

# **BVGer C-6073/2020 vom 5. November 2020**

Bundesverwaltungsgericht, 2020-11-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6073\\_2020\\_d20201105](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6073_2020_d20201105)

FR: TAF C-6073/2020 du 5 novembre 2020

IT: TAF C-6073/2020 del 5 novembre 2020

## **Regeste**

Rentenanspruch | IV, befristete Invalidenrente; Verfügung der IVSTA vom 5. November 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht hat seine Zuständigkeit von Amtes wegen zu prüfen (Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [Verwaltungsverfahrensgesetz, VwVG, SR 172.021]). Ausserdem ist es zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht [Verwaltungsgerichtsgesetz, VGG, SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, womit er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 29. November 2020 ist damit einzutreten (Art. 60 Abs. 1 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

### **E. 2.1**

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4). Gemäss Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist nämlich eine vom Träger eines Staats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz (ebenso wie

C-6073/2020 Seite 9 für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist (vgl. auch Urteil des BVGer C-1905/2020 vom

### **E. 2.2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 5. November 2020, mit der die Vorinstanz dem Beschwerdeführer für den Monat Juni 2019 eine ganze Invalidenrente zugesprochen hat. Indem der (ab Einreichung der Replik anwaltlich vertretene) Beschwerdeführer die vollumfängliche Aufhebung der angefochtenen Verfügung verlangt (vgl. oben Bst. D.a und D.e), sind vorliegend sowohl die Zusprache der ganzen Rente für den Monat Juni 2019 als auch die Aufhebung der ganzen Rente ab 1. Juli 2019 Prozessthema. Im Übrigen würde die ganze Rente für den Monat Juni 2019, selbst wenn sie nicht mitangefochten wäre, ohnehin von der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis erfasst (vgl. dazu Urteile des BVGer C-5774/2019 vom 26. August 2021 E. 2.1 m.w.H; C-2364/2017 vom 11. April 2019 E. 2.2).

### **E. 2.3**

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

### **E. 2.4**

Gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen ist das Bundesverwaltungsgericht nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2013/46 E. 3.2).

### **E. 2.5**

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

### **E. 2.6**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechts-

C-6073/2020 Seite 10 folgenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 5. November 2020 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

Im vorliegenden Fall sind damit insbesondere die erst per 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen im Rahmen der sogenannten «Weiterentwicklung der IV» im Bundesgesetz

vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (SR 831.20), in der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (SR 831.201) sowie im Bundesgesetz vom

## **E. 2.7**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit- sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 5. November 2020) 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). Berichte, die sich über den vorliegend massgebenden Zeitraum aussprechen, hat das Gericht auch dann zu berücksichtigen, wenn sie nach dem Verfügungserlass datieren (Urteil des BGer 9C\_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.2 m.w.H.). 3. 3.1 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. dazu Art. 8 Abs. 1 ATSG sowie nachfolgend E. 3.2) und bei Eintritt der Invalidität während mindes- tens drei Jahren Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG). Der Aufstellung der für die Rentenberechnung berücksichtigten Versicherungszeiten und Einkommen in der Verfügung vom 5. November 2020 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer zwischen Oktober 2008 und Februar 2018 Bei- träge an die AHV/IV geleistet hat (vgl. IV-act. 245 = B-act. 1 Beilage 1; vgl. auch IV-act. 103). Entsprechend ist die Voraussetzung der Mindestbei- tragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt.

C-6073/2020 Seite 11 3.2 Nachfolgend zu prüfen bleibt, ob eine Invalidität im Sinne des ATSG vorliegt, die eine Rentengewährung für den Monat Juni 2019 rechtfertigt, und ob im März 2019 eine Besserung des Gesundheitszustandes einge- treten ist, die eine Aufhebung der gewährten Rente zur Folge hat (vgl. E. 2.2 und E. 6). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträch- tigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verur- sachte 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 Aufga- benbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berück- sichtigt (Art. 6 ATSG). 3.3 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähig- keit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Un- terbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c), Anspruch auf eine Invalidenrente. Das Bundesgericht hat dazu festgehalten, dass eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % während eines Jahres allein keinen Rentenanspruch zu begründen vermöge, sondern nur, wenn sich daran eine Erwerbsunfähig- keit in mindestens gleicher Höhe anschliesse. Dies gelte in gleicher Weise für alle drei gesetzlichen Rentenabstufungen. Die durchschnittliche

Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit während eines Jahres und die nach Ablauf der Wartezeit bestehende Erwerbsunfähigkeit müssten somit kumulativ und in der für die einzelnen Rentenabstufungen erforderlichen Mindesthöhe gegeben sein, damit eine Rente im entsprechenden Umfang zugesprochen werden könne (Urteil des BGer 8C\_618/2021 vom 14. Dezember 2021 E. 4.2). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht bezüglich Wartefristen zusätzlich vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach

C-6073/2020 Seite 12 Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht. Aufgrund der Anmeldung vom 10. Dezember 2018 (Eingang bei der Vorinstanz im Januar 2019; vgl. dazu oben Bst. C.a), könnten im vorliegenden Fall Leistungsansprüche frühestens ab 1. Juni 2019 entstehen (Art. 29 Abs. 3 IVG). 3.4 Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG [Stand am 1. Januar 2020, vgl. dazu oben E. 2.6 zweiter Absatz]). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie – wie vorliegend – in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] Nr. 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1). 3.5 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist die Rente bei einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrades von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein (BGE 141 V 9 E. 2.3). Nach Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert und voraussichtlich weiterhin andauern wird (vgl. BGE 133 V 67 E. 4.3.3). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3).

C-6073/2020 Seite 13 3.6 Art. 17 Abs. 1 ATSG gilt auch im Rahmen der rückwirkenden Zuschung einer befristeten und/oder abgestuften Rente, also dort, wo rückwirkend aus einem einheitlichen Beschluss der IV-Stelle heraus gleichzeitig für verschiedene Zeitabschnitte Renten unterschiedlicher Höhe zuerkannt oder allenfalls aufgehoben werden. In solchen Fällen ist der Sachverhalt zum Zeitpunkt des Beginns der Rente mit demjenigen anlässlich der Herauf- oder Herabsetzung beziehungsweise der Aufhebung der Rente zu vergleichen (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil des BGer 9C\_320/2021 vom 1. September 2021 E. 2.2). Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung

oder -aufhebung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteil des BGer 8C\_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2). 3.7 3.7.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Für die Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. 3.7.2 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Da die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich sind (vgl. oben E. 2.1), unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. dazu z.B. Urteil des BVer C-5049/2013 vom 13. Februar 2015 E. 3.2 m.H.).

C-6073/2020 Seite 14 3.7.3 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 Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a m.H.) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). 3.7.4 Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht 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). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (BGE 135 V 465 E. 4.5; Urteil des BGer 8C\_56/2013 vom 16. Juli 2013 E. 2).

Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVS-TA, 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

### **E. 3.1**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. dazu Art. 8 Abs. 1 ATSG sowie nachfolgend E. 3.2) und bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG). Der Aufstellung der für die Rentenberechnung berücksichtigten Versicherungszeiten und Einkommen in der Verfügung vom 5. November 2020 ist zu entnehmen, dass der

Beschwerdeführer zwischen Oktober 2008 und Februar 2018 Beiträge an die AHV/IV geleistet hat (vgl. IV-act. 245 = B-act. 1 Beilage 1; vgl. auch IV-act. 103). Entsprechend ist die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt.

### **E. 3.2**

Nachfolgend zu prüfen bleibt, ob eine Invalidität im Sinne des ATSG vorliegt, die eine Rentengewährung für den Monat Juni 2019 rechtfertigt, und ob im März 2019 eine Besserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, die eine Aufhebung der gewährten Rente zur Folge hat (vgl. E. 2.2 und E. 6). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

### **E. 3.3**

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c), Anspruch auf eine Invalidenrente. Das Bundesgericht hat dazu festgehalten, dass eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % während eines Jahres allein keinen Rentenanspruch zu begründen vermöge, sondern nur, wenn sich daran eine Erwerbsunfähigkeit in mindestens gleicher Höhe anschliesse. Dies gelte in gleicher Weise für alle drei gesetzlichen Rentenabstufungen. Die durchschnittliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit während eines Jahres und die nach Ablauf der Wartezeit bestehende Erwerbsunfähigkeit müssten somit kumulativ und in der für die einzelnen Rentenabstufungen erforderlichen Mindesthöhe gegeben sein, damit eine Rente im entsprechenden Umfang zugesprochen werden könne (Urteil des BGer 8C\_618/2021 vom 14. Dezember 2021 E. 4.2). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht bezüglich Wartezeiten zusätzlich vor, dass der Rentenanspruch 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, entsteht. Aufgrund der Anmeldung vom 10. Dezember 2018 (Eingang bei der Vorinstanz im Januar 2019; vgl. dazu oben Bst. C.a), könnten im vorliegenden Fall Leistungsansprüche frühestens ab 1. Juni 2019 entstehen (Art. 29 Abs. 3 IVG).

### **E. 3.4**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG [Stand am 1. Januar 2020, vgl. dazu oben E. 2.6 zweiter Absatz]). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie - wie vorliegend - in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] Nr. 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

### **E. 3.5**

Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist die Rente bei einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrades von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein (BGE 141 V 9 E. 2.3). Nach Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (vgl. BGE 133 V 67 E. 4.3.3). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren - analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG - durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3).

### **E. 3.6**

Art. 17 Abs. 1 ATSG gilt auch im Rahmen der rückwirkenden Zusprechung einer befristeten und/oder abgestuften Rente, also dort, wo rückwirkend aus einem einheitlichen Beschluss der IV-Stelle heraus gleichzeitig für verschiedene Zeitabschnitte Renten unterschiedlicher Höhe zuerkannt oder allenfalls aufgehoben werden. In solchen Fällen ist der Sachverhalt zum Zeitpunkt des Beginns der Rente mit demjenigen anlässlich der Herauf- oder Herabsetzung beziehungsweise der Aufhebung der Rente zu vergleichen (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil des BGer 9C\_320/2021 vom 1. September 2021 E. 2.2). Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteil des BGer 8C\_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2).

### **E. 3.7.1**

Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Für die Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu

Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist.

### **E. 3.7.2**

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Da die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich sind (vgl. oben E. 2.1), unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. dazu z.B. Urteil des BVGer C-5049/2013 vom 13. Februar 2015 E. 3.2 m.H.).

### **E. 3.7.3**

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 Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a m.H.) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

### **E. 3.7.4**

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht 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). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (BGE 135 V 465 E. 4.5; Urteil des BGer 8C\_56/2013 vom 16. Juli 2013 E. 2). Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVS-TA, 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.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C\_756/2008] E. 4.4 m.H.; Urteil des BGer 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder

aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

#### **E. 4**

Zum Gesundheitszustand beziehungsweise zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den vorliegenden medizinischen Akten bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 5. November 2020 im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

##### **E. 4.1**

Im Bericht vom 10. Oktober 2005 zum MRI des linken Knies vom 7. Oktober 2005 hielt die Fachärztin für diagnostische Radiologie, Dr. M.\_\_\_\_\_, in ihrer Beurteilung fest, es würden insbesondere deutliche degenerative Veränderungen im Bereich des Aussenmeniskushinterhorns, offenbar zusätzlich ein Zustand nach Teilresektion im Bereich der Pars intermedia, und eine Chondropathia II.-III. Grades im Bereich der lateralen Femurcondyle und im lateralen Tibiaplateau bestehen (IV-act. 110 = 185 = 219).

##### **E. 4.2**

Im Bericht vom 16. August 2013 diagnostizierte Dr. N.\_\_\_\_\_, Kantonsspital O.\_\_\_\_\_, eine beginnende Gonarthrose links sowie einen Status nach arthroskopischer partieller Menishektomie 1992, 1995 und 2001 und empfahl eine Arthroskopie, um die Meniskusläsion zu sanieren sowie den Knorpelstatus des Knies zu bilanzieren (IV-act. 114 = 186 = 220). Am 4. Oktober 2013 fand eine Arthroskopie des linken Knies mit partieller Meniskushinterhornresektion lateral, Debridement der Notch sowie Plicaresektion am Kantonsspital O.\_\_\_\_\_ statt. Dr. N.\_\_\_\_\_ stellte die folgenden Diagnosen für das linke Knie: erstgradige Chondropathie retropatellar, zweit- bis drittgradige Chondropathie femoropatellares Gleitlager bei symptomatischer Plica mediopatellaris und Lateralisierung der Patella, erst- bis zweitgradige Chondropathie medialer Condylus, erstgradige Chondropathie lateraler Condylus, jeweils erstgradige Chondropathie mediale und laterale Tibia, Horizontalriss laterales Meniskus-Hinterhorn, Insuffizienz des vorderen Kreuzbandes (VKB) bei vermutlichem Status nach alter VKB-Ruptur (IV-act. 115 = 187 = 221). Im anschliessenden Bericht vom 12. November 2013 wurde festgehalten, der Patient sei sechs Wochen postoperativ mit dem aktuellen Ergebnis zufrieden. Die Schmerzen seien vollständig regredient, der Kniegelenkserguss nicht mehr vorhanden und die Narben reizlos verheilt. Die Arbeit als Chemikant gelinge problemlos (IV-act. 116 = 188 = 222).

##### **E. 4.3**

Im Bericht des Kantonsspitals O.\_\_\_\_\_ vom 28. Juli 2015 zum Unfall vom 27. Juli 2015 (vgl. auch oben Bst. B erster Absatz) hielt Dr. P.\_\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer habe auf der Treppe zwei Tritte übersehen und das rechte Knie überstreckt. Als Hauptdiagnosen wurden eine Überstreckung dorsal des rechten Knies, ein Status nach Kreuzband-Meniskus-Läsion (Operationen 1993, 1995, 1997) sowie ein Status nach Femurfraktur rechts, Osteosynthese / Schraubenentfernung festgehalten. Das Röntgen habe keine Hinweise auf eine frische ossäre Läsion ergeben. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 27. bis 31. Juli 2015 (IV-act. 51).

##### **E. 4.4**

In der Folge wurde am Q.\_\_\_\_\_ ein MRI des rechten Knies durchgeführt. Dr. R.\_\_\_\_\_ berichtete am 2. September 2015, dass ein Status nach Knieoperation und Femurmarknagelung mit entsprechenden Strukturalterationen bestehe. Die ossären Strukturen seien ansonsten intakt. Es würden fortgeschrittene degenerative Veränderungen im medialen Kniekompartiment bestehen, weniger ausgeprägt femoropatellär und leichtgradig im lateralen Kniekompartiment. Die Knorpelschicht im medialen Kniekompartiment sei zum Teil hochgradig verschmälert und zum Teil auch praktisch fehlend. Begleitend bestehe eine Läsion des medialen Meniskus mit in die Unterfläche durchgreifendem Einriss im Corpus mit Ausdehnung in den Übergang zum Vorderhorn und teils radiärem, teils ganz feinem in die Unterfläche durchgreifendem Einriss im lateralen Meniskushinterhorn sowie eine kleine Bakerzyste (IV-act. 63 = 117).

#### **E. 4.5**

Am 22. Oktober 2015 berichtete S.\_\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin, der Suva, dass am rechten Knie ein Distorsionstrauma vom 27. Juli 2015 und am linken Knie ein Status nach Knieläsion bestehe. Sie attestierte dem Beschwerdeführer bis auf weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (IV-act. 57 = 129 S. 4 f. = 129 S. 7 f.)

#### **E. 4.6**

Dr. T.\_\_\_\_\_ vom Kantonsspital O.\_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 17. November 2015 zur ambulanten Behandlung aus, als Hauptdiagnose bestehe eine posttraumatische laterale Femoropatellararthrose sowie mediale femorotibiale Arthrose im Knie rechts mit Status nach offener Patellafraktur und Status nach distaler Femurschaftfraktur 1992 und als Nebendiagnose eine Adipositas. In der Beurteilung hielt er fest, die klinischen Befunde und die Röntgenbilder seien ausführlich besprochen worden. Es bestehe radiologisch eine deutliche mediale Arthrose, welche aber klinisch wie anamnestisch oligosymptomatisch sei. Zuerst werde eine konservative Therapie vorgeschlagen und eine therapeutische Kniegelenksinfiltration rechts geplant. Sollte unter diesen Massnahmen kein befriedigender Zustand erreicht werden, müsste eine Kniearthroskopie mit lateraler Z-Plastik und Facektomie diskutiert werden (IV-act. 60 = 113 = 189 = 223). Gemäss Bericht vom 10. Dezember 2015 fand schliesslich am 8. Dezember 2015 eine diagnostische / therapeutische Infiltration des rechten Knies am Kantonsspital O.\_\_\_\_\_ durch Oberarzt U.\_\_\_\_\_ statt (IV-act. 70 = 112 = 190 = 224).

#### **E. 4.7**

Der Kreisarzt der Suva, Dr. V.\_\_\_\_\_, hielt in seiner Beurteilung vom 15. Dezember 2015 fest, es sei zu einer vorübergehenden Verschlechterung des rechten Knies am 27. Juli 2015 gekommen. Ende November hätten die Unfallfolgen jedoch keine Rolle mehr gespielt. Die Beschwerden des rechten Knies seien auf das Ereignis vom 9. September 1992 zurückzuführen (IV-act. 66).

#### **E. 4.8**

Am 24. Februar 2016 führte Dr. T.\_\_\_\_\_ vom Kantonsspital O.\_\_\_\_\_ im Rahmen der gesetzlichen Abklärungen der Arbeitslosenversicherung aus, dass grundsätzlich mit einer Besserung des gegenwärtigen Zustandes zu rechnen sei, so dass es zu keiner dauernden Arbeitsunfähigkeit kommen sollte. Es seien entsprechende therapeutische Massnahmen eingeleitet worden. Eine sitzende Tätigkeit sei zu 100 % möglich, allenfalls sei auch eine gehende und sitzende Tätigkeit mit leichten Belastungen möglich. Schwere körperliche Arbeiten seien hingegen nicht möglich. Auch längerfristig sollte eine eher leichte

körperliche Tätigkeit oder auch eine sitzende Tätigkeit angestrebt werden (IV-act. 111).

#### **E. 4.9**

Am 29. März 2016 nahm der Suva-Kreisarzt Dr. V. \_\_\_\_\_ eine ausführliche ärztliche Beurteilung vor. Er hielt im Ergebnis wiederum fest, das Ereignis vom 27. Juli 2015 habe zu keinen strukturell objektivierbaren Läsionen des rechten Kniegelenks geführt. Die Veränderungen seien auf den Vorzustand aus dem Jahr 1992 zurückzuführen. Das Ereignis vom 27. Juli 2015 habe zu einer vorübergehenden Verschlechterung des rechten Kniegelenks geführt. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hätten die Unfallfolgen ab Ende November 2015 keine Rolle mehr gespielt (IV-act. 73).

#### **E. 4.10**

Gemäss vorläufigem undatiertem Arztbericht von Dr. W. \_\_\_\_\_, Klinikum X. \_\_\_\_\_, wurde der Beschwerdeführer vom 14. bis 18. Dezember 2017 infolge eines ischämischen Schlaganfalls im rechten hinteren Kapselschenkel / Thalamus stationär behandelt. Die notfallmässige Vorstellung des Patienten sei aufgrund einer akut aufgetretenen Hemihypästhesie und -parese links erfolgt. Im durchgeführten cCT (craniale Computertomographie) und der CT-Angiographie hätten sich keine Hinweise auf eine frische Ischämie, Blutung, Stenosen oder Verschlüsse gezeigt. Die Echokardiographie habe sich ohne wegweisenden Befund gezeigt. Das durchgeführte cMRT (Magnetresonanztomographie des Kopfes) habe allerdings einen ischämischen Schlaganfall im rechten hinteren Kapselschenkel / Thalamus gezeigt. Die extrakranielle Dopplersonographie der hirnersorgenden Gefässe habe ebenfalls keine höhergradigen Stenosen oder Verschlüsse gezeigt. Der Beschwerdeführer sei am 18. Dezember 2017 nach Hause entlassen worden. Die Genese des Schlaganfalls müsse noch offen bleiben (IV-act. 15 = 17 = 122 = 170 = 191 = 225).

#### **E. 4.11**

Am 7. Mai 2018 fand eine phlebologische Untersuchung durch Y. \_\_\_\_\_, Ärztin für Innere Medizin und Angiologie, statt. Unter dem Titel Diagnose wurde festgehalten, es liege ein unauffälliges tiefes Venensystem ohne Hinweis für frische oder alte Phlebothrombose vor. Entsprechend seien keine weiteren Massnahmen erforderlich (IV-act. 18 = 118 = 171 = 179 = 193 = 206 = 227).

#### **E. 4.12**

Z. \_\_\_\_\_, Zentrum Aa. \_\_\_\_\_, berichtete am 26. August 2019 über die am 14. Mai 2018 erfolgte Untersuchung des Beschwerdeführers, im Rahmen derer ein Zustand nach Schlaganfall (I64), eine Hypertonie (I10), Adipositas, ein Zustand nach Oberschenkelfraktur rechts, Thalamusinfarkt, Hemiparese, Neurasthenie und «Schmerzsyndrom-chronisch (zentral)» diagnostiziert wurde. Der Patient habe über Fremdgefühl und Taubheit der kompletten linken Körperseite geklagt. Im neurologischen Befund wurde insbesondere festgehalten, dass kein Meningismus und kein Nystagmus bestehe sowie die Okulo- und Pupillomotorik beidseits intakt sei. Das Gesichtsfeld sei fingerperimetrisch geprüft und beidseits regelrecht. Die übrigen Hirnnerven seien ebenfalls regelrecht. Die muskeleigenen Reflexe seien seitengleich auslösbar, es würden keine motorisch neurogenen Paresen bestehen, es bestehe eine Hemihypästhesie im Gesicht links, das Gangbild sei nicht beeinträchtigt und die Koordination regelrecht (IV-act. 181 = 215).

#### **E. 4.13**

Im Gutachten zur Zusammenhangsfrage vom 19. August 2018 zuhanden der F. \_\_\_\_\_ hielt Dr. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin, in der Anamnese (vgl. S. 3 ff.) insbesondere fest, der Beschwerdeführer sei am 9. September 1992 mit dem Motorrad verunfallt und habe sich dabei eine schwere Knieverletzung rechts zugezogen, die noch am Unfalltag operiert worden sei. Bereits zuvor habe er sich jedoch am 15. Juni 1992 im Rahmen eines Arbeitsunfalles eine Knieverletzung links mit einer Aussenmeniskus-Vorderhorn-Verletzung zugezogen. Gemäss Angaben des Beschwerdeführers seien beide Knie in den folgenden Jahren mehrfach operiert worden. Am 27. Juli 2015 sei er schliesslich auf einer Treppe im Betrieb während der Arbeit verunfallt, habe sich das Knie verdreht und es sei dabei zu einer Überstreckung nach hinten gekommen. Dies sei gemäss Beschwerdeführer in den Unterlagen fälschlicherweise als privater Unfall angegeben worden. Befragt zu seinen Beschwerden habe der Beschwerdeführer am 14. August 2018 zusammenfassend angegeben (vgl. S. 8 f.), es würden Schmerzen in beiden Kniegelenken, rechts führend, bestehen mit Bewegungseinschränkung und Zunahme unter Belastung, vor allem beim Treppengehen und auf längeren Strecken. Immer wieder bestehe das Gefühl der Instabilität nach dorsal im rechten Kniegelenk und es werde eine Wetterfühligkeit beschrieben. Der Gutachter hielt als Unfallfolgen Folgendes fest (vgl. S. 13): mässige Bewegungseinschränkung im rechten Kniegelenk; geringer Gelenkserguss; ausgedehnte, reizlose Narbenbildung im Bereich des rechten Kniegelenkes; minimale ventrale Instabilität des rechten Kniegelenkes; geringe Umfangsvermehrung des rechten Kniegelenkes in Kniescheibenmitte; posttraumatische Innen- und Aussenmeniskusläsion mit Baker-Zyste; radiologische Veränderungen mit fortgeschrittener, medial betonter, posttraumatischer Gonarthrose rechts und lateral betonte posttraumatische Femoropatellararthrose rechts; belastungsabhängig zunehmende Schmerzen im rechten Kniegelenk; Wetterfühligkeit. Unfallunabhängig würden zudem eine beginnende, lateral betonte Gonarthrose links (nach Unfall vom 15. Juni 1992), eine Sensibilitätsminderung der gesamten linken Körperhälfte und Kraftminderung im Bereich des linken Beines nach Thalamus-Infarkt im Dezember 2017, eine Senkspreizfuss-Deformität beider Füsse sowie Adipositas vorliegen (IV-act. 19 = 126 = 160 = 172 = 194 = 208).

#### **E. 4.14**

Vom 6. bis 8. März 2019 befand sich der Beschwerdeführer in stationärer Behandlung im Schlaflabor des Bb. \_\_\_\_\_ in D-(...). Die Aufnahme sei zur Polysomnographie bei vom Beschwerdeführer empfundener Tagesmüdigkeit / Tagesschläfrigkeit erfolgt. Prof. Dr. Cc. \_\_\_\_\_ und Dd. \_\_\_\_\_ diagnostizierten im Bericht vom 8. März 2019 ein schwergradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit nächtlicher Hypoventilation (O<sub>2</sub>-Durchschnittswert bei 88 %, t<sub>90</sub> bei 57,8 %; G47.3), eine Rhonchopathie (R06.5), eine arterielle Hypertonie (I10), einen Zustand nach Apoplex: Thalamusinsult 12/2017 (Z86.7), Adipositas III (E66.0), wohl Diabetes mellitus Typ II (Medikation noch nicht begonnen) und eine Hyperurikämie. Aufgrund der Beschwerdesymptomatik und der internistischen Begleiterkrankungen sei eine CPAP-Therapie eingeleitet. worden Darunter habe sich eine Besserung der nächtlichen Atemstörung (RDI: 0,9/h) und der Schlafparameter gezeigt (IV-act. 120 = 159 = 195 = 199 = 209 = 228).

#### **E. 4.15**

Im ärztlichen Befundbericht vom 11. März 2019 zuhanden der Deutschen Rentenversicherung hielt Dr. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, als Diagnosen

einen Zustand nach subakutem ischämischem Insult im rechten hinteren Kapselschenkel / Thalamus, eine Hypertonie sowie einen Zustand nach mehrmaligen Kniegelenks-Operationen fest. Als aktuelle Beschwerden führte er eine Hypästhesie der linken Körperhälfte, keine Paresen und bewegungsabhängige Beschwerden beider Kniegelenke auf. Der Beschwerdeführer sei aktuell dahingehend eingeschränkt, als lediglich eine Gehfähigkeit von ca. 30 Minuten bestehe (IV-act. 23 = 31 = 176). Dem Medikationsplan gleichen Datums ist zu entnehmen, dass dem Beschwerdeführer die Wirkstoffe Acetylsalicylsäure (entzündungshemmendes Schmerzmittel), Bisoprolol (Blutdrucksenker), Atorvastatin (Blutfettwertsenker), Candesartan (Blutdrucksenker) und Rivaroxaban (Gerinnungshemmer) verschrieben wurden (IV-act. 22 = 175). Dem Medikationsplan vom 1. Juli 2019 ist sodann zu entnehmen, dass dem Beschwerdeführer zusätzlich die Wirkstoffe Amlodipin (Blutdrucksenker) und Metformin (Antidiabetikum) verschrieben wurden (IV-act. 121).

#### **E. 4.16**

Am 25. Juli 2019 berichtete Z.\_\_\_\_\_, Zentrum Aa.\_\_\_\_\_, dass der Beschwerdeführer bei Wiedervorstellung weiterhin über Kribbelparästhesien, teilweise auch Schmerzen der linken Körperhälfte geklagt habe. Zudem fühle er sich überfordert, müde, gereizt. Er schlafe sehr schlecht. Ein Schlafapnoesyndrom sei festgestellt worden. Vom klinischen Aspekt her bestehe unverändert eine Hemihypästhesie und latente Hemiparese links, psychisch liege ein affektives Syndrom bei Thalamusschädigungen vor. Die primäre medizinische Notwendigkeit liege jedoch in der dringenden Gewichtsabnahme. Er habe bereits die typischen Folgekrankheiten bei Adipositas, in diesem Sinne Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, Schlafapnoesyndrom und Zustand nach Thalamusinfarkt. Um weitere Folgeschädigungen zu vermeiden, müsse der Patient dringend Gewicht abnehmen (IV-act. 124 = 136 = 182 = 196 = 210 = 212 = 216).

#### **E. 4.17**

Hinsichtlich der Nachuntersuchung vom 2. August 2019 führte Dr. G.\_\_\_\_\_ zuhanden der F.\_\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer habe angegeben, die Beschwerden im rechten Kniegelenk seien insgesamt etwas schlechter geworden. Die mögliche Gehstrecke betrage weiterhin ca. 15-20 Minuten. Hinsichtlich der Beschwerden im linken Kniegelenk habe er angegeben, dass sich diese in den letzten neun Monaten ebenfalls verschlechtert hätten. Der Gutachter hielt als Unfallfolgen Folgendes fest: Bewegungseinschränkung im rechten Kniegelenk 0-10-110°; ausgedehnte, reizlose Narbenbildung im Bereich des rechten Kniegelenks; minimale ventrale Instabilität des rechten Kniegelenks; geringer Gelenkserguss; bekannte posttraumatische Innen- und Aussenmeniskusläsion; radiologische Veränderungen mit fortgeschrittener, medial betonter, posttraumatischer Gonarthrose rechts und lateral betonter posttraumatischer Femoropatellararthrose rechts; belastungsabhängige, zunehmende Schmerzen im rechten Kniegelenk; Wetterfühligkeit; Schwellneigung rechtes Kniegelenk. Unfallunabhängig würden ausserdem folgende Gesundheitsstörungen vorliegen: beginnende, lateral betonte Gonarthrose links bei Zustand nach Aussenmeniskusläsion; Sensibilitätsminderung der gesamten linken Körperhälfte mit geringer Kraftminderung im Bereich des linken Beines nach Thalamus-Infarkt 12/2017; Schlafapnoe-Syndrom; arterielle Hypertonie; Adipositas per magna (BMI 41); Hypercholesterinämie; Hyperurikämie; Verdacht auf Diabetes mellitus Typ II; Senk-Spreizfuss-Deformität beider Füße (IV-act. 125 = 131 = 137 = 161 = 197 = 211).

#### **E. 4.18**

Im neurologischen Gutachten vom 26. September 2019 hielt Dr. Ee.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, zusammenfassend fest, beim Beschwerdeführer würden in der Folge eines kleinen Hirninfarktes rechtsseitig vor knapp zwei Jahren noch Beschwerden der linken Körperseite vorliegen, die als Sensibilitätsstörung mit kombinierter Feinmotorikstörung erlebt würden. Bei der hiesigen Untersuchung finde sich keine latente oder manifeste motorische Hemiparese mehr, die Bewältigung des Alltags (Ankleiden, Hantieren mit Papieren, Bedienung des PCs, Kochen mit repetitiven Schneidbewegungen) seien nach eigenem Bekunden und nach der hiesigen Beobachtung nicht relevant eingeschränkt. Man werde allerdings erhöhte Anstrengungen, wie sie beruflich beispielsweise in der chemischen Industrie verlangt würden, nicht mehr zumuten können. Beim Probanden sei eine Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen Zügen deutlich, die seine Einsatzfähigkeit in leitenden Funktionen nicht zulasse. Ein Krankheitsbewusstsein bestehe hier typischerweise nicht, so dass er auch therapeutischen Interventionen gegenüber nicht aufgeschlossen sein könne. Für die von den Fachkollegen vermutete organische affektive Störung finde sich keine Bestätigung. Durch die anerkannten Unfallfolgen an den Beinen sei er in seiner Belastbarkeit weiter eingeschränkt, was jedoch nicht eine derartige Beeinträchtigung darstelle, als dass ein unter sechsständiges Leistungsvermögen resultiere. Von den Folgen des kleinen Schlaganfalles vor knapp zwei Jahren habe sich der Proband spontan recht gut erholt, behalte jedoch die oben beschriebenen Funktionsstörungen noch bei (IV-act. 138 [fehlende S. 9] = 146 [fehlende S. 9] = 152 [vollständig]).

#### **E. 4.19**

In der medizinischen Stellungnahme vom 12. Dezember 2019 führte RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_\_ aus, aus orthopädischer Sicht könne gemäss Bericht wegen der Kniegelenksarthrose keine stehende Tätigkeit wie früher mehr zugemutet werden. Neurologisch hätten keine schweren Veränderungen (neuropsychologisch) festgestellt werden können. Hier sei eine angepasste Tätigkeit zumutbar. Es bestehe noch eine leichte sensible Hemisymptomatik. Initial könne nach dem Infarkt die bisherige Tätigkeit nicht mehr zugemutet werden, erst angepasst nach dem Bericht von Dr. K.\_\_\_\_\_, in dem eine Gehfähigkeit von ½ Stunde festgestellt werde. Dies werde durch den Neurologen im aktuellen Gutachten bestätigt (IV-act. 153).

#### **E. 4.20**

Im ärztlichen Gutachten vom 27. Juli 2020 hielt Dr. L.\_\_\_\_\_ nach einer ausführlichen Anamnese folgende Diagnosen zuhanden des Sozialgerichtes I.\_\_\_\_\_ fest: Posttraumatische Kniegelenksarthrose rechts nach offener Fraktur im Jahre 1992 und Retraumatisierung ohne Weichteilverletzung im Jahre 2015; Instabilität und incipiente Kniegelenksarthrose links bei Zustand nach wiederholten arthroskopischen Eingriffen inklusive Meniskusrefixation; Zustand nach Hirninfarkt im Thalamusbereich rechts im Jahre 2017 mit anhaltender leichtgradiger Hemihypästhesie und subjektiver Hemiparese links insbesondere der Hand, aber auch im Bereich der gesamten linken Körperseite einschliesslich dem Gesichtsbereich; metabolisches Syndrom mit Hypercholesterinämie, arterielle Hypertonie, Fettleberhepatitis, beginnendem Diabetes mellitus und Adipositas per magna bei Zustand nach akuter Pankreatitis im Jahre 2015 sowie Schlaf-Apnoe-Syndrom unter allerdings suffizienter nächtlicher Überdruckbeatmungstherapie; leichtgradige reaktive Depression mit gelegentlich verminderter Impulskontrolle, Zukunftsängsten in Bezug auf die Partnerschaft, mit Insuffizienzgefühlen und sexuellen Funktionsstörungen,

Selbstwerteinbrüchen und verstärkter Verletzlichkeit auch im Rahmen des Verfahrens, speziell auch den Prozessen der Begutachtung - kein Hinweis auf manifeste narzisstische Persönlichkeitsstörung und keine durchgängige eigenständige Schmerzchronifizierung. Keinem der Leiden komme ein erwerbsmindernder Einfluss im Sinne der aktuell unüberwindlichen quantitativen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu. Ein solcher ergebe sich auch nicht aus ihrem Zusammenwirken. Der Beschwerdeführer sei noch in der Lage, regelmässig körperlich leichte Arbeiten über mindestens sechs Stunden pro Tag (mit gewissen Einschränkungen) zu verrichten. Die Arbeiten müssten vorrangig im Sitzen stattfinden und dürften lediglich mit gelegentlichem Stehen oder Gehen verbunden sein (IV-act. 238).

#### **E. 4.21**

Dem Arztbericht betreffend die stationäre Behandlung vom 23. bis 28. Juli 2020 im Klinikum X. \_\_\_\_\_ ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer mit einem Herpes zoster V1 rechts zur systemischen Aciclovirtherapie vorgestellt habe. Ungefähr fünf Tage zuvor seien gruppiert stehende Bläschen auf erythematösem Grund an der rechten Stirn aufgetreten und seit drei Tagen würden zunehmende Schmerzen an der betroffenen Stelle bestehen. Unter Therapie sei eine deutliche Befundbesserung ohne neu aufgetretene Bläschen eingetreten, so dass der Beschwerdeführer habe entlassen werden können (IV-act. 236).

#### **E. 4.22**

In der medizinischen Stellungnahme vom 8. Oktober 2020 ergänzte Dr. J. \_\_\_\_\_ seine Einschätzung vom 12. Dezember 2019 (vgl. oben E. 4.19) dahingehend, dass der Beschwerdeführer vorgebracht habe, es würden verschiedene Behinderungen (Kniearthrosen, Schlafapnoe, Adipositas, Diabetes) bestehen. Grundsätzlich würden Behinderungen nicht addiert. Die Gonarthrosen seien bereits in die Beurteilung miteinbezogen, die Schlafapnoe sei behandelbar, Adipositas als solche sei nicht invalidisierend, sondern höchstens die Auswirkung, und der Diabetes sei ebenfalls behandelbar. Zur zwischenzeitlichen Hospitalisation infolge Herpes zoster führt der RAD-Arzt aus, hier erfolge üblicherweise keine Dauerschädigung. Weiter sei ein Gutachten erstellt worden, welches dem Versicherten eine angepasste Tätigkeit zu mindestens sechs Stunden zumute und einen Rehabilitationsaufenthalt empfehle, was sicherlich Sinn mache. Der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit ab 14. Dezember 2017 zu 100 % arbeitsunfähig und in einer angepassten Tätigkeit zu 0 % ab 11. März 2019 (IV-act. 242).

#### **E. 5.1**

Die Vorinstanz geht vorliegend insbesondere gestützt auf die medizinische Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. J. \_\_\_\_\_ (vgl. oben E. 4.22) davon aus, dass der ischämische Insult ab 14. Dezember 2017 eine Arbeitsunfähigkeit und eine Erwerbseinbusse von jeweils 100 % verursacht habe und entsprechend grundsätzlich ab dem 1. Dezember 2018 ein Anspruch auf eine ganze Rente bestehe. Ab 11. März 2019 (Befundbericht von Dr. K. \_\_\_\_\_ [vgl. dazu oben E. 4.15]) habe sich jedoch der Gesundheitszustand verbessert, sodass zwar die Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Operator / Schichtmeister noch 100 % betrage, jene in der Ausübung einer den Funktionseinschränkungen angepassten Tätigkeit jedoch 0 %, was letztlich zu einer Verminderung der Erwerbseinbusse auf 29 % führe. Folglich bestehe unter Berücksichtigung der Verbesserung nach drei Monaten ab dem 1. Juli 2019 kein Anspruch mehr auf eine Rente (IV-act. 245 = B-act. 1 Beilage 1).

### **E. 5.2**

In seiner Beschwerde bringt der in diesem Zeitpunkt noch nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführer vor, die errechnete Erwerbseinbusse von 29 % sei falsch, denn es liege ein Gutachten vor, wonach die MdE für die Knie 10 % (links) und 20 % (rechts) betragen würden. Ausserdem seien weitere Gesundheitsstörungen gegeben. Ihm sei ausserdem zwischenzeitlich in Deutschland eine Behinderung von 50 % nach dem Schwerbehindertenrecht attestiert worden (B-act. 1).

### **E. 5.3**

Die Vorinstanz macht vernehmlassungsweise geltend, es würden umfassende ärztliche Unterlagen vorliegen, welche im Anhörungsverfahren ergänzt und durch den ärztlichen Dienst eingehend geprüft worden seien. Dabei seien sämtliche Gesundheitsstörungen mitberücksichtigt und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit beurteilt worden. Aus den Unterlagen ergebe sich, dass sowohl die beurteilenden Ärzte als auch der ärztliche Dienst im Hinblick auf die Diagnosen, die leidensbedingten Einschränkungen sowie die Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu übereinstimmenden Schlussfolgerungen gekommen seien. Auf diese könne folglich abgestellt werden. In der angestammten Tätigkeit bestehe seit dem Infarkt am 14. Dezember 2017 keine Arbeitsfähigkeit mehr. Ab dem 11. März 2019 sei die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht mehr eingeschränkt. Unter Berücksichtigung eines Leidensabzuges von 10 % ergebe sich eine Erwerbseinbusse von 29 % - dieser Invaliditätsgrad begründe keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Der Versicherte habe sich am 10. Dezember 2018 zum Leistungsbezug angemeldet, der Rentenanspruch entstehe somit am 1. Juni 2019 gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG und ende am 30. Juni 2019 gemäss Art. 88a IVV (B-act. 8).

### **E. 5.4**

Replikweise macht der zwischenzeitlich anwaltlich vertretene Beschwerdeführer geltend, die Vorinstanz folgere aus dem Befundbericht von Dr. K. \_\_\_\_\_ vom 11. März 2019, dass er seit diesem Datum in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei, obwohl sich Dr. K. \_\_\_\_\_ im Befundbericht nicht zur Arbeitsfähigkeit äussere. Dr. K. \_\_\_\_\_ habe ihm im Zeitraum vom 4. März 2019 bis 1. April 2019 vielmehr eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert, was der RAD-Beurteilung widerspreche. Der ärztliche Befundbericht vom 11. März 2019 genüge damit als Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von vornherein nicht, da er sich zu den konkreten Leistungseinschränkungen nicht äussere. Es handle sich bei diesem Befundbericht lediglich um eine Auflistung der Diagnosen und Beschwerden des Beschwerdeführers ohne (spezialärztliche) Aussagen zur verbleibenden Leistungsfähigkeit. Der RAD leite aus der halbstündigen Gehfähigkeit des Beschwerdeführers eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ab, was jedoch der Abklärungspflicht nicht genüge und der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 4. März 2019 widerspreche. Das Datum des Befundberichts könne deshalb für den Beginn einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit jedenfalls nicht herangezogen werden. Die weiteren Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von Dr. K. \_\_\_\_\_ würden ebenfalls gegen das Vorliegen einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sprechen, weshalb weitere medizinische Abklärungen indiziert seien. Hinsichtlich des Fachgutachtens von Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 2. August 2019 bringt der Beschwerdeführer vor, bei Dr. G. \_\_\_\_\_ handle es sich um einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und nicht um einen Neurologen. Ausserdem beurteile dieses Gutachten im Wesentlichen die Unfallkausalität,

die jedoch für das vorliegende Verfahren nicht von Relevanz sei. Vor diesem Hintergrund sei eine umfassende medizinische Untersuchung / Begutachtung des Beschwerdeführers in der Fachrichtung Orthopädie zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit angezeigt. Das neurologische «Gutachten» von Dr. Ee. \_\_\_\_\_ erfülle sodann die Anforderungen zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht. Was schliesslich das Gutachten von Dr. L. \_\_\_\_\_ betreffe, beurteile er als Facharzt für Innere Medizin in seinem Gutachten gleich sämtliche Leiden des Beschwerdeführers aus verschiedenen Fachrichtungen, welche jedoch von jeweiligen Spezialärzten beurteilt werden müssten. Angezeigt sei daher eine spezialärztliche polydisziplinäre Begutachtung, die nicht von einem Arzt allein durchgeführt werden könne (B-act. 11 Rz. 5-8).

#### **E. 5.5**

In ihrer Duplik äussert sich die Vorinstanz dahingehend, dass sich weder aus dem gesetzlichen Untersuchungsprinzip gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG noch aus der Rechtsprechung ergebe, dass bei jeder Prüfung von Leistungsansprüchen zwingend eine Begutachtung durchgeführt werden müsse. Es sei gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung durchaus statthaft, gestützt auf ohne eigentlichen Begutachtungsauftrag eingeholte Arztberichte über einen Leistungsanspruch zu entscheiden, wenn diese den hierfür erforderlichen Aufschluss vermitteln würden. Der ärztliche Dienst habe im vorliegenden Fall einen feststehenden medizinischen Sachverhalt beurteilt. Die Fachärzte seien zu übereinstimmenden Schlussfolgerungen gekommen. Sowohl die zur Verfügung stehenden Gutachten als auch die Stellungnahmen des ärztlichen Dienstes seien umfassend und nachvollziehbar, so dass auf diese abgestellt werden könne. Aus den im Beschwerdeverfahren neu eingereichten ärztlichen Attesten würden sich ausserdem keine neuen Aspekte ergeben, sondern lediglich eine Diagnose geliefert, welche bereits bekannt gewesen sei (B-act. 13).

#### **E. 5.6**

Der Beschwerdeführer macht mit unaufgeforderter Eingabe unter Bezugnahme auf das zwischenzeitlich ergangene deutsche Rentengutachten (Nachprüfung MdE), mit welchem eine weitere Verschlechterung im rechten Knie sowie der Gehfähigkeit festgestellt worden sei, erneut geltend, es sei ein Gutachten über die verbleibende Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers angezeigt (B-act. 15; vgl. auch oben Bst. B in fine und D.h).

#### **E. 5.7**

In ihrer diesbezüglichen Stellungnahme führt die Vorinstanz aus, aus dem deutschen Rentengutachten würden sich keine neuen Aspekte ergeben, insbesondere sei die posttraumatische Gonarthrose schon immer berücksichtigt worden. Darüber hinaus sei darauf hinzuweisen, dass sich der Invaliditätsgrad nach schweizerischem Recht nicht nur aufgrund der Gesundheitsbeeinträchtigung als solche bemesse, sondern nach den Auswirkungen derselben auf die Erwerbsfähigkeit. Aus der Replik würden sich somit keine neuen Gesichtspunkte ergeben, welche geeignet wären, die Beurteilung des ärztlichen Dienstes in Frage zu stellen oder Veranlassung zu weiteren medizinischen Abklärungen zu geben (B-act. 17).

#### **E. 6**

Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (SR 830.1) nicht anwendbar. Die Ansprüche des Beschwerdeführers gegenüber der IV beurteilen sich nach dem IVG und der IVV (jeweils Stand am 1. Januar 2020) sowie dem ATSG und der

Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11; jeweils Stand am 1. Oktober 2019).

### **E. 6.1**

In Ergänzung zur bereits dargelegten Rechtsprechung (vgl. oben E. 3.7.4) ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass eine versicherungsexterne Begutachtung anzuordnen ist, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen. Ein externes, meist polydisziplinäres Gutachten ist namentlich einzuholen, wenn der interdisziplinäre Charakter C-6073/2020 Seite 27 einer medizinischen Problemlage dies gebietet, wenn der ärztliche Dienst nicht über die nötigen fachlichen Ressourcen verfügt, sowie wenn zwischen Bericht des ärztlichen Dienstes und dem allgemeinen Tenor im medizinischen Dossier eine relevante Differenz besteht (vgl. Urteil des BVerG C-1810/2017 vom 14. Juni 2018 E. 4.4 m.w.H.).

### **E. 6.2**

in fine dargelegt – nicht ohne Weiteres auf eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in angepasster Tätigkeit geschlossen werden kann.

### **E. 6.3**

Hinzu kommt, dass die weiteren gesundheitlichen Einschränkungen in diesem monodisziplinären neurologischen Gutachten nicht berücksichtigt werden können. Beim Beschwerdeführer besteht nämlich überdies eine massive Adipositas (Grad III). Zwar bewirkt diese Diagnose rechtsprechungsgemäss grundsätzlich keine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität, solange sie nicht körperliche oder geistige Schäden verursacht und nicht Folgen von solchen Schäden ist (vgl. Urteil des BVerG 8C\_663/2017 vom 12. Dezember 2017 E. 3.2. m.H.). Ob diese Voraussetzungen hier gegeben sind, wurde vom RAD-Arzt allerdings nicht abgeklärt, sondern er hat lediglich pauschal festgehalten, Adipositas als solche sei nicht invalidisierend, höchstens die Auswirkungen; dabei hat er sich nicht weiter mit den konkreten Auswirkungen im Falle des Beschwerdeführers auseinandergesetzt.

Liegen die soeben erwähnten Voraussetzungen nicht vor, wird die Adipositas unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten des Einzelfalles dennoch als invalidisierend betrachtet, wenn sie weder durch geeignete Behandlung noch durch zumutbare Gewichtsabnahme auf ein Mass reduziert werden kann, bei welchem das Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit beziehungsweise der Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich zur Folge hat (vgl. dazu Urteile des BVerG 9C\_506/2020 vom 10. März 2021 E. 5.3.2; 8C\_663/2017 vom

### **E. 6.4**

Hinsichtlich des aktuellsten – vor Erlass der angefochtenen Verfügung am 5. November 2020 redigierten – deutschen Gutachtens vom 27. Juli 2020 von Dr. L. \_\_\_\_\_ ist zudem mit dem Beschwerdeführer (vgl. dazu oben E. 5.4) festzuhalten, dass zumindest fraglich ist, ob der Gutachter, welcher gemäss Briefkopf in Deutschland den Titel Dr. med. Dipl. Psych. führt, über die erforderlichen fachärztlichen Qualifikationen in den Disziplinen Orthopädie und Psychiatrie verfügt. Vor diesem Hintergrund ist insbesondere die Diagnose der leichtgradigen reaktiven Depression und damit auch fraglich, ob

gegebenenfalls ein indikatorengelitetes Beweisverfahren erforderlich wäre. Betreffend die gutachterliche Feststellung, der Beschwerdeführer sei noch in der Lage, regelmässig körperlich leichte Arbeiten über mindestens sechs Stunden pro Tag (mit gewissen Einschränkungen) zu verrichten, kommt hinzu, dass hieraus – wie bereits in Erwägung

## **E. 6.5**

Aus dem Dargelegten folgt, dass sich der gesundheitliche Zustand und insbesondere dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung der medizinischen Beweismittel, wie sie der Vorinstanz im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 5. November 2020 vorlagen, für den frühest möglichen Zeitpunkt der Entstehung eines Rentenanspruchs am 1. Juni 2019 (vgl. dazu oben E. 3.3) nicht schlüssig beurteilen lassen. Es kann folglich nicht auf die versicherungsmedizinischen Stellungnahmen von Dr. J. \_\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2019 und vom 8. Oktober 2020 abgestellt werden.

Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass bei einer Verbesserung des Gesundheitszustands ab 11. März 2019 – welche jedoch vorliegend zwischen den Parteien umstritten und derzeit (wie bereits dargelegt) aktenmässig nicht nachvollziehbar ist – aufgrund einer in diesem Zeitpunkt fehlenden rentenbegründenden Arbeitsunfähigkeit (vgl. dazu E. 3.3 m.H. auf das Urteil 8C\_618/2021 E. 4.2) gar nie ein Rentenanspruch für den Monat Juni 2019 hätte entstehen können, weshalb die Verfügung vom 5. November 2020 vollumfänglich aufzuheben ist. 7. 7.1 In Anbetracht dessen, dass ein polymorbides Gesundheitsgeschehen vorliegt, das bisher nie interdisziplinär und unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (eingehend) geprüft wurde, ist durch die Vorinstanz eine Begutachtung in der

C-6073/2020 Seite 30 Schweiz zumindest in den Fachrichtungen Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie anzuordnen. Ob allenfalls weitere Spezialisten zu involvieren sind, wird in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz beziehungsweise der Gutachter/innen gestellt. Im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung werden die Gutachter/innen insbesondere auch im Hinblick auf das Zusammenwirken der verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Gesamtbeurteilung vorzunehmen haben. Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.2 f.). 7.2 Eine Rückweisung an die Vorinstanz bleibt auch nach neuerer Rechtsprechung möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist, oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1 ff.). Vorliegend ist im Laufe des Rentenverfahrens in der Schweiz weder die Interdisziplinarität des multimorbiden Gesundheitsbildes noch die Zumutbarkeit von schadensmindernden Massnahmen je geprüft worden, weshalb sich eine erstmalige Prüfung hierzu aufdrängt. Auch litte die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterliegt (BGE 137 V 210 E. 4.2). Entsprechend ist der Antrag des Beschwerdeführers auf Einholung eines gerichtlichen polydisziplinären Gutachtens abzuweisen und die Sache vielmehr im Sinne des Eventualantrags an die Vor-

instanz zurückzuweisen. 7.3 Ergänzend bleibt darauf hinzuweisen, dass die vorzunehmende Rückweisung die Gefahr einer reformatio in peius beinhaltet, da die von der Vorinstanz mit Verfügung vom 5. November 2020 zugesprochene ganze Rente für den Monat Juni 2019 in Frage gestellt wird (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4). Allerdings verlangt vorliegend der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren die vollumfängliche Aufhebung der angefochtenen Verfügung (vgl. dazu bereits oben E. 2.2) und hat zusätzlich mit Stellungnahme vom 14. Juni 2022 trotz drohender reformatio in peius ausdrücklich an seiner Beschwerde festgehalten (B-act. 20).

C-6073/2020 Seite 31 7.4 Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Beschwerde gutzuheissen, die Verfügung vom 5. November 2020 – entsprechend den Anträgen des Beschwerdeführers (vgl. oben Bst. D.a und D.e) – vollumfänglich aufzuheben und die Sache – entsprechend dem Eventualantrag des Beschwerdeführers (vgl. oben Bst. D.e) – zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. 8. Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

### **E. 7.1**

In Anbetracht dessen, dass ein polymorbides Gesundheitsgeschehen vorliegt, das bisher nie interdisziplinär und unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (eingehend) geprüft wurde, ist durch die Vorinstanz eine Begutachtung in der Schweiz zumindest in den Fachrichtungen Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie anzuordnen. Ob allenfalls weitere Spezialisten zu involvieren sind, wird in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz beziehungsweise der Gutachter/innen gestellt. Im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung werden die Gutachter/innen insbesondere auch im Hinblick auf das Zusammenwirken der verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Gesamtbeurteilung vorzunehmen haben. Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.2 f.).

### **E. 7.2**

Eine Rückweisung an die Vorinstanz bleibt auch nach neuerer Rechtsprechung möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist, oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1 ff.). Vorliegend ist im Laufe des Rentenverfahrens in der Schweiz weder die Interdisziplinarität des multimorbiden Gesundheitsbildes noch die Zumutbarkeit von schadensmindernden Massnahmen je geprüft worden, weshalb sich eine erstmalige Prüfung hierzu aufdrängt. Auch litte die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterliegt (BGE 137 V 210 E. 4.2). Entsprechend ist der Antrag des Beschwerdeführers auf Einholung eines gerichtlichen polydisziplinären Gutachtens abzuweisen und die Sache vielmehr im Sinne des Eventualantrags an die Vorinstanz zurückzuweisen.

### **E. 7.3**

Ergänzend bleibt darauf hinzuweisen, dass die vorzunehmende Rückweisung die Gefahr einer reformatio in peius beinhaltet, da die von der Vorinstanz mit Verfügung vom 5. November 2020 zugesprochene ganze Rente für den Monat Juni 2019 in Frage gestellt wird (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4). Allerdings verlangt vorliegend der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren die vollumfängliche Aufhebung der angefochtenen Verfügung (vgl. dazu bereits oben E. 2.2) und hat zusätzlich mit Stellungnahme vom 14. Juni 2022 trotz drohender reformatio in peius ausdrücklich an seiner Beschwerde festgehalten (B-act. 20).

#### **E. 7.4**

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Beschwerde gutzuheissen, die Verfügung vom 5. November 2020 - entsprechend den Anträgen des Beschwerdeführers (vgl. oben Bst. D.a und D.e) - vollumfänglich aufzuheben und die Sache - entsprechend dem Eventualantrag des Beschwerdeführers (vgl. oben Bst. D.e) - zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

#### **E. 8**

Juni 2015 E. 3.2; 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C\_756/2008] E. 4.4 m.H.; Urteil des BGer 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 C-6073/2020 Seite 15 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). 4. Zum Gesundheitszustand beziehungsweise zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den vorliegenden medizinischen Akten bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 5. November 2020 im Wesentlichen Folgendes entnehmen: 4.1 Im Bericht vom 10. Oktober 2005 zum MRI des linken Knies vom 7. Oktober 2005 hielt die Fachärztin für diagnostische Radiologie, Dr. M. \_\_\_\_\_, in ihrer Beurteilung fest, es würden insbesondere deutliche degenerative Veränderungen im Bereich des Aussenmeniskushinterhorns, offenbar zusätzlich ein Zustand nach Teilresektion im Bereich der Pars intermedia, und eine Chondropathia II.-III. Grades im Bereich der lateralen Femurcondyle und im lateralen Tibiaplateau bestehen (IV-act. 110 = 185 = 219). 4.2 Im Bericht vom 16. August 2013 diagnostizierte Dr. N. \_\_\_\_\_, Kantonsspital O. \_\_\_\_\_, eine beginnende Gonarthrose links sowie einen Status nach arthroskopischer partieller Meniskektomie 1992, 1995 und 2001 und empfahl eine Arthroskopie, um die Meniskusläsion zu sanieren sowie den Knorpelstatus des Knies zu bilanzieren (IV-act. 114 = 186 = 220). Am 4. Oktober 2013 fand eine Arthroskopie des linken Knies mit partieller Meniskushinterhornresektion lateral, Debridement der Notch

sowie Plicare- sektion am Kantonsspital O.\_\_\_\_\_ statt. Dr. N.\_\_\_\_\_ stellte die folgenden Diagnosen für das linke Knie: erstgradige Chondropathie retropatellar, zweit- bis drittgradige Chondropathie femoropatellares Gleitlager bei symptomatischer Plica mediopatellaris und Lateralisierung der Patella, erst- bis zweitgradige Chondropathie medialer Condylus, erstgradige Chondropathie lateraler Condylus, jeweils erstgradige Chondropathie mediale und laterale Tibia, Horizontalriss laterales Meniskus-Hinterhorn, Insuffizienz des vorderen Kreuzbandes (VKB) bei vermutlichem Status nach alter VKB-Ruptur (IV-act. 115 = 187 = 221). Im anschliessenden Bericht vom 12. November 2013 wurde festgehalten, der Patient sei sechs Wochen postoperativ mit dem aktuellen Ergebnis zufrieden. Die Schmerzen seien vollständig regredient, der Kniegelenkserguss nicht mehr vorhanden

C-6073/2020 Seite 16 und die Narben reizlos verheilt. Die Arbeit als Chemikant gelinge problemlos (IV-act. 116 = 188 = 222). 4.3 Im Bericht des Kantonsspitals O.\_\_\_\_\_ vom 28. Juli 2015 zum Unfall vom 27. Juli 2015 (vgl. auch oben Bst. B erster Absatz) hielt Dr. P.\_\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer habe auf der Treppe zwei Tritte übersehen und das rechte Knie überstreckt. Als Hauptdiagnosen wurden eine Überstreckung dorsal des rechten Knies, ein Status nach Kreuzband-Meniskus-Läsion (Operationen 1993, 1995, 1997) sowie ein Status nach Femurfraktur rechts, Osteosynthese / Schraubenentfernung festgehalten. Das Röntgen habe keine Hinweise auf eine frische ossäre Läsion ergeben. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 27. bis 31. Juli 2015 (IV-act. 51). 4.4 In der Folge wurde am Q.\_\_\_\_\_ ein MRI des rechten Knies durchgeführt. Dr. R.\_\_\_\_\_ berichtete am 2. September 2015, dass ein Status nach Knieoperation und Femurmarknagelung mit entsprechenden Strukturalterationen bestehe. Die ossären Strukturen seien ansonsten intakt. Es würden fortgeschrittene degenerative Veränderungen im medialen Kniekompartiment bestehen, weniger ausgeprägt femoropatellär und leichtgradig im lateralen Kniekompartiment. Die Knorpelschicht im medialen Kniekompartiment sei zum Teil hochgradig verschmälert und zum Teil auch praktisch fehlend. Begleitend bestehe eine Läsion des medialen Meniskus mit in die Unterfläche durchgreifendem Einriss im Corpus mit Ausdehnung in den Übergang zum Vorderhorn und teils radiärem, teils ganz feinem in die Unterfläche durchgreifendem Einriss im lateralen Meniskushinterhorn sowie eine kleine Bakerzyste (IV-act. 63 = 117). 4.5 Am 22. Oktober 2015 berichtete S.\_\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin, der Suva, dass am rechten Knie ein Distorsions-trauma vom 27. Juli 2015 und am linken Knie ein Status nach Knieläsion bestehe. Sie attestierte dem Beschwerdeführer bis auf weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (IV-act. 57 = 129 S. 4 f. = 129 S. 7 f.) 4.6 Dr. T.\_\_\_\_\_ vom Kantonsspital O.\_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 17. November 2015 zur ambulanten Behandlung aus, als Hauptdiagnose bestehe eine posttraumatische laterale Femoropatellararthrose sowie mediale femorotibiale Arthrose im Knie rechts mit Status nach offener Patellafraktur und Status nach distaler Femurschaftfraktur 1992 und als Nebendiagnose eine Adipositas. In der Beurteilung hielt er fest, die klinischen Befunde und die Röntgenbilder seien ausführlich besprochen worden. Es bestehe radiologisch eine deutliche mediale Arthrose, welche aber klinisch

C-6073/2020 Seite 17 wie anamnestisch oligosymptomatisch sei. Zuerst werde eine konservative Therapie vorgeschlagen und eine therapeutische Kniegelenksinfiltration rechts geplant. Sollte unter diesen Massnahmen kein befriedigender Zustand erreicht werden, müsste eine Kniearthroskopie mit lateraler Z-Plastik und Facektomie diskutiert werden

(IV-act. 60 = 113 = 189 = 223). Gemäss Bericht vom 10. Dezember 2015 fand schliesslich am 8. Dezember 2015 eine diagnostische / therapeutische Infiltration des rechten Knies am Kantonsspital O. \_\_\_\_\_ durch Oberarzt U. \_\_\_\_\_ statt (IV-act. 70 = 112 = 190 = 224).

4.7 Der Kreisarzt der Suva, Dr. V. \_\_\_\_\_, hielt in seiner Beurteilung vom 15. Dezember 2015 fest, es sei zu einer vorübergehenden Verschlechterung des rechten Knies am 27. Juli 2015 gekommen. Ende November hätten die Unfallfolgen jedoch keine Rolle mehr gespielt. Die Beschwerden des rechten Knies seien auf das Ereignis vom 9. September 1992 zurückzuführen (IV-act. 66).

4.8 Am 24. Februar 2016 führte Dr. T. \_\_\_\_\_ vom Kantonsspital O. \_\_\_\_\_ im Rahmen der gesetzlichen Abklärungen der Arbeitslosenversicherung aus, dass grundsätzlich mit einer Besserung des gegenwärtigen Zustandes zu rechnen sei, so dass es zu keiner dauernden Arbeitsunfähigkeit kommen sollte. Es seien entsprechende therapeutische Massnahmen eingeleitet worden. Eine sitzende Tätigkeit sei zu 100 % möglich, allenfalls sei auch eine gehende und sitzende Tätigkeit mit leichten Belastungen möglich. Schwere körperliche Arbeiten seien hingegen nicht möglich. Auch längerfristig sollte eine eher leichte körperliche Tätigkeit oder auch eine sitzende Tätigkeit angestrebt werden (IV-act. 111).

4.9 Am 29. März 2016 nahm der Suva-Kreisarzt Dr. V. \_\_\_\_\_ eine ausführliche ärztliche Beurteilung vor. Er hielt im Ergebnis wiederum fest, das Ereignis vom 27. Juli 2015 habe zu keinen strukturell objektivierbaren Läsionen des rechten Kniegelenks geführt. Die Veränderungen seien auf den Vorzustand aus dem Jahr 1992 zurückzuführen. Das Ereignis vom 27. Juli 2015 habe zu einer vorübergehenden Verschlechterung des rechten Kniegelenks geführt. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hätten die Unfallfolgen ab Ende November 2015 keine Rolle mehr gespielt (IV-act. 73).

4.10 Gemäss vorläufigem undatiertem Arztbericht von Dr. W. \_\_\_\_\_, Klinikum X. \_\_\_\_\_, wurde der Beschwerdeführer vom 14. bis 18. Dezember 2017 infolge eines ischämischen Schlaganfalls im rechten hinteren Kapselschenkel / Thalamus stationär behandelt. Die notfallmässige Vorstellung des Patienten sei aufgrund einer akut aufgetretenen Hemihypästhesie und -parese links erfolgt. Im durchgeführten cCT (craniale Computertomographie) und der CT-Angiographie hätten sich keine Hinweise auf eine frische Ischämie, Blutung, Stenosen oder Verschlüsse gezeigt. Die Echokardiographie habe sich ohne wegweisenden Befund gezeigt. Das durchgeführte cMRT (Magnetresonanztomographie des Kopfes) habe allerdings einen ischämischen Schlaganfall im rechten hinteren Kapselschenkel / Thalamus gezeigt. Die extrakranielle Dopplersonographie der hirnversorgenden Gefässe habe ebenfalls keine höhergradigen Stenosen oder Verschlüsse gezeigt. Der Beschwerdeführer sei am 18. Dezember 2017 nach Hause entlassen worden. Die Genese des Schlaganfalls müsse noch offen bleiben (IV-act. 15 = 17 = 122 = 170 = 191 = 225).

4.11 Am 7. Mai 2018 fand eine phlebologische Untersuchung durch Y. \_\_\_\_\_, Ärztin für Innere Medizin und Angiologie, statt. Unter dem Titel Diagnose wurde festgehalten, es liege ein unauffälliges tiefes Venensystem ohne Hinweis für frische oder alte Phlebothrombose vor. Entsprechend seien keine weiteren Massnahmen erforderlich (IV-act. 18 = 118 = 171 = 179 = 193 = 206 = 227).

4.12 Z. \_\_\_\_\_, Zentrum Aa. \_\_\_\_\_, berichtete am 26. August 2019 über die am 14. Mai 2018 erfolgte Untersuchung des Beschwerdeführers, im Rahmen derer ein Zustand nach Schlaganfall (I64), eine Hypertonie (I10), Adipositas, ein Zustand nach Oberschenkelfraktur rechts, Thalamusinfarkt, Hemiparese, Neurasthenie und «Schmerzsyndrom-chronisch (zentral)» diagnostiziert wurde. Der Patient habe über Fremdgefühl und Taubheit der kompletten linken Körperseite geklagt. Im neurologischen Befund wurde insbesondere festgehalten, dass kein Meningismus und kein Nystagmus

bestehe sowie die Okulo- und Pupillomotorik beidseits intakt sei. Das Gesichtsfeld sei fingerperimetrisch geprüft und beidseits regel- recht. Die übrigen Hirnnerven seien ebenfalls regelrecht. Die muskeleige- nen Reflexe seien seitengleich auslösbar, es würden keine motorisch neu- rogenen Paresen bestehen, es bestehe eine Hemihypästhesie im Gesicht links, das Gangbild sei nicht beeinträchtigt und die Koordination regelrecht (IV-act. 181 = 215). 4.13 Im Gutachten zur Zusammenhangsfrage vom 19. August 2018 zu- handen der F.\_\_\_\_\_ hielt Dr. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, Un- fallchirurgie und Sportmedizin, in der Anamnese (vgl. S. 3 ff.) insbesondere fest, der Beschwerdeführer sei am 9. September 1992 mit dem Motorrad

C-6073/2020 Seite 19 verunfallt und habe sich dabei eine schwere Knieverletzung rechts zuge- zogen, die noch am Unfalltag operiert worden sei. Bereits zuvor habe er sich jedoch am 15. Juni 1992 im Rahmen eines Arbeitsunfalles eine Knie- verletzung links mit einer Aussenmeniskus-Vorderhorn-Verletzung zugezo- gen. Gemäss Angaben des Beschwerdeführers seien beide Knie in den folgenden Jahren mehrfach operiert worden. Am 27. Juli 2015 sei er schliesslich auf einer Treppe im Betrieb während der Arbeit verunfallt, habe sich das Knie verdreht und es sei dabei zu einer Überstreckung nach hinten gekommen. Dies sei gemäss Beschwerdeführer in den Unterlagen fälsch- licherweise als privater Unfall angegeben worden. Befragt zu seinen Be- schwerden habe der Beschwerdeführer am 14. August 2018 zusammen- fassend angegeben (vgl. S. 8 f.), es würden Schmerzen in beiden Kniege- lenken, rechts führend, bestehen mit Bewegungseinschränkung und Zu- nahme unter Belastung, vor allem beim Treppengehen und auf längeren Strecken. Immer wieder bestehe das Gefühl der Instabilität nach dorsal im rechten Kniegelenk und es werde eine Wetterfühligkeit beschrieben. Der Gutachter hielt als Unfallfolgen Folgendes fest (vgl. S. 13): mässige Bewe- gungseinschränkung im rechten Kniegelenk; geringer Gelenkserguss; aus- gedehnte, reizlose Narbenbildung im Bereich des rechten Kniegelenkes; minimale ventrale Instabilität des rechten Kniegelenkes; geringe Umfangs- vermehrung des rechten Kniegelenkes in Kniescheibenmitte; posttrauma- tische Innen- und Aussenmeniskusläsion mit Baker-Zyste; radiologische Veränderungen mit fortgeschrittener, medial betonter, posttraumatischer Gonarthrose rechts und lateral betonte posttraumatische Femoropatellar- arthrose rechts; belastungsabhängig zunehmende Schmerzen im rechten Kniegelenk; Wetterfühligkeit. Unfallunabhängig würden zudem eine begin- nende, lateral betonte Gonarthrose links (nach Unfall vom 15. Juni 1992), eine Sensibilitätsminderung der gesamten linken Körperhälfte und Kraft- minderung im Bereich des linken Beines nach Thalamus-Infarkt im Dezem- ber 2017, eine Senkspreizfuss-Deformität beider Füsse sowie Adipositas vorliegen (IV-act. 19 = 126 = 160 = 172 = 194 = 208). 4.14 Vom 6. bis 8. März 2019 befand sich der Beschwerdeführer in statio- närer Behandlung im Schlaflabor des Bb.\_\_\_\_\_ in D-(...). Die Aufnahme sei zur Polysomnographie bei vom Beschwerdeführer empfundener Tages- müdigkeit / Tagesschläfrigkeit erfolgt. Prof. Dr. Cc.\_\_\_\_\_ und Dd.\_\_\_\_\_ diagnostizierten im Bericht vom 8. März 2019 ein schwergra- diges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit nächtlicher Hypoventilation (O2-Durchschnittswert bei 88 %, t90 bei 57,8 %; G47.3), eine Rhonchopa- thie (R06.5), eine arterielle Hypertonie (I10), einen Zustand nach Apoplex:

C-6073/2020 Seite 20 Thalamusinsult 12/2017 (Z86.7), Adipositas III (E66.0), wohl Diabetes mel- litus Typ II (Medikation noch nicht begonnen) und eine Hyperurikämie. Auf- grund der Beschwerdesymptomatik und der internistischen Begleiterkran- kungen sei eine CPAP-Therapie eingeleitet. worden Darunter habe sich eine Besserung der nächtlichen

Atemstörung (RDI: 0,9/h) und der Schlaf- parameter gezeigt (IV-act. 120 = 159 = 195 = 199 = 209 = 228). 4.15 Im ärztlichen Befundbericht vom 11. März 2019 zuhanden der Deutschen Rentenversicherung hielt Dr. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, als Diagnosen einen Zustand nach subakutem ischämischem Insult im rechten hinteren Kapselschenkel / Thalamus, eine Hypertonie sowie einen Zustand nach mehrmaligen Kniegelenks-Operationen fest. Als aktuelle Beschwerden führte er eine Hypästhesie der linken Körperhälfte, keine Paresen und bewegungsabhängige Beschwerden beider Kniegelenke auf. Der Beschwerdeführer sei aktuell dahingehend eingeschränkt, als lediglich eine Gehfähigkeit von ca. 30 Minuten bestehe (IV-act. 23 = 31 = 176). Dem Medikationsplan gleichen Datums ist zu entnehmen, dass dem Beschwerdeführer die Wirkstoffe Acetylsalicylsäure (entzündungshemmendes Schmerzmittel), Bisoprolol (Blutdrucksenker), Atorvastatin (Blutfettwert- senker), Candesartan (Blutdrucksenker) und Rivaroxaban (Gerinnungs- hemmer) verschrieben wurden (IV-act. 22 = 175). Dem Medikationsplan vom 1. Juli 2019 ist sodann zu entnehmen, dass dem Beschwerdeführer zusätzlich die Wirkstoffe Amlodipin (Blutdrucksenker) und Metformin (Anti- diabetikum) verschrieben wurden (IV-act. 121). 4.16 Am 25. Juli 2019 berichtete Z.\_\_\_\_\_, Zentrum Aa.\_\_\_\_\_, dass der Beschwerdeführer bei Wiedervorstellung weiterhin über Kribbelparästhesien, teilweise auch Schmerzen der linken Körperhälfte geklagt habe. Zudem fühle er sich überfordert, müde, gereizt. Er schlafe sehr schlecht. Ein Schlafapnoesyndrom sei festgestellt worden. Vom klinischen Aspekt her bestehe unverändert eine Hemihypästhesie und latente Hemiparese links, psychisch liege ein affektives Syndrom bei Thalamusschädigungen vor. Die primäre medizinische Notwendigkeit liege jedoch in der dringenden Gewichtsabnahme. Er habe bereits die typischen Folgekrankheiten bei Adipositas, in diesem Sinne Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, Schlafapnoesyndrom und Zustand nach Thalamusinfarkt. Um weitere Folgeschädigungen zu vermeiden, müsse der Patient dringend Gewicht ab- nehmen (IV-act. 124 = 136 = 182 = 196 = 210 = 212 = 216). 4.17 Hinsichtlich der Nachuntersuchung vom 2. August 2019 führte Dr. G.\_\_\_\_\_ zuhanden der F.\_\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer habe

C-6073/2020 Seite 21 angegeben, die Beschwerden im rechten Kniegelenk seien insgesamt etwas schlechter geworden. Die mögliche Gehstrecke betrage weiterhin ca. 15-20 Minuten. Hinsichtlich der Beschwerden im linken Kniegelenk habe er angegeben, dass sich diese in den letzten neun Monaten ebenfalls verschlechtert hätten. Der Gutachter hielt als Unfallfolgen Folgendes fest: Bewegungseinschränkung im rechten Kniegelenk 0-10-110°; ausge- dehnte, reizlose Narbenbildung im Bereich des rechten Kniegelenks; mini- male ventrale Instabilität des rechten Kniegelenks; geringer Gelenkser- guss; bekannte posttraumatische Innen- und Aussenmeniskusläsion; radi- ologische Veränderungen mit fortgeschrittener, medial betonter, posttrau- matischer Gonarthrose rechts und lateral betonter posttraumatischer Femoropatellararthrose rechts; belastungsabhängige, zunehmende Schmerzen im rechten Kniegelenk; Wetterfühligkeit; Schwellneigung rech- tes Kniegelenk. Unfallunabhängig würden ausserdem folgende Gesund- heitsstörungen vorliegen: beginnende, lateral betonte Gonarthrose links bei Zustand nach Aussenmeniskusläsion; Sensibilitätsminderung der ge- samten linken Körperhälfte mit geringer Kraftminderung im Bereich des lin- ken Beines nach Thalamus-Infarkt 12/2017; Schlafapnoe-Syndrom; arteri- elle Hypertonie; Adipositas per magna (BMI 41); Hypercholesterinämie; Hyperurikämie; Verdacht auf Diabetes mellitus Typ II; Senk-Spreizfuss-De- formität beider Füße (IV-act. 125 = 131 = 137 = 161 = 197 = 211).

4.18 Im neurologischen Gutachten vom 26. September 2019 hielt Dr. Ee.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, zusammenfassend fest, beim Beschwerdeführer würden in der Folge eines kleinen Hirninfarktes rechts- seitig vor knapp zwei Jahren noch Beschwerden der linken Körperseite vorliegen, die als Sensibilitätsstörung mit kombinierter Feinmotorikstörung erlebt würden. Bei der hiesigen Untersuchung finde sich keine latente oder manifeste motorische Hemiparese mehr, die Bewältigung des Alltags (An- kleiden, Hantieren mit Papieren, Bedienung des PCs, Kochen mit repetiti- ven Schneidbewegungen) seien nach eigenem Bekunden und nach der hiesigen Beobachtung nicht relevant eingeschränkt. Man werde allerdings erhöhte Anstrengungen, wie sie beruflich beispielsweise in der chemischen Industrie verlangt würden, nicht mehr zumuten können. Beim Probanden sei eine Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen Zügen deutlich, die seine Einsatzfähigkeit in leitenden Funktionen nicht zulasse. Ein Krank- heitsbewusstsein bestehe hier typischerweise nicht, so dass er auch the- rapeutischen Interventionen gegenüber nicht aufgeschlossen sein könne. Für die von den Fachkollegen vermutete organische affektive Störung finde sich keine Bestätigung. Durch die anerkannten Unfallfolgen an den Beinen sei er in seiner Belastbarkeit weiter eingeschränkt, was jedoch nicht eine

C-6073/2020 Seite 22 derartige Beeinträchtigung darstelle, als dass ein unter sechsständiges Leistungsvermögen resultiere. Von den Folgen des kleinen Schlaganfalles vor knapp zwei Jahren habe sich der Proband spontan recht gut erholt, behalte jedoch die oben beschriebenen Funktionsstörungen noch bei (IV- act. 138 [fehlende S. 9] = 146 [fehlende S. 9] = 152 [vollständig]). 4.19 In der medizinischen Stellungnahme vom 12. Dezember 2019 führte RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_\_ aus, aus orthopädischer Sicht könne gemäss Be- richt wegen der Kniegelenksarthrose keine stehende Tätigkeit wie früher mehr zugemutet werden. Neurologisch hätten keine schweren Verände- rungen (neuropsychologisch) festgestellt werden können. Hier sei eine an- gepasste Tätigkeit zumutbar. Es bestehe noch eine leichte sensible Hemi- symptomatik. Initial könne nach dem Infarkt die bisherige Tätigkeit nicht mehr zugemutet werden, erst angepasst nach dem Bericht von Dr. K.\_\_\_\_\_, in dem eine Gehfähigkeit von ½ Stunde festgestellt werde. Dies werde durch den Neurologen im aktuellen Gutachten bestätigt (IV- act. 153). 4.20 Im ärztlichen Gutachten vom 27. Juli 2020 hielt Dr. L.\_\_\_\_\_ nach einer ausführlichen Anamnese folgende Diagnosen zuhanden des Sozial- gerichtes I.\_\_\_\_\_ fest: Posttraumatische Kniegelenksarthrose rechts nach offener Fraktur im Jahre 1992 und Retraumatisierung ohne Weicht- eilverletzung im Jahre 2015; Instabilität und incipiente Kniegelenksarthrose links bei Zustand nach wiederholten arthroskopischen Eingriffen inklusive Meniskusrefixation; Zustand nach Hirninfarkt im Thalamusbereich rechts im Jahre 2017 mit anhaltender leichtgradiger Hemihypästhesie und sub- jektiver Hemiparese links insbesondere der Hand, aber auch im Bereich der gesamten linken Körperseite einschliesslich dem Gesichtsbereich; me- tabolisches Syndrom mit Hypercholesterinämie, arterielle Hypertonie, Fett- leberhepatitis, beginnendem Diabetes mellitus und Adipositas per magna bei Zustand nach akuter Pankreatitis im Jahre 2015 sowie Schlaf-Apnoe- Syndrom unter allerdings suffizienter nächtlicher Überdruckbeatmungsthe- rapie; leichtgradige reaktive Depression mit gelegentlich verminderter Im- pulskontrolle, Zukunftsängsten in Bezug auf die Partnerschaft, mit Insuffi- zienzgefühlen und sexuellen Funktionsstörungen, Selbstwerteinbrüchen und verstärkter Verletzlichkeit auch im Rahmen des Verfahrens, speziell auch den Prozessen der Begutachtung – kein Hinweis auf manifeste nar- zisstische Persönlichkeitsstörung und keine durchgängige eigenständige Schmerzchronifizierung. Keinem der Leiden komme ein erwerbsmindern- der Einfluss im Sinne der aktuell

unüberwindlichen quantitativen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu.

C-6073/2020 Seite 23 Ein solcher ergebe sich auch nicht aus ihrem Zusammenwirken. Der Beschwerdeführer sei noch in der Lage, regelmässig körperlich leichte Arbeiten über mindestens sechs Stunden pro Tag (mit gewissen Einschränkungen) zu verrichten. Die Arbeiten müssten vorrangig im Sitzen stattfinden und dürften lediglich mit gelegentlichem Stehen oder Gehen verbunden sein (IV-act. 238). 4.21 Dem Arztbericht betreffend die stationäre Behandlung vom 23. bis 28. Juli 2020 im Klinikum X. \_\_\_\_\_ ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer mit einem Herpes zoster V1 rechts zur systemischen Aciclovirtherapie vorgestellt habe. Ungefähr fünf Tage zuvor seien gruppiert stehende Bläschen auf erythematösem Grund an der rechten Stirn aufgetreten und seit drei Tagen würden zunehmende Schmerzen an der betroffenen Stelle bestehen. Unter Therapie sei eine deutliche Befundbesserung ohne neu aufgetretene Bläschen eingetreten, so dass der Beschwerdeführer habe entlassen werden können (IV-act. 236). 4.22 In der medizinischen Stellungnahme vom 8. Oktober 2020 ergänzte Dr. J. \_\_\_\_\_ seine Einschätzung vom 12. Dezember 2019 (vgl. oben E. 4.19) dahingehend, dass der Beschwerdeführer vorgebracht habe, es würden verschiedene Behinderungen (Kniearthrosen, Schlafapnoe, Adipositas, Diabetes) bestehen. Grundsätzlich würden Behinderungen nicht adi. Die Gonarthrosen seien bereits in die Beurteilung miteinbezogen, die Schlafapnoe sei behandelbar, Adipositas als solche sei nicht invalidisierend, sondern höchstens die Auswirkung, und der Diabetes sei ebenfalls behandelbar. Zur zwischenzeitlichen Hospitalisation infolge Herpes zoster führt der RAD-Arzt aus, hier erfolge üblicherweise keine Dauerschädigung. Weiter sei ein Gutachten erstellt worden, welches dem Versicherten eine angepasste Tätigkeit zu mindestens sechs Stunden zumute und einen Rehabilitationsaufenthalt empfehle, was sicherlich Sinn mache. Der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit ab 14. Dezember 2017 zu 100 % arbeitsunfähig und in einer angepassten Tätigkeit zu 0 % ab

### **E. 8.1**

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxismässig als Obsiegen der Beschwerde führen den Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Auch der Vorinstanz sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 8.2**

Der obsiegende, durch Rechtsanwältin Stephanie Fröhlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung, womit der subsidiäre Anspruch auf eine Entschädigung aus der mit Zwischenverfügung vom 9. Februar 2021 bewilligten unentgeltlichen Rechtsverbeiständung entfällt (vgl.

KAYSER/ALTMANN, Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], 2. Aufl. 2019, Rz. 82 zu Art. 65). Rechtsanwältin Stephanie Fröhlich reichte am 14. Dezember 2021 eine Kostennote ein, welche für das Gericht vor dem Hintergrund, dass sie den Beschwerdeführer ab Einreichung der Replik vertreten hat, nachvollziehbar ist (vgl. B-act. 15 Beilage 2). Inklusive Auslagen, aber ohne Mehrwertsteuer resultiert eine Parteientschädigung von Fr. 2'441.- (vgl. zur Mehrwertsteuer Art. 1 Abs. 2 Bst. a

MWSTG [SR 641.20] i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE; vgl. dazu auch Urteile des BVGer C-5889/2012 vom 28. September 2015 E. 4.2 und C-6983/2009 vom

## E. 11

März 2019 (IV-act. 242). 5. 5.1 Die Vorinstanz geht vorliegend insbesondere gestützt auf die medizinische Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. J.\_\_\_\_\_ (vgl. oben E. 4.22) davon aus, dass der ischämische Insult ab 14. Dezember 2017 eine Arbeitsunfähigkeit und eine Erwerbseinbusse von jeweils 100 % verursacht habe und entsprechend grundsätzlich ab dem 1. Dezember 2018 ein Anspruch

C-6073/2020 Seite 24 auf eine ganze Rente bestehe. Ab 11. März 2019 (Befundbericht von Dr. K.\_\_\_\_\_ [vgl. dazu oben E. 4.15]) habe sich jedoch der Gesundheitszustand verbessert, sodass zwar die Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Operator / Schichtmeister noch 100 % betrage, jene in der Ausübung einer den Funktionseinschränkungen angepassten Tätigkeit jedoch 0 %, was letztlich zu einer Verminderung der Erwerbseinbusse auf 29 % führe. Folglich bestehe unter Berücksichtigung der Verbesserung nach drei Monaten ab dem 1. Juli 2019 kein Anspruch mehr auf eine Rente (IV-act. 245 = B-act. 1 Beilage 1). 5.2 In seiner Beschwerde bringt der in diesem Zeitpunkt noch nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführer vor, die errechnete Erwerbseinbusse von 29 % sei falsch, denn es liege ein Gutachten vor, wonach die MdE für die Knie 10 % (links) und 20 % (rechts) betragen würden. Ausserdem seien weitere Gesundheitsstörungen gegeben. Ihm sei ausserdem zwischenzeitlich in Deutschland eine Behinderung von 50 % nach dem Schwerbehindertenrecht attestiert worden (B-act. 1). 5.3 Die Vorinstanz macht vernehmlassungsweise geltend, es würden umfassende ärztliche Unterlagen vorliegen, welche im Anhörungsverfahren ergänzt und durch den ärztlichen Dienst eingehend geprüft worden seien. Dabei seien sämtliche Gesundheitsstörungen mitberücksichtigt und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit beurteilt worden. Aus den Unterlagen ergebe sich, dass sowohl die beurteilenden Ärzte als auch der ärztliche Dienst im Hinblick auf die Diagnosen, die leidensbedingten Einschränkungen sowie die Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu übereinstimmenden Schlussfolgerungen gekommen seien. Auf diese könne folglich abgestellt werden. In der angestammten Tätigkeit bestehe seit dem Infarkt am 14. Dezember 2017 keine Arbeitsfähigkeit mehr. Ab dem 11. März 2019 sei die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht mehr eingeschränkt. Unter Berücksichtigung eines Leidensabzuges von 10 % ergebe sich eine Erwerbseinbusse von 29 % – dieser Invaliditätsgrad begründe keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Der Versicherte habe sich am 10. Dezember 2018 zum Leistungsbezug angemeldet, der Rentenanspruch entstehe somit am 1. Juni 2019 gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG und ende am 30. Juni 2019 gemäss Art. 88a IVV (B-act. 8). 5.4 Replikweise macht der zwischenzeitlich anwaltlich vertretene Beschwerdeführer geltend, die Vorinstanz folgere aus dem Befundbericht von Dr. K.\_\_\_\_\_ vom 11. März 2019, dass er seit diesem Datum in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei, obwohl sich Dr. K.\_\_\_\_\_

C-6073/2020 Seite 25 im Befundbericht nicht zur Arbeitsfähigkeit äussere. Dr. K.\_\_\_\_\_ habe ihm im Zeitraum vom 4. März 2019 bis 1. April 2019 vielmehr eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert, was der RAD-Beurteilung widerspreche. Der ärztliche Befundbericht vom 11. März 2019 genüge damit als Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von vornherein nicht, da er sich zu den konkreten

Leistungseinschränkungen nicht äussere. Es handle sich bei diesem Befundbericht lediglich um eine Auflistung der Diagnosen und Beschwerden des Beschwerdeführers ohne (spezialärztliche) Aussagen zur verbleibenden Leistungsfähigkeit. Der RAD leite aus der halbstündigen Gehfähigkeit des Beschwerdeführers eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ab, was jedoch der Abklärungspflicht nicht genüge und der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 4. März 2019 widerspreche. Das Datum des Befundberichts könne deshalb für den Beginn einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit jedenfalls nicht herangezogen werden. Die weiteren Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von Dr. K. \_\_\_\_\_ würden ebenfalls gegen das Vorliegen einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sprechen, weshalb weitere medizinische Abklärungen indiziert seien. Hinsichtlich des Fachgutachtens von Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 2. August 2019 bringe der Beschwerdeführer vor, bei Dr. G. \_\_\_\_\_ handle es sich um einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und nicht um einen Neurologen. Ausserdem beurteile dieses Gutachten im Wesentlichen die Unfallkausalität, die jedoch für das vorliegende Verfahren nicht von Relevanz sei. Vor diesem Hintergrund sei eine umfassende medizinische Untersuchung / Begutachtung des Beschwerdeführers in der Fachrichtung Orthopädie zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit angezeigt. Das neurologische «Gutachten» von Dr. Ee. \_\_\_\_\_ erfülle sodann die Anforderungen zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht. Was schliesslich das Gutachten von Dr. L. \_\_\_\_\_ betreffe, beurteile er als Facharzt für Innere Medizin in seinem Gutachten gleich sämtliche Leiden des Beschwerdeführers aus verschiedenen Fachrichtungen, welche jedoch von jeweiligen Spezialärzten beurteilt werden müssten. Angezeigt sei daher eine spezialärztliche polydisziplinäre Begutachtung, die nicht von einem Arzt allein durchgeführt werden könne (B-act. 11 Rz. 5-8). 5.5 In ihrer Duplik äussert sich die Vorinstanz dahingehend, dass sich weder aus dem gesetzlichen Untersuchungsprinzip gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG noch aus der Rechtsprechung ergebe, dass bei jeder Prüfung von Leistungsansprüchen zwingend eine Begutachtung durchgeführt werden müsse. Es sei gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung durchaus statthaft, gestützt auf ohne eigentlichen Begutachtungsauftrag eingeholte Arztberichte über einen Leistungsanspruch zu entscheiden, wenn diese

C-6073/2020 Seite 26 den hierfür erforderlichen Aufschluss vermitteln würden. Der ärztliche Dienst habe im vorliegenden Fall einen feststehenden medizinischen Sachverhalt beurteilt. Die Fachärzte seien zu übereinstimmenden Schlussfolgerungen gekommen. Sowohl die zur Verfügung stehenden Gutachten als auch die Stellungnahmen des ärztlichen Dienstes seien umfassend und nachvollziehbar, so dass auf diese abgestellt werden könne. Aus den im Beschwerdeverfahren neu eingereichten ärztlichen Attesten würden sich ausserdem keine neuen Aspekte ergeben, sondern lediglich eine Diagnose geliefert, welche bereits bekannt gewesen sei (B-act. 13). 5.6 Der Beschwerdeführer mache mit unaufgeforderter Eingabe unter Bezugnahme auf das zwischenzeitlich ergangene deutsche Rentengutachten (Nachprüfung MdE), mit welchem eine weitere Verschlechterung im rechten Knie sowie der Gehfähigkeit festgestellt worden sei, erneut geltend, es sei ein Gutachten über die verbleibende Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers angezeigt (B-act. 15; vgl. auch oben Bst. B in fine und D.h). 5.7 In ihrer diesbezüglichen Stellungnahme führt die Vorinstanz aus, aus dem deutschen Rentengutachten würden sich keine neuen Aspekte ergeben, insbesondere sei die posttraumatische Gonarthrose schon immer berücksichtigt worden. Darüber hinaus sei darauf hinzuweisen, dass sich der Invaliditätsgrad nach schweizerischem Recht nicht nur aufgrund der Gesundheitsbeeinträchtigung als solche

bemesse, sondern nach den Auswirkungen derselben auf die Erwerbsfähigkeit. Aus der Replik würden sich somit keine neuen Gesichtspunkte ergeben, welche geeignet wären, die Beurteilung des ärztlichen Dienstes in Frage zu stellen oder Veranlassung zu weiteren medizinischen Abklärungen zu geben (B-act. 17). 6. Nachfolgend ist vor dem Hintergrund, dass bislang keine interdisziplinäre Beurteilung der Beschwerden des Beschwerdeführers vorgenommen wurde, zu prüfen, ob den Aktenberichten des medizinischen Dienstes der IVSTA (vgl. oben E. 4.22) Beweiswert im Sinne der Rechtsprechung (vgl. oben E. 3.7.4) zukommt.

## **E. 12**

April 2010 E. 3.2). Die Parteientschädigung ist von der Vorinstanz nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zu leisten.

C-6073/2020 Seite 32

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