. med. Aa.\_\_\_\_\_- weicht lediglich insofern von jener des F.\_\_\_\_\_-Gutachtens ab, als er, anders als die F.\_\_\_\_\_-Gutachter, eine neurologische Ursa- che für diese Schmerzen als möglich erachtet. Schliesslich enthält der Bericht von Dr. med. Ee.\_\_\_\_\_- vom 29. April 2020 gegenüber dem F.\_\_\_\_\_-Gutachten die neuen Befunde von Hin- weisen auf eine geringe Insertionstendopathie der Glutealmuskulatur so- wie auf eine laterale Gonarthrose links (vgl. oben E. 6.17.6). Diese neuen, erst nach dem Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vorliegenden Hin- weise erlauben jedoch keine unmittelbaren Rückschlüsse auf den Gesund- heitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Ver- fügung. Sollten sich diese Hinweise erhärten und sich hierdurch der Ge- sundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Ver- gleich zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung verschlechtern, wäre dies mittels einer Neuanmeldung bei der kantonalen IV-Stelle geltend zu machen. Dasselbe gilt für den Fall, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach einer allfälligen Durchführung einer Arthrodese des rechten oberen Sprunggelenks entgegen der Erwartung der behan- delnden Ärzte sowie auch des RAD nicht verbessern, sondern verschlech- tern sollte. 8.3 Zusammenfassend belegen damit die vom Beschwerdeführer im vor- liegenden Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands sowie der Arbeitsfähigkeit des Be- schwerdeführers in der Zeit zwischen dem F.\_\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Februar 2019 (respektive den entsprechenden Untersuchungen vom 30. Oktober 2018, 2. November 2018 und 7. November 2018) und der vor- liegend angefochtenen Verfügung vom 27. November 2019. Insbesondere

C-259/2020 Seite 43 steht unbestrittenermassen fest, dass die vom Beschwerdeführer mehr- fach angekündigte Versteifung des rechten oberen Sprunggelenks nicht nur bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 27. November 2019, sondern auch bis und mit Februar 2022 (Zeitpunkt der Noveneingabe des Beschwerdeführers; vgl. Sachverhalt Bst. D.b) nicht durchgeführt wor- den ist. Unter diesen Umständen ist es nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz für die Beurteilung des Gesundheitszustands sowie der Arbeits- fähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfü- gung vom 27. November 2019 auf das F.\_\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Feb- ruar 2019 sowie die darauf



basierende Stellungnahme des RAD vom 11. März 2019 abgestellt hat. 9. Abschliessend ist der durch die Vorinstanz vorgenommene Einkommensvergleich respektive die Berechnung des Invaliditätsgrads zu überprüfen. 9.1 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). 9.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validenein- 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 vom 23. März 2018 E. 6.1). Für die Bemessung der Invalidität einer im Ausland wohnhaften versicherten Person sind Validenein- 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).

C-259/2020 Seite 44 Vorliegend ist gestützt auf das F.\_\_\_\_\_ -Gutachten vom 28. Februar 2019 und die Stellungnahme des RAD vom 11. März 2019 davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seit dem 28. März 2015 für die von ihm zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit als Lastwagenchauffeur eine volle Arbeitsunfähigkeit aufgewiesen hat. Damit ist vorliegend das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG am 28. März 2016 abgelaufen. Da sich der Beschwerdeführer indessen erst am 7. März 2016 zum Leistungsbezug angemeldet hat, konnte vorliegend gestützt auf Art. 29 Abs. 1 i. V. m. Abs. 3 IVG ein Leistungsanspruch frühestens ab dem 1. September 2016 entstehen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist der nachfolgende Einkommensvergleich durchzuführen. 9.3 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). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, darf auf statistische Werte wie die vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturserhebungen (LSE) zurückgegriffen werden, sofern dabei die für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren mitberücksichtigt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Urteil des BGer 8C\_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 6.1 m. w. H.). 9.4 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist

primär von der beruflichen-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 solch tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich, weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder

C-259/2020 Seite 45 jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können insbesondere Tabellenlöhne gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C\_422/2017 vom 17. Mai 2017 E. 4.1). 9.5 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 un-terdurchschnittlichem 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). 9.6 Gemäss dem im Vorbescheid vom 25. April 2019 respektive in der angefochtenen Verfügung vom 27. November 2019 abgebildeten Einkommensvergleich hat die Vorinstanz für die Berechnung des Einkommens ohne gesundheitliche Beeinträchtigung (Valideneinkommen) auf den Tabellenlohn gemäss der LSE des Bundesamts für Statistik, TA1, 2016, Verkehr und Lagerei, Zeile 46-53 (recte: 49-53), Kompetenzniveau 1 abgestellt. 9.6.1 Vorliegend wurde das frühere Arbeitsverhältnis des Beschwerdeführers Ende Februar 2015 – und damit bereits vor seinem Unfall vom 28. März 2015 – infolge einer Reorganisation des Fuhrparks durch seine ehemalige Arbeitgeberin per Ende Oktober 2015 gekündigt (vgl. Sachverhalt Bst. A). Nach dem Eintritt des Gesundheitsschadens vom 28. März 2015 war der Beschwerdeführer nicht mehr erwerbstätig. Es ist davon auszugehen, dass sich der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall wieder eine vergleichbare Arbeit als LKW-Chauffeur gesucht hätte, da dem F.\_\_\_\_\_ - Gutachten vom 28. Februar 2019 zu entnehmen ist, dass er für alle anderen Arbeiten keinerlei Interesse aufbringe (vgl. oben E. 7.1.6.2 Abs. 1). Unter diesen Umständen ist es nicht zu beanstanden, dass die kantonale IV-

C-259/2020 Seite 46 Stelle für das Valideneinkommen auf den Tabellenlohn für Lastwagenfahrer abgestellt hat. 9.6.2 Die Tabelle TA1\_tirage\_still\_level ("monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, privater Sektor") sieht auf der Zeile 49-53 für den Wirtschaftszweig "Verkehr u. Lagerei" für Männer im Kompetenzniveau 1 einen Tabellenlohn von Fr. 5'456.–, basierend auf 4 1/3 Wochen à 40 Arbeitsstunden, vor (vgl. [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) > Statistiken finden > Arbeit und Erwerb > Löhne, Erwerbseinkommen und Arbeitskosten > Lohnniveau – Schweiz > privater und öffentlicher Sektor > Download Tabelle "Monatlicher Bruttolohn nach

Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level"; abgerufen am 18. März 2022). Umgerechnet auf die branchenübliche Wochenarbeitszeit von 42.4 Arbeitsstunden pro Woche im Jahr 2016 (vgl. [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) > Statistiken finden > Kataloge und Datenbanken > Tabellen > Download Tabelle "Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008], in Stunden pro Woche, Dargestellter Zeitraum: 1990-2020"; abgerufen am 18. März 2022) ergibt dies ein Valideneinkommen von Fr. 5'783.35 pro Monat respektive 69'400.30 pro Jahr. Das von der Vorinstanz angegebene Valideneinkommen von (gerundet) Fr. 69'400.– ist damit nicht zu beanstanden, zumal der Beschwerdeführer hiergegen beschwerdeweise keinerlei Einwände erhoben hat.

9.7 Für die Berechnung des Einkommens mit gesundheitlicher Beeinträchtigung (Invalideneinkommen) hat die kantonale IV-Stelle auf den Tabellenlohn gemäss der LSE des Bundesamts für Statistik, TA1, 2016, privater Sektor, Kompetenzniveau 1 abgestellt.

9.7.1 Dieses Vorgehen entspricht der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wonach in der Regel die Monatslöhne gemäss der LSE-Tabelle TA1, Zeile "Total Privater Sektor", anzuwenden sind (vgl. statt vieler: Urteile des BGer 8C\_534/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 5.2 m. w. H., 8C\_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 6.2; 8C\_622/2016 vom 21. Dezember 2016 E. 5.2.3). Nur ausnahmsweise haben das Bundesgericht und das Eidgenössische Versicherungsgericht bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung während einer langen Zeitspanne in einem bestimmten Bereich tätig gewesen sind und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt, auf das statistische Durchschnittseinkommen einzelner Branchen abgestellt, wenn dies als sachgerecht erschien, um der

C-259/2020 Seite 47 im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen (vgl. Urteil des BGer 8C\_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 6.2). Eine solche Ausnahme lässt sich vorliegend nicht begründen, zumal der Beschwerdeführer erwiesenermassen nicht mehr in der Lage ist, seiner bisherigen beruflichen Tätigkeit als Lastwagenchauffeur oder einer ähnlich schweren Arbeit ebendieser Branche nachzugehen. Der Beschwerdeführer hat beschwerdeweise ebenfalls keine Umstände, welche ein Abweichen vom Regelfall angezeigt erscheinen liessen, geltend gemacht. Es ist daher praxisgemäss der vorangehend erwähnte Totalwert heranzuziehen.

9.7.2 Der Durchschnittslohn (Zentralwert) von Männern im untersten Kompetenzniveau 1 gemäss Zeile «Total» in der Tabelle TA1 beträgt bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden monatlich Fr. 5'340.– (vgl. Tabelle "Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level" a. a. O.). Unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (vgl. Tabelle "Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008], in Stunden pro Woche, Dargestellter Zeitraum: 1990-2020" a. a. O.) ergibt dies ein Invalideneinkommen von Fr. 5'566.95 pro Monat respektive Fr. 66'803.40 pro Jahr. Das von der Vorinstanz angegebene Invalideneinkommen von (gerundet) Fr. 66'803.– ist damit ebenfalls nicht zu beanstanden.

9.8 Die Vorinstanz hat keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen, mit der Begründung, dass bei der Wahl der Verweisungstätigkeiten die Einschränkungen beim zumutbaren Tätigkeitsprofil bereits berücksichtigt worden seien und zu keinem weiteren behinderungsbedingten Abzug führten. Der Beschwerdeführer hat dieses Vorgehen in seiner Beschwerde nicht beanstandet und keine persönlichen oder beruflichen Merkmale, die einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen würden, geltend gemacht. Die Vorinstanz

geht denn auch zu Recht davon aus, dass die gemäss dem F. \_\_\_\_\_-Gutachten zu berücksichtigenden funktionellen Einschränkungen (Tragen bis mittelschwere Lasten, nicht zu lange Gehstrecken unter Belastung, Tätigkeiten im Sitzen sowie idealerweise wechselbelastende Tätigkeiten, wobei aufgrund der Persönlichkeitsaspekte ein Einzelarbeitsplatz sinnvoll ist) mit der Wahl des tiefsten Kompetenzniveaus 1 bereits abgedeckt sind (vgl. hierzu Urteile des BGer 8C\_433/2020 vom 15. Oktober 2020 E. 8.2.2 mit Hinweis, 8C\_219/2019 vom 30. September 2019 E. 5.2 und 9C\_833/2017 vom 20. April 2018 E. 5.1). Es ist damit nicht zu

C-259/2020 Seite 48 beanstanden, dass die Vorinstanz in ihrem Einkommensvergleich keinen Abzug vom Tabellenlohn berücksichtigt hat. 9.9 Der Einkommensvergleich stellt sich somit wie folgt dar: Dem Valideneinkommen von Fr. 69'400.– steht ein Invalideneinkommen von Fr. 66'803.– gegenüber, woraus eine Erwerbseinbusse von 3.7 % resultiert. Gerundet ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 4 % (vgl. BGE 130 V 121 E. 3). Dieser Invaliditätsgrad berechtigt gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG zu keiner Invalidenrente. Die angefochtene Verfügung vom 27. November 2019 ist damit zu bestätigen und die Beschwerde abzuweisen. 10.

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