

# **BVGer C-6146/2018 vom 29. April 2020**

Bundesverwaltungsgericht, 2020-04-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6146\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6146_2018)

FR: TAF C-6146/2018 du 29 avril 2020

IT: TAF C-6146/2018 del 29 aprile 2020

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

### **E. 1.2**

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist.

### **E. 1.3**

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung vom 10. Oktober 2018 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert. Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG, Art. 52 VwVG).

### **E. 2.1**

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

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer war Grenzgänger und hatte seine letzte Arbeitsstelle bei der B.\_\_\_\_\_ in (...) im Kanton C.\_\_\_\_\_ (SVA 2, 5). Er wohnt zudem in (...), Deutschland, im benachbarten Grenzgebiet. Somit hat er sich zu Recht bei der SVA C.\_\_\_\_\_ zum Leistungsbezug angemeldet und hat diese die Abklärungen zum Leistungsgesuch vorgenommen. Gemäss den Ausführungen in E. 2.1 ist auch der Erlass der

Rentenverfügung durch die IVSTA bzw. die Eröffnung durch sie nicht zu beanstanden.

### **E. 3**

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Deutschland und hat dort seinen Wohnsitz. 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 an den Verordnungen Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 zu beachten (siehe AS 2015 343, AS 2015 345, AS 2015 353). Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

### **E. 4.1**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG; Benjamin Schindler, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, 2. Aufl. 2019, Rz. 1 ff. zu Art. 49).

### **E. 4.2**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. In die Mitgliedstaaten der Europäischen Union sind Viertelsrenten jedoch entgegen Art. 29 Abs. 4 IVG exportierbar (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

### **E. 4.3**

Die Behörde hat den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum - auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden - Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b, BGE 125 V 193 E. 2) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3, BGE 124 V 90 E. 4b; Urteil des BGer 8C\_392/2011 vom 19. September 2011 E. 2.2).

#### **E. 4.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

#### **E. 4.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee und BGE 122 V 157 E. 1d).

#### **E. 4.6.1**

Aufgabe des Regionalen Ärztlichen Dienstes (wie auch des ärztlichen Dienstes der IVSTA) ist es, 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 zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C\_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Der ärztliche Dienst hat die vorhandenen Befunde nach Massgabe des schweizerischen Rechts aus versicherungsmedizinischer Sicht zu würdigen. Dessen Stellungnahme kommt insbesondere dann besondere Bedeutung zu, wenn keine Berichte von Sachverständigen vorliegen, die mit den nach schweizerischem Recht erheblichen versicherungsmedizinischen Fragen vertraut sind, sondern eine Vielzahl von Berichten behandelnder sowie vom heimatlichen Versicherungsträger beauftragter Ärztinnen und Ärzte (vgl. Urteil des BVer C-6027/2014 vom 8. Februar 2016 E. 3.2.1; vgl. auch Urteile des BVer C-5655/2015 vom 22. Juni 2017 E. 4.7 und C-7367/2016 vom 1. März 2018 E. 6.2.2).

#### **E. 4.6.2**

Die Stellungnahmen des ärztlichen Dienstes müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht (vgl. oben E. 4.5) genügen. Die Ärztinnen und Ärzte müssen über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. Urteil des BGer 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 mit Hinweis auf

BGE 125 V 351 E. 3a; Urteil des BGer 9C\_904/2009 vom 7. Juni 2010 E. 2.2). Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Ärztinnen und Ärzte ihre Beurteilungen nicht aufgrund eigener Untersuchungen abgeben, sondern lediglich die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen haben. Ihre Stellungnahmen 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\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 und 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 m.w.H.; vgl. auch Urteil C-7367/2016 E. 6.2.3).

### **E. 5.1**

Das Bundesverwaltungsgericht hat in seinem Urteil vom 20. Dezember 2016 im Verfahren C-4354/2015 das Vorliegen der Mindestbeitragsdauer gemäss Art. 36 IVG bejaht (E. 4.2), weshalb diese Voraussetzung hier nicht mehr zu prüfen ist. Zur Frage des Vorliegens einer rentenrelevanten Invalidität hat das Gericht die Sache zu ergänzenden Abklärungen an die Vorinstanz zurückgewiesen. Es führte dazu aus, die Begründung der angefochtenen Verfügung beruhe hauptsächlich auf der Stellungnahme von Dr. J. \_\_\_\_\_ vom 9. Januar 2015. Deren Beurteilung überzeuge jedoch nicht: Die Arbeitsfähigkeit von 100% in angepasster Verweistätigkeit werde nicht näher begründet. Die Ärztin stütze sich des Weiteren für die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung ohne Weiterungen auf den Entlassungsbericht der Rehaklinik E. \_\_\_\_\_; diesem Bericht seien aber auch psychische, weitere orthopädische und neurologische Probleme sowie eine psychosoziale Belastungssituation zu entnehmen, die bezüglich ihrer Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit von der Ärztin nicht abgeklärt worden seien. Die Kreisarztberichte vom 16. Oktober 2013 und 3. Februar 2014 enthielten zu den psychischen Problemen zwar keine Angaben, was aber keine Rückschlüsse für das Invalidenversicherungsverfahren zulasse, weil im Unfallversicherungsrecht die Frage nach dem Kausalzusammenhang im Vordergrund stehe. Ihre Stellungnahme enthalte zudem keine rechtsgenügende, detaillierte Stellungnahme zu möglichen und zumutbaren Verweistätigkeiten inkl. Beschrieb der funktionellen Einschränkungen und möglicher Arbeitsplätze. Unter Berücksichtigung der von Dr. K. \_\_\_\_\_ mit Bericht vom 24. Februar 2015 geltend gemachten Verschlechterung der Depression hätte diese Anlass zu weiteren Abklärungen geben müssen. Als Fazit sei festzuhalten, dass die Leistungsfähigkeitsbeurteilung bereits bezüglich somatischer Beschwerden nicht nachvollziehbar sei. Zudem hätte gestützt auf Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des psychischen Zustandes eine psychiatrische Begutachtung erfolgen müssen. Bezüglich der nachgereichten Arztberichte vermöge die Stellungnahme des RAD vom 7. Januar 2016 die Unklarheiten nicht hinreichend auszuräumen. Wegen des attestierten Thoracic Outlet Syndroms und eines Karpaltunnelsyndroms sei auch ein Neurologe beizuziehen. Ein orthopädischer Gutachter habe zusätzlich die Knieschmerzen links, Schulterschmerzen und Hüftschmerzen beidseits zu prüfen. Die deutsche Rentenversicherung spreche in ihrem Rentenentscheid vom Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren; deshalb sei eine Begutachtung unter Prüfung der Standardindikatoren notwendig. Es sei deshalb eine polydisziplinäre Begutachtung in den Bereich Psychiatrie, Orthopädie und Neurologie durchzuführen (SVA 72).

### **E. 5.2.1**

Am 9. April 2018 erstattete das G. \_\_\_\_\_ das entsprechende polydisziplinäre Gutachten (SVA 105.1). Der Beschwerdeführer wurde am 14. März 2018 von Dr. L. \_\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin, am 19. März 2018 von den Dres. M. \_\_\_\_\_, Neurologie, und N. \_\_\_\_\_, orthopädische Chirurgie, sowie am 26. März 2018 von Dr. O. \_\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie, persönlich untersucht. Allen Fachgutachtern standen sämtliche Berichte zur Verfügung (S. 24). Anamnestisch hielten die Gutachter unter anderem fest, der Versicherte rauche seit 40 Jahren täglich zirka 30 Zigaretten (S. 26). Die psychiatrische Behandlung erfolge vor allem mittels Tablettenverschreibung, bisher sei keine stationäre Behandlung erfolgt. Im Jahre 2008 sei der Versicherte am Rücken operiert worden, im Dezember 2012 sei zudem ein Karpaltunnelsyndrom links operativ saniert worden und es bestehe ein Status nach Meniskus-Operation. Selten besuche der Versicherte noch Heimspiele seines Fussballvereins (früher regelmässig). Von 2014 bis 2016 habe er eine Fussballmannschaft betreut, diese Tätigkeit jedoch wegen zunehmender Schmerzen im Bewegungsapparat aufgegeben (S. 32). Von 1990 bis 2005 sei er während 15 Jahren in der Montage weltweit tätig, danach in der Werkstatt und für Reparaturen zuständig gewesen (S. 56). Der Job sei stressig und schwierig gewesen, vor allem körperlich anstrengend. Es bestehe kein Alkoholproblem mehr (S. 57). Seit 2009 lebe der Versicherte alleine (S. 59). Gestern (Sonntag) sei er an einem Fussballspiel mit Kollegen gewesen und man habe gemeinsam die Heimmannschaft in der Eisdielen gesehen (S. 61). Er gehe selten bis nie raus, ausser am Sonntag, oder wenn Kollegen ihn via What's App bitten würden, sich mit ihnen zu treffen; das komme alle zwei Wochen mal vor. Er trinke dann einen Kaffee oder schwatze ein bisschen. Es seien meist Fussballkollegen. Den Einkauf mache er selber, er koche ganz selten, er mache keinen Sport (S. 65).

### **E. 5.2.2**

Zu den Befunden hielten die Gutachter in ihren Fachrichtungen insbesondere Folgendes fest: Aus neurologischer Sicht erfolge ein nicht rückenadaptiertes schmerzfreies Hinlegen auf die Untersuchungsliège (S. 28). Es liege keine neurologisch bedingte Behinderung im spontanen Bewegungsverhalten beim Aus- und Ankleiden vor (S. 35). Es bestünden Druckdolenz im thoracolumbalen und cervicothorakalen Übergang, in der oberen Brustwirbelsäule und in der paravertebralen Muskulatur lumbal. In Provokationsstellung sei keine cervicobrachiale / radikuläre Schmerz-ausstrahlung feststellbar. Der Lasègue sei beidseits negativ. Die oberen Extremitäten wiesen weder Muskelatrophien noch motorische Paresen auf. Die unteren Extremitäten seien ohne Muskelatrophien und ohne motorische Paresen. Das Gangbild sei ohne neurogene Funktionsstörung, es erfolge ein gutes Abrollen. Fersengang und Zehengang seien beidseits ausführbar (S. 35 f.). Aus orthopädischer Sicht könne der Explorand max. 1.5 km gehen, danach entstünden Schmerzen. Er sei als Mechaniker für das Anbringen von Schaufeln an Turbinen verantwortlich, dies sei eine stehende Arbeit. Festzustellen seien ein flüssiger Gang, kein Schonhinken und eine erhebliche Bauchdeckeninsuffizienz. Halswirbelsäule (HWS), Brustwirbelsäule (BWS) und Lendenwirbelsäule (LWS) seien ohne besondere Befunde (S. 47). Festzustellen seien eine einwandfreie Funktion der Schultern, der Ellenbogen sowie der Hand- und Fingergelenke. Es lägen keine groben neurologischen Ausfälle vor. Die Hüften funktionierten einwandfrei, beide Kniegelenke seien reizlos und palpatorisch druckunempfindlich. Es gebe keine Bandinstabilität, keine Meniskuszeichen. Die Beweglichkeit der Sprunggelenke liege bei 45°-0°-15° rechts und 45°-0°-10° links, eine seitengleiche Beweglichkeit der unteren Sprunggelenke sei gegeben, der Zehen- und Fersenstand sei problemlos durchführbar, der Lasègue sei bis 70°, der Langsitz nur teilweise möglich (S. 48). Der Bildgebung vom 3.

Januar 2018 sei zu entnehmen: beginnende talonaviculare Arthrose sowie ein Fersensporn. Beim Wirbelkörper C5/6 sei eine Einengung des Foramen intervertebrale feststellbar, die Iliosakralgelenke (ISG) seien unauffällig. Es lägen degenerative Veränderungen der präasacralen Intervertebral-Gelenke vor, jedoch keine degenerativen Veränderungen am linken Knie (S. 49 f.). Der psychiatrische Gutachter hielt zur Befundaufnahme fest: der Versicherte wirke stumpf, gesamthaft müde, etwas apathisch, wenig fähig, über Emotionen Auskunft zu geben. Er sei allseits orientiert, in der Psychomotorik eher schwunglos, leicht verarmt und vermindert. Das Ausdrucksverhalten sei nüchtern, mimisch wenig moduliert, wenig mitschwingend. Der Wille sei reduziert, unentschlossen, es liege ein gehemmted formales Denken vor, er vergesse viel, berichte unzusammenhängend, äussere unspezifische Ängste mit Schreckhaftigkeit und zunehmende Rückzugstendenz. Es lägen keine Wahrnehmungsstörungen, keine Sinnestäuschungen vor, der Explorand sei einfach strukturiert. Festzustellen seien eine Minussymptomatik im Antrieb, in der Affektäußerung, im Assoziationsreichtum, in der Stimmung und im Affekt. Er sei klinisch mittelgradig depressiv, berichte über unspezifische Ängste. Die Aufmerksamkeits- und Merkfähigkeit seien beeinträchtigt. Er bejahe Grübeln, Freudlosigkeit, Antriebslosigkeit, vermehrte Müdigkeit, Konzentrationseinbußen und Appetitverminderung sowie massive Schlafstörungen.

### **E. 5.2.3**

Die Gutachter nannten als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 1) multilokuläres Schmerzsyndrom mit psychischen und körperlichen Faktoren; 2) Status nach nicht dislozierter lateraler Malleolarfraktur Weber Typ B links (16.1.2013) bei Status nach Plattenosteosynthese, Wundheilungsstörung und Vakuumverband-Behandlungen, Metallentfernung (16.4.2013), Sekundärnaht (19.4.2013), Röntgen oberes Sprunggelenk (OSG) links: Fraktur knöchern konsolidiert (11.6.2013), bildgebend geringe OSG- und Talonavikular-Gelenksarthrosen (3.1.2018), klinisch ohne Funktionsstörung; 3) rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (F33.1); 4) nicht-organische Störung des Schlaf-/Wachrhythmus (F51.2), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) sehr wahrscheinlich. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie fest: 5) Status nach lumbaler Bandscheiben-OP, bei lumbosakraler Nearthrose (Röntgen 25.7.2012); 6) wenig spezifische, wahrscheinlich pseudoradikuläre Schmerzausstrahlung in die Beine, kein Nachweis eines lumboradikulären Reiz- und Ausfallsyndroms; 7) zervikogenes Schmerzsyndrom, zurzeit kein relevantes Zervikalsyndrom, kein Nachweis einer zervikoradikulären Reiz- und Ausfallssymptomatik; 8) Status nach operiertem Karpaltunnelsyndrom links (2012) bei anamnestischem Verdacht auf Beschwerde-Rezidiv, zurzeit ohne klinisches Korrelat; 9) unspezifische kurzdauernde rechts frontale Kopfschmerzen moderater Intensität; 10) Schwindelbeschwerden, am ehesten bei vegetativer Dysregulation; 11) myofaszielles panvertebrales Schmerzsyndrom; 12) Status nach arthroskopischer Meniskus-Operation linkes Knie (02/2012); 13) Status nach Karpaltunnelsyndrom-OP links (12/2012); 14) klinisch Tendoperiostosen am Trochanter major der Hüften; 15) Status nach Problemen in Verbindung mit Ausbildung und Bildung (Z55) mit Abbruch einer ersten Lehre; 16) näher bezeichnete Probleme verbunden mit der sozialen Umgebung (Z60.8), Status nach Problemen in Beziehung zum Ehepartner (Z63.0), atypische familiäre Situation (Z601.1) mit Alleinleben (Z60.2) und 19) Status nach Störung durch Alkohol (F10.26) sehr wahrscheinlich (episodischer Substanzgebrauch), gegenwärtig weitgehend abstinent (F10.20).

#### E. 5.2.4

Die Gutachter beurteilten die gesundheitliche Situation wie folgt: In neurologischer Hinsicht bestehe beim Versicherten ein chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom mit psychischen und körperlichen Faktoren. Der klinisch-neurologische Status sei im Wesentlichen unauffällig, keine relevanten sensomotorischen Funktionsstörungen lägen vor. Feststellbar seien eine leichte Hypalgesie am rechten Oberschenkel sowie eine leichte Sensibilitätsstörung links distal im Narbenbereich. Es bestehe ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit wahrscheinlich pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung in die Beine. Zurzeit bestehe ein zervikogenes Schmerzsyndrom, jedoch kein relevantes Zervikalsyndrom und keine radikuläre Reiz- und Ausfallsymptomatik. Kein Karpaltunnelsyndrom-verdächtiger Befund sei erhebbar. Es liege eine wahrscheinliche vegetative Dysregulation vor (S. 39). Der orthopädische Gutachter schloss, die Statuserhebung sei aus orthopädischer Sicht weitgehend unauffällig, mit Ausnahme einer diskreten Streckhemmung am linken Knie als Folge der ehemaligen Meniskusoperation und einer endgradig eingeschränkten lumbosacralen Dehnbarkeit. Es liege lediglich eine diskrete eingeschränkte Extension am linken Sprunggelenk vor, bei initialer Arthrose am oberen und unteren Sprunggelenk, mit flüssigem Gangbild, ohne Einschränkung des Abrollvermögens. Die Wirbelsäule sei in allen Etagen weitgehend frei beweglich und es lägen keine wesentlichen Funktionseinschränkungen der peripheren Gelenke vor. In Anbetracht der beginnenden posttraumatischen arthrotischen Veränderungen am linken oberen und unteren Sprunggelenk seien dem Versicherten keine schweren, rein stehenden oder rein gehenden Tätigkeiten mehr zuzumuten, dies ab Unfall im Januar 2013. Dagegen seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, teils im Sitzen, teils im Stehen und Gehen dem Versicherten vollschichtig zuzumuten (S. 52). Der psychiatrische Gutachter beurteilte die Ergebnisse wie folgt: Ein früherer gelegentlicher Alkoholüberkonsum sei sehr wahrscheinlich. Nach dem Unfall sei der Versicherte vor allem von seiner Hausärztin betreut worden. Diese spreche am 28. Februar 2016 von einer schweren depressiven Störung. Im Vordergrund stehe hier die massive Schlafstörung: Der Explorand habe eine deutliche Tag-/Nachtumkehr entwickelt, habe überhaupt keinen Rhythmus mehr. Er sei wegen der Schlafstörung (bereits anfangs 2016 erwähnt) massiv beeinträchtigt, sowohl in der Konzentrationsfähigkeit wie auch in seiner Aufmerksamkeitsfähigkeit (was sichtbar sei in der Begutachtung; S. 71). Aktuell zeige er eine depressive Symptomatik mittelgradigen Ausmasses. Es liege ein weiterhin aufrecht erhaltener sozialer Aktionsradius vor (Fussballmatch mit Kollegen, gelegentliches Treffen mit Kollegen). Trotzdem bestünden eine ängstliche, depressiv gefärbte Regressionstendenz und Rückzugstendenz. Ab wann dies gelte, lasse sich mit dem Versicherten wegen Begriffsstutzigkeit sowie depressiver Einengung der Konzentrations- und Gedächtnisleistungsfähigkeit nicht klären. Da dieser sich in den verschiedenen Einspracheverfahren habe zur Wehr setzen können, sei nicht von einer schweren depressiven Symptomatik auszugehen (S. 72). Mehreren Arztberichten sei zu entnehmen, dass Tagesaktivitäten aufrecht erhalten würden (S. 74). Insofern müsse die von Dr. K.\_\_\_\_\_ am 16. November 2015 und 28. Februar 2016 erwähnte tiefe Depression in Frage gestellt werden. Im Ergebnis hielt der Gutachter fest, es sei von einer langjährigen depressiven Fehlentwicklung mit wechselhafter Intensität und deshalb von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen (S. 72). Aktuell liege eine mittelgradige Depression vor, die sich auf das Antriebsverhalten, die Vigilanz, die Affektivität, aber auch auf die Fähigkeit zum Assoziationsreichtum und Fähigkeit zum Einlassen in die

Begutachtung auswirke. Die (langjährig bestehende) schwere Schlafstörung dürfte fast ursächlich sein für die Zunahme der Depressivität. Als Therapie schlug er eine Analyse im Schlaflabor vor; die Verhaltensstörung sei anzugehen (s. auch Bericht K.\_\_\_\_\_ vom 16.11.2015; S. 73). Mit der mittelgradigen Depression werde jedoch keine volle Arbeitsunfähigkeit begründet, andernfalls die Belastbarkeit, die Stressbelastungsfähigkeit und die Fähigkeit zum Erbringen kognitiver Leistungen deutlicher beeinträchtigt wären. Der Gutachter gehe daher von einer Arbeitsunfähigkeit von 50% aus, sowohl in bisheriger als auch in einer Verweistätigkeit. Der Versicherte sei vermindert belastbar, vermindert stressbelastungsfähig, er verfüge über ein vermindertes Durchhaltevermögen (S. 75). Die von der Vorinstanz gestellten Fragen seien wie folgt zu beantworten: Es liege eine deutlich ungenügende Therapie betreffend Schlafstörung wie auch Depressivität (gesichert seit 2015) vor. Es sei längst eine Hospitalisierung notwendig gewesen. Der Versicherte sei wohl regelmässig zur Hausärztin gegangen, jedoch nicht konsequent zur Psychiaterin (Abbruch der Behandlung Mitte 2017 und Wiederaufnahme derselben im 2018). Eine stationäre oder halbstationäre Therapie sei angezeigt zur Abklärung des Schlaf-/Wachrhythmus. Der Versicherte habe keine Eingliederungsbemühungen vorgenommen, aktuell seien diese jedoch nicht durchführbar. Er habe Freizeit und soziale Aktivitäten minimiert und ziehe sich vermehrt zurück (S. 78 f.); über das Aktivitätenniveau von früher sei nichts in Erfahrung zu bringen.

#### **E. 5.2.5**

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest: Massgeblich für die eingetretene Arbeitsunfähigkeit seien orthopädische und psychiatrische Faktoren, eine spezifisch neurologisch bedingte Einschränkung könne im jetzigen Zeitpunkt nicht festgestellt werden. In Anbetracht der beginnenden posttraumatischen arthrotischen Veränderungen am linken oberen Sprunggelenk (OSG) und unteren Sprunggelenk (USG) seien dem Versicherten keine schweren, rein stehenden oder rein gehenden Tätigkeiten zuzumuten. Daher sei auch die Tätigkeit als Mechaniker nicht mehr zuzumuten; dies gelte seit Januar 2013. Dagegen seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, teil im Sitzen, teils im Stehen und Gehen, vollschichtig zumutbar. Diese Einschätzung sei vereinbar mit der Beurteilung des Kreisarztes ab März 2014. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte in der bisherigen Tätigkeit bei B.\_\_\_\_\_ arbeitsunfähig; in einer den körperlichen Leiden angepassten Tätigkeit wäre er noch vier Stunden täglich arbeitsfähig, ohne Verminderung des Rendements. Eine für die Arbeitsfähigkeit relevante Depressivität liege seit Ende 2015/anfangs 2016 vor (S. 74). Aus gesamtmedizinischer Sicht sei der Versicherte als Mechaniker vollschichtig arbeitsunfähig. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, teils im Sitzen, teils im Stehen und Gehen, seien ihm noch zu vier Stunden täglich zuzumuten.

#### **E. 5.3**

Festzustellen ist, dass die polydisziplinäre Expertise der G.\_\_\_\_\_ vom 9. April 2018 die an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens gestellten Kriterien erfüllt (s. E. 4.5). Sie ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und steht mit den Teilgutachten in Übereinstimmung. Zudem erfolgte die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im Einklang mit der neu geltenden Rechtslage, nach Massgabe der im Regelfall heranzuziehenden Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281. Schliesslich ist das Gutachten auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und in

den Schlussfolgerungen begründet, so dass darauf (mit Vorbehalt des in E. 5.9.1 Gesagten) abgestellt werden kann.

#### **E. 5.4**

In seiner Stellungnahme vom 25. April 2018 hielt Dr. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des RAD, fest, die psychiatrischen Diagnosen und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seien nachvollziehbar. Ursprünglich hätten verschiedene psychosozial belastende Umstände und Situationen die Arbeitsfähigkeit massiv beeinflusst. Seit Oktober/November 2015 jedoch könne davon ausgegangen werden, dass diese nicht direkt und nur noch unwesentlich die Arbeitsfähigkeit beeinflussten. Die depressive Erkrankung habe leider eine Eigendynamik im Sinne eines sich mittlerweile verselbständigten depressiven Syndroms entwickelt. Das Beschwerdebild einer somatoformen Schmerzstörung stehe nicht im Vordergrund und die Arbeitsfähigkeit werde hierdurch nicht zusätzlich vermindert. Die Ausführungen zu den Standardindikatoren seien den Seiten 75 bis 84 des Gutachtens zu entnehmen. Es sollte eine stationäre/teilstationäre Behandlung angegangen werden. Im Rahmen der stationären oder halbstationären Behandlung sollte nicht zuletzt auch die Schlafstörung unbedingt angegangen werden, welche einen wesentlichen Risikofaktor für die depressive Erkrankung darstelle. Zudem sei ein möglicherweise doch noch vorliegendes Alkoholproblem im Sinne eines schädlichen Gebrauchs nicht aus den Augen zu verlieren (SVA 108). Aus somatischer Sicht äusserte sich Dr. J.\_\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des RAD, am 26. April 2018 wie folgt: Auf das polydisziplinäre Gutachten könne abgestellt werden. Die Voraussetzungen für die Zuerkennung der Beweiskraft gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung seien erfüllt. Die Gutachter setzten sich mit divergierenden Meinungen auseinander. Aus allgemeininternistischer Sicht gebe es keine wesentlichen Punkte zu berücksichtigen. Aus neurologischer Sicht liege der Bewegungsumfang der HWS allseits im Normbereich. Der klinisch-neurologische Status sei im Wesentlichen unauffällig. Eine spezifisch neurologisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne im jetzigen Zeitpunkt nicht festgestellt werden. Die gegenwärtige Statuserhebung sei aus orthopädischer Sicht weitgehend unauffällig, mit Ausnahme einer diskreten Streckhemmung am linken Knie als Folge der ehemaligen Meniskus-Operation. Die anamnestisch vorgetragenen Schmerzen der verschiedenen Körperregionen hätten anlässlich der gegenwärtigen Statuserhebung nicht objektiviert werden können. Die Wirbelsäule sei in allen Etagen weitgehend frei beweglich und auch die peripheren Gelenke zeigten keine wesentlichen Funktionseinschränkungen. Dem Versicherten seien leicht bis mittelschwere Tätigkeiten, teils im Sitzen, teils im Stehen und Gehen, vollschichtig zuzumuten. Aus psychiatrischer Sicht sei die Therapie ungenügend. Sowohl die Schlafstörung wie die Depressivität würden beim Versicherten ungenügend therapiert. Hier wäre eine medikamentöse Umstellung angezeigt; ausserdem müsste die Ursache der Schlafstörung evaluiert werden. Gesamtmedizinisch gesehen sei der Versicherte als Mechaniker vollschichtig arbeitsunfähig. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, teils im Sitzen, teils im Stehen und Gehen, seien ihm noch während vier Stunden täglich zuzumuten. Dr. P.\_\_\_\_\_ habe sich konsiliarisch aus psychiatrischer Sicht geäussert. Auf die Beurteilung der Gutachter könne abgestellt werden. In einer dem Körperleiden angepassten Tätigkeit sei der Versicherte noch während vier Stunden täglich arbeitsfähig, ohne Verminderung des Rendements; dies sei ab Ende 2015/anfangs 2016, mit Vorliegen einer relevanten Depressivität, der Fall. Allerdings habe seit drei Jahren weder bezüglich der Depressivität eine Aufnahme in eine psychiatrische Klinik noch eine Abklärung

bezüglich der Schlafstörung in einem Schlaflabor und auch keine medikamentöse Umstellung stattgefunden. Eine somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbares Beschwerdebild liege vor, wobei es (aber) nicht im Vordergrund stehe und die Arbeitsfähigkeit hierdurch nicht zusätzlich vermindert sei. Die funktionellen Auswirkungen könnten anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei beantwortet werden. Eine stationäre oder halbstationäre Therapie wäre angezeigt, vor allem wäre eine Abklärung des Schlaf-/Wachrhythmus beim Versicherten angezeigt. Die chronische Schlafstörung wäre therapierbar, wenn der Versicherte auch eine Verhaltensänderung einginge und entsprechende Medikamente erhalten würde (SVA 109).

#### **E. 5.5**

Damit werden die Ergebnisse der Begutachtung im G. \_\_\_\_\_ vom Regionalen Ärztlichen Dienst bestätigt. Auch der Beschwerdeführer beantragt im Beschwerdeverfahren, auf die Ergebnisse des Gutachtens sei abzustellen. Die hauptsächliche Differenz zwischen den Parteien ergibt sich daraus, dass die Vorinstanz mit angefochtener Verfügung von der Beurteilung des RAD zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit abweicht und mit folgender Begründung jegliche Arbeitsunfähigkeit verneint: Ob eine rentenbegründende Invalidität bestehe, sei gemäss Bundesgericht nun stets anhand der Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 zu prüfen. Medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und Selbstlimitierungen seien nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen. Zudem seien sie erst invalidisierend, wenn das Leiden therapieresistent sei. Dem Gutachten könne entnommen werden, dass die ambulante Therapie der Schlafstörung sowie der Depressivität deutlich ungenügend durchgeführt worden sei, obschon bereits länger deutlich psychische Beschwerden mit Depressionen geltend gemacht würden. Laut den Gutachtern wäre längst eine stationäre Behandlung notwendig gewesen, auch die ambulante Therapie erfolge nicht regelmässig. So sei den Akten zu entnehmen, dass der Versicherte wohl regelmässig zur Hausärztin gegangen, jedoch die Kooperation zur Zusammenarbeit beim Psychiater nicht optimal gewesen sei. Zumindest sei unklar geblieben, weshalb er im Juni 2017 die Therapie sistiert und im Jahre 2018 anscheinend wieder aufgenommen habe. Eine stationäre oder halbstationäre Therapie sei angezeigt, vor allem wäre eine Abklärung des Schlaf-/Wachrhythmus angezeigt. Die chronische Schlafstörung wäre therapierbar, wenn der Versicherte eine Verhaltensänderung eingehen und entsprechende Medikamente erhalten würde. Es sei deshalb ein wesentlicher Leidensdruck anzuzweifeln, wie er bei psychiatrischen Störungen regelmässig vorhanden sei und einen Wunsch nach Intensivierung der psychiatrischen Behandlung nach sich ziehe. Auch eine Eingliederungsresistenz sei nicht anzunehmen; so seien bislang keine konkreten Eingliederungsversuche gestartet worden. Ein sozialer Rückzug in allen Lebensbereichen sei nicht ausgewiesen: Der Versicherte fühle sich auf der Strasse unsicher, dies auch beim Sitzen mit oder bei Kollegen. Er erwähne aber, dass er am Tag vor der Begutachtung mit Kollegen ein Fussballspiel besucht und sie gemeinsam die Heimmannschaft in der Eisdiele gesehen hätten. Im Gegensatz zu vorher habe er aber deutlich weniger Freunde. Er habe keinen regelmässigen Tagesablauf und manchmal stehe er erst gegen Mittag auf. Sehr oft schaue er dann fern. Andererseits treffe er sich ca. alle zwei Wochen mal mit Freunden; dies aber nur, wenn die Kollegen ihn via What's App fragen würden. Die Einkäufe könne er selber erledigen. Es könne deshalb nicht auf einen invalidisierenden Gesundheitsschaden geschlossen werden und erübrige sich die weitere Indikatorenprüfung. Soweit von den Ärzten weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit attestiert werde, können dieser Einschätzung nicht gefolgt werden; ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen

und Bejahung einer relevanten Arbeitsunfähigkeit liege nicht vor (SVA 118 S. 4).

### **E. 5.6**

Im Rahmen der freien Beweiswürdigung darf sich die Verwaltung - und im Streitfall das Gericht (Art. 61 lit. c ATSG; vgl. BGE 132 V 393 E. 3.2 S. 397 ff. und E. 4 S. 399 ff.) - weder über die als beweiskräftig eingestuften medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen, noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-) Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die rechtsanwendenden Behörden haben mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, die invalidenversicherungsrechtlich unbeachtlich sind (BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 194 f.; 130 V 352 E. 2.2.5 S. 355 f.; Urteil des BGer 9C\_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.1). Aus rechtlicher Sicht kann von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass diese per se ihren Beweiswert verliert (vgl. etwa Urteile des BGer 9C\_773/2018 vom 3. April 2019 E. 4.3.1; 8C\_527/2018 vom 1. April 2019 E. 6.1; zum Ganzen Urteil 9C\_648/2017 vom 20. November 2017 E. 2.3.2). Die Frage, ob die gutachterlich erhobenen Diagnosen zu einer Arbeitsunfähigkeit führen, welche auch rechtlich bedeutsam ist, beurteilt sich in Nachachtung von Art. 7 Abs. 2 ATSG grundsätzlich - und auch hier - auf der Grundlage eines strukturierten Beweisverfahrens (Standardindikatorenprüfung) nach BGE 141 V 281 und BGE 143 V 418. Dabei geht es darum, das unter Berücksichtigung sowohl leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren als auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen) tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_547/2019 vom 14. Oktober 2019 E. 6.1 m.w.H.).

### **E. 5.7**

Die Vorinstanz hat in ihrer von der gutachterlichen Würdigung abweichenden Beurteilung (E. 5.5) nicht explizit auf psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren hingewiesen. Ihre hauptsächliche Argumentation basiert auf der Feststellung des psychiatrischen Gutachters, dass der Beschwerdeführer nicht adäquat therapiert werde. In Anbetracht der Wechselwirkung zwischen Schlafstörung und Depression sei es notwendig, den aktuellen Schlaf-/Wachrhythmus des Beschwerdeführers, der die Nacht zum Tag und den Tag zur Nacht mache, zu durchbrechen, in einen normalen Rhythmus zu überführen und damit auch die Depression erfolgreich behandeln zu können. Letztlich beruft sich die Vorinstanz damit auf die Schadenminderungspflicht des Beschwerdeführers, an zumutbaren medizinischen Behandlungen teilzunehmen, die seinen krankhaften Zustand aufheben können (BGE 145 V 215 E. 5.3.1).

### **E. 5.8.1**

Das Bundesgericht hat im Bereich der psychiatrischen Erkrankungen festgehalten, dass die Therapierbarkeit eines Leidens dem Eintritt einer rentenbegründenden Invalidität nicht absolut entgegenstehe. Denn die Behandelbarkeit, für sich allein betrachtet, sage nichts über den invalidisierenden Charakter einer psychischen Störung, so auch eines depressiven Leidens, aus. In jedem Einzelfall müsse eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unabhängig von der diagnostischen Einordnung eines Leidens und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend sei die Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen, was

sich nach einem weitgehend objektivierten Massstab beurteile. Die objektivierte Zumutbarkeitsbeurteilung habe in Art. 7 Abs. 2 ATSG ihren gesetzlichen Niederschlag gefunden (vgl. zum Ganzen BGE 143 V 409 E. 4.2.1 m.w.H.).

### **E. 5.8.2**

Festzuhalten ist, dass Dr. P. \_\_\_\_\_ des RAD in seiner Aktenbeurteilung vom 25. April 2018 (konsiliarisch zur somatischen Beurteilung von Dr. J. \_\_\_\_\_ vom 26. April 2018) explizit ausgeführt hat, dass ursprünglich verschiedene psychosozial belastende Umstände und Situationen die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers massiv beeinflusst hätten. Doch könne seit ca. Oktober/November 2015 davon ausgegangen werden, dass diese nicht direkt und auch nur unwesentlich die Arbeitsfähigkeit beeinflussen würden. Die depressive Erkrankung habe leider eine Eigendynamik im Sinne eines sich mittlerweile verselbständigten depressiven Syndroms entwickelt. Diese Beurteilung kann aufgrund der Akten bestätigt werden: In ihrem psychosomatischen Konsilium vom 28. August 2013 nannten Dr. phil. Q. \_\_\_\_\_, Fachpsychologin Klinische Therapie und Psychotherapie, und Dr. R. \_\_\_\_\_, Psychiatrie & Psychotherapie, Rehaklinik E. \_\_\_\_\_, erstmals die Diagnose einer leichten depressiven Entwicklung seit drei Jahren, bei psychosozialer Belastung nach unlängst erfolgter Kündigung akzentuiert in Erscheinung tretend (ICD-10: F32.0, Z56, Z60). In ihrer Beurteilung führten sie dazu aus, der Versicherte habe seit 23 Jahren als Grenzgänger bei der B. \_\_\_\_\_ gearbeitet. Vor drei Jahren habe ein Wechsel des Vorgesetzten stattgefunden, mit erheblichen Spannungen. Dies habe zu erheblichen Schlafstörungen mit Tagesmüdigkeit, zu Bedrücktheit, Gedankenkreisen, relativer Freud- und Lustlosigkeit, Antriebsschwäche sowie Konzentrationsstörungen im Alltag geführt. Diese Befunde entsprächen einer leichten depressiven Episode/Entwicklung, differenzialdiagnostisch sei an eine Dysthymie zu denken. Begleitend dazu seien eine Trennung von der Familie sowie gesundheitliche Probleme mit angehäuften Absenzen am Arbeitsplatz (Bandscheiben-Operation, Kniearthroskopie, Karpaltunnel-Operation) aufgetreten; zwei Tage nach Wiederaufnahme der Arbeit habe er die Fussverletzung erlitten, gefolgt von einer kränkenden Kündigung per Oktober 2013 (SVA 60 S. 89). Am 31. Oktober 2013 stellte der Hausarzt, Dr. K. \_\_\_\_\_, einen Überweisungsschein für die Überweisung an einen Psychotherapeuten aus (B-act. 31 Beilage 1) und nannte darin als "Diagnose/Verdachtsdiagnose" eine depressive Episode (F32.9 "depressive Episode, nicht näher bezeichnet"). Am 8. September 2014 bestätigte Dr. S. \_\_\_\_\_, Facharzt für Unfallchirurgie des Spitals D. \_\_\_\_\_, seinerseits das Vorliegen einer depressiven Erkrankung, ohne jedoch eine entsprechende Diagnose aufzuführen (SVA 29 f.). In seinem Arztbericht zuhanden der SVA C. \_\_\_\_\_ hielt Dr. K. \_\_\_\_\_ am 15. September 2014 als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine "Depression seit Jahren" fest (SVA 30). Dr. J. \_\_\_\_\_ des RAD bestätigte in ihrer Stellungnahme vom 9. Januar 2015 gestützt auf die Aktenlage und als Nebendiagnose das Vorliegen einer leichten depressiven Entwicklung seit drei Jahren mit psychosozialer Belastung (Anmerkung Gericht: in Übernahme der Formulierung gemäss Austrittsbericht der Rehaklinik E. \_\_\_\_\_ vom 9. September 2013; SVA 33). Der Hausarzt, Dr. K. \_\_\_\_\_, bestätigte am 24. Februar 2015 gegenüber der SUVA erneut, dass sein Patient in eine Depression gerutscht sei (desolate wirtschaftliche Situation, fehlende Möglichkeit zur Wiedereingliederung ins Berufsleben); eine Besserung sei trotz dreifacher antidepressiver Therapie nicht in Sicht. Der Stellungnahme sind jedoch weder aktuelle Befunderhebungen noch Diagnosen zu entnehmen (SVA 38 S. 2). In einer Stellungnahme an die SUVA vom 15. September 2015 führte Dr. K. \_\_\_\_\_ aus, (ja) er "besitze nach zehn Jahren Facharzt-Ausbildung und 24

Jahren Niederlassung die Arroganz, eine Depression zu diagnostizieren". Die subjektiven Beschwerden seien der SUVA mehrfach mitgeteilt worden. Die Diagnosen müssten der SUVA ebenfalls bekannt sein. Als Diagnose nannte er (v.a.) wiederum eine Depression (ICD-10: F32.9 "depressive Episode, nicht näher bezeichnet"). Als Beschwerden lägen vor: Schlaflosigkeit, Unkonzentriertheit, Angstzustände, Unachtsamkeit, Müdigkeit, Vergesslichkeit, Lustlosigkeit (SVA 52 S. 8). Als Zwischenergebnis kann festgehalten werden, dass die Akten bis September 2015 keine fach- und auch hausärztlichen Hinweise auf eine psychiatrische Erkrankung schweren Grades enthalten. Erstmals ist dem Bericht von Dr. T. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, (...), vom 16. November 2015 die Diagnose einer depressiven Störung, aktuell schwere Episode (Anmerkung Gericht: jedoch ohne Codierung) zu entnehmen (SVA 59). Die Ärztin hielt folgende Befunde fest: gedrückte Stimmung, affektive Schwingungsfähigkeit fast aufgehoben, keine Suizidalität, formaler Gedankengang etwas stockend, keine inhaltlichen Denkstörungen, Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis seien beeinträchtigt, der Antrieb vermindert, der Patient sei psychomotorisch ruhig, habe eine durchschnittliche Intelligenz, es gebe keine Hinweise auf Suchtverhalten. In ihrer Beurteilung führte sie aus, es liege eine schwere depressive Episode, ohne psychotische Symptome, vor. Der Schlaf könne aktuell trotz Dreifach-Kombination mit eher sedierenden Antidepressiva nicht zufriedenstellend korrigiert werden. In seiner konsiliarischen Stellungnahme vom 7. Januar 2016 bestätigte Dr. H. \_\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie des RAD, die Verschlechterung in psychiatrischer Hinsicht: Der Versicherte erfülle drei Hauptsymptome und drei Zusatzsymptome, sodass die Kriterien für eine Depression, mittelgradige Episode, neu erfüllt seien. In der Rehabilitation der Rehaklinik E. \_\_\_\_\_ (25.7.-4.9.2013) sei nur eine leichte Depression attestiert und eine volle Arbeitsfähigkeit bestätigt worden. Die Depression sei damit gut behandelbar mit günstiger Prognose. Es bestehe damit eine teilweise und vorübergehende Arbeitsunfähigkeit (seit 16.11.2015; SVA 75.9). In ihrer gleichentags erstellten Stellungnahme wies Dr. J. \_\_\_\_\_ des RAD daraufhin, dass die gestellten Diagnosen zwischen Dr. T. \_\_\_\_\_ und Dr. H. \_\_\_\_\_ differierten (Dr. T. \_\_\_\_\_: schwere Episode; Dr. H. \_\_\_\_\_: mittlere Episode). Dr. T. \_\_\_\_\_ halte trotz geringfügiger Befunde eine schwere Episode fest, was Zweifel aufkommen lasse. Dr. J. \_\_\_\_\_ bejahte jedoch in ihrer Beurteilung das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit von 50% in jeglicher Tätigkeit mit nicht stark erhöhtem Anspruch an die Leistung in einer ruhigen und wohlwollenden Umgebung seit dem 16. November 2015 (SVA 63). Mit Arztberichten vom 28. Februar 2016 und 20. Juni 2017 diagnostizierte Dr. T. \_\_\_\_\_ ohne Angabe einer Codierung erneut eine depressive Störung, aktuell schwere Episode ohne psychotische Symptome. In letzterem Bericht hielt sie ergänzend fest, als Mechaniker liege eine Arbeitsunfähigkeit von 100% seit 16. Januar 2015 bis auf weiteres vor, die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit könne nicht beurteilt werden. Eine Besserung könne durch eine stationäre psychiatrische Behandlung erzielt werden (SVA 81 Ziff. 1.7 f.). Mit Arztbericht vom 18. Oktober 2017 bestätigte der Hausarzt, Dr. K. \_\_\_\_\_, dass der Patient weiterhin "schwere depressive Schlafstörungen" habe. Dieser müsse erneut stationär psychiatrisch/psychotherapeutisch behandelt werden; aktuell liege Arbeitsunfähigkeit vor (SVA 90). Der psychiatrische Gutachter des G. \_\_\_\_\_ bestätigte in seiner Untersuchung am 26. März 2018 schliesslich eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (F33.1). In seiner Beurteilung hielt er fest, dass von einer langjährigen depressiven Fehlentwicklung mit wechselhafter Intensität auszugehen sei, deshalb liege eine rezidivierende depressive Störung vor. Es sei davon

auszugehen, dass bereits ab Ende 2015/anfangs 2016 eine relevante Depressivität vorgelegen habe, die sich auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt habe. Aktuell sei eine mittelgradige Depression gegeben, die sich auf Antriebsverhalten, Vigilanz, Affektivität, aber auch die Fähigkeit zum Assoziationsreichtum und die Fähigkeit zum Einlassen in die Begutachtung zeige. Der Versicherte sei in seiner Belastbarkeit, Stressbelastungsfähigkeit und in seiner Fähigkeit, kognitive Leistungen zu erbringen, deutlich beeinträchtigt. Gesamthaft sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50% sowohl in bisheriger als auch in einer Verweistätigkeit auszugehen, möglicherweise von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% in zuletzt ausgeübter Tätigkeit aus somatischen Gründen. Eine schwere depressive Episode liege seines Erachtens nicht vor, gelinge es dem Versicherten doch trotzdem noch, seine Tagesaktivitäten aufrecht zu erhalten (Woche mit fünf Terminen, die hätten eingehalten werden können; weiterhin Treffen mit Kollegen). Die (langjährig bestehende) schwere Schlafstörung sei fast ursächlich für die Zunahme der Depressivität (SVA 105.1 S. 67-75).

### **E. 5.8.3**

Damit kann der IVSTA nicht gefolgt werden in ihrer Argumentation, es liege eine willentliche Verletzung der Schadenminderungspflicht und eine ohne weiteres zumutbare Behandlungsmöglichkeit vor. Ärztlich attestiert liegt seit Ende 2015/anfangs 2016 eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes vor, der sich (ungeachtet der Frage, ob eine mittelgradige oder schwere depressive Episode vorgelegen habe) auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (10. Oktober 2018) ausgewirkt hat. Gemäss Beurteilung von Dr. P.\_\_\_\_\_ des RAD vom 25. April 2018 ist bis zirka Oktober/November 2015 davon auszugehen, dass psychosoziale und belastende Umstände die Arbeitsfähigkeit massiv beeinflusst haben. Seit letzterem Zeitpunkt ist jedoch davon auszugehen, dass die Zustandsverschlechterung in psychiatrischer Hinsicht für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu 50% ursächlich ist. Damit ist von einer rechtlich relevanten Komorbidität der psychischen Erkrankung auszugehen und ist ohne Einschränkungen auf die Beurteilung im polydisziplinären Gutachten abzustellen, wonach seit November 2015 (Zeitpunkt des Arztberichtes von Dr. T.\_\_\_\_\_) eine Arbeitsunfähigkeit von 50% in einer den somatischen Einschränkungen angepassten Tätigkeit (leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, teil im Sitzen, teils im Stehen und Gehen) vorliege.

### **E. 5.8.4**

Nichts anderes ergibt sich aus der Prüfung der Standardindikatoren (Gutachten S. 75-84): Diesbezüglich hält die Vorinstanz verkürzt fest, weil ein sozialer Rückzug in allen Lebensbereichen nicht vorliege, könne eine Arbeitsfähigkeit bejaht werden und eine Prüfung der weiteren Indikatoren unterbleiben. Diese Argumentation greift bereits insofern zu kurz, als dass das Bundesgericht festgehalten hat, dass die Prüfung der die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Faktoren und der verbliebenen persönlichen Ressourcen in einer Gesamtbeurteilung zu erfolgen habe (vgl. Urteil des BGer 8C\_566/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4: "Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens". Zudem ergeben sich aus der Anamnese verschiedene Hinweise auf einen sozialen Rückzug, die mit den gegenteiligen Hinweisen (Besuch von Physiotherapien am Wohnort, selbständiger Einkauf einmal pro Woche, zirka zweiwöchentlicher Besuch eines Matches des lokalen Fussballvereins mit Kollegen, die ihn

abholen würden, oder Treffen zu einem Kaffee, Betreuung einer Fussballmannschaft von 2014 bis 2016) nicht aufgewogen werden: Der Beschwerdeführer lebe seit der Trennung von seiner Familie (2009) alleine in einer Zweizimmerwohnung, sei zeitweise von einer (inzwischen weggezogenen) Freundin im Haushalt unterstützt worden, an Haushaltsarbeiten mache er nur das Nötigste, er habe seit 2013 kein Auto mehr, Einkäufe erledige er mit Hilfe von Kollegen, die Wäsche mache er selber, er gehe keiner strukturierten Beschäftigung nach, gehe selten bis nie raus, habe keine Lust, irgendetwas zu unternehmen, externe Termine stressten ihn, die Kinder treffe er seit 2014 nur noch selten (SVA 105.1 S. 25, 27, 32, 47, 58, 61, 64, 65, 69). Unter dem Faktor Konsistenz hält der psychiatrische Gutachter denn auch fest, der Versicherte habe Freizeit und soziale Aktivitäten minimiert und ziehe sich vermehrt zurück, unter anderem auch wegen seiner Schlafstörungen. Über das Aktivitätenniveau von früher sei nichts in Erfahrung zu bringen (SVA 105.1 S. 79 f.). Ein sozialer Rückzug kann damit nicht pauschal verneint werden.

#### **E. 5.8.5**

Der psychiatrische Gutachter hat im Rahmen der Standardindikatorenprüfung (B-act. 105.1 S. 75-84) im Weiteren festgehalten, dass die depressive Störung in mittelgradiger Ausprägung vorliege. Es sei dem Beschwerdeführer daher noch zumutbar, sich beruflich in einer den Körperleiden angepassten Tätigkeiten teilweise zu rehabilitieren. Im Vordergrund stehe im Übrigen nicht die (zusätzlich) attestierte chronische Schmerzstörung, sondern die Schlafstörung. Auch diese sei mittelgradig bis zeitweise schwergradig ausgeprägt. Aufgrund seiner Gesundheitsschädigung sei er vermindert belastbar, vermindert stressbelastungsfähig und verfüge über ein vermindertes Durchhaltevermögen. Zum Persönlichkeitsbild hielt er fest, der Beschwerdeführer sei sehr einfach strukturiert, er erscheine in Interaktion mit dem depressiven Beschwerdebild etwas mutistisch, apathisch und deutlich einfach strukturiert; es liege eine mangelnde Assoziationsfähigkeit vor. Bezüglich der Therapierbarkeit kann auf das in E. 5.2.4 Gesagte verwiesen werden, wobei nicht ausser Acht gelassen werden darf, dass gemäss Dr. P.\_\_\_\_\_, RAD, von einer inzwischen komorbiden depressiven Erkrankung auszugehen ist (s. E. 5.8.3). Zur Kooperation bei Eingliederungsbemühungen wies der Gutachter darauf hin, dass der Beschwerdeführer keine Eingliederungsbemühungen unternommen habe, Probleme bei der Eingliederung aber teilweise (zirka zur Hälfte) durch das Störungsbild selbst bedingt seien. Er präziserte, Eingliederungsmassnahmen seien angesichts der depressiven Symptomatik und der chronischen Schlafstörung aktuell nicht durchführbar. Aggravation liege nicht vor (SVA 105.1 S. 78 f.). Damit lässt sich eine Restarbeitsfähigkeit von 50% in angepasster Tätigkeit auch aus Sicht der Standardindikatoren vertreten, zumal der Gutachter mehrfach Gründe für teilweise Einschränkungen genannt hat.

#### **E. 5.8.6**

Als Zwischenergebnis kann vollumfänglich auf die gutachterliche Beurteilung, wonach der Beschwerdeführer seit Ende 2015/anfangs 2016 noch zu 50% in einer angepassten Tätigkeit erwerbstätig sein könne, abgestellt werden.

#### **E. 5.9**

Nachfolgend ist auf die Rügen des Beschwerdeführers in der Beschwerdeergänzung vom 8. März 2019 näher einzugehen (B-act. 16):

##### **E. 5.9.1**

Der Beschwerdeführer beantragte mit Beschwerdeergänzung zum einen, ihm sei nach Ablauf der Wartefrist am 16. Januar 2014 aus somatischen Gründen eine ganze Rente zuzusprechen. In orthopädischer Hinsicht habe die SUVA festgehalten, dass er erst ab März 2014 wieder in einer angepassten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig gewesen sei. Auch dem G.\_\_\_\_\_-Gutachten sei zu entnehmen, dass eine Arbeitsfähigkeit zu 100% aus orthopädischer Sicht (erst) ab März 2014 bestehe. Diesbezüglich ist jedoch festzuhalten, dass bereits die Rehaklinik E.\_\_\_\_\_\_ im Austrittsbericht vom 9. September 2013 ausgeführt hatte, eine mittelschwere Tätigkeit sei ganztags zumutbar. Für das OSG rechts (recte: links) bestünden folgende Einschränkungen: zum jetzigen Zeitpunkt wechselbelastende (teilweise auch sitzende Tätigkeit) mit Stehen/Gehen am Stück während max. zwei Stunden, keine Arbeit auf unebenem Boden sowie ohne häufig wiederholtes Treppen- und /oder Leiter-Steigen. Die Aussagen zur Arbeitsfähigkeit in der kreisärztlichen Untersuchung (vom 16. Oktober 2013) bezogen sich des Weiteren ausschliesslich auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Mechaniker (SVA 15), was dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 25. Oktober 2013 explizit mitgeteilt wurde (vgl. SVA 61 S. 95; 61 S. 101). Mit weiterer kreisärztlicher Untersuchung vom 3. Februar 2014 bestätigte die Kreisärztin die Arbeitsfähigkeit zu 100% in bisheriger Tätigkeit ab 1. Februar 2014 (vgl. auch das gleichentags verfasste Schreiben der SUVA an den Beschwerdeführer [SVA 23 S. 4]). Offensichtlich hat sich der orthopädische Gutachter geirrt, als er in der Teilbegutachtung ausführte, diese Einschätzung (leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, teils im Sitzen, teils im Stehen und Gehen, seien dem Versicherten vollschichtig zuzumuten) sei aufgrund der gegenwärtigen Stuserhebung vereinbar mit den Angaben des Kreisarztes der SUVA ab März 2014 (SVA 105.1 S. 52). Aufgrund der Akten kann nach dem oben Gesagten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass es dem Beschwerdeführer bereits mit Ablauf der Wartefrist wieder möglich war, eine behinderungsangepasste Verweistätigkeit zu 100% aufzunehmen. Diese Würdigung wird auch bestätigt durch die Beurteilung des behandelnden Arztes des Spitals D.\_\_\_\_\_, der am 22. Januar 2014 in einem Nachtrag, den er gestützt auf eine Computertomographie vom 21. Januar 2014 verfasste, festhielt, es liege entgegen früherer Vermutung keine Pseudoarthrose im ehemaligen Frakturspalt am linken Aussenknöchel vor, Tätigkeiten mit stärkeren Belastungen für das linke Sprunggelenk seien zu vermeiden (entsprechend der Beurteilung der Rehaklinik E.\_\_\_\_\_), dagegen seien mittelschwere Tätigkeiten möglich. Er bleibe (Anmerkung Gericht: für die bisherige Tätigkeit) noch bis 10. Februar 2014 krankgeschrieben (SVA 60 S. 57).

### **E. 5.9.2**

Zum anderen beantragte der Beschwerdeführer eine ganze Rente ab 16. Januar 2014 aus psychiatrischen Gründen: Ihm sei bereits in der Rehaklinik E.\_\_\_\_\_\_ eine schwere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen attestiert worden (vgl. psychosomatisches Konsilium vom 28. August 2013; SVA 60 S. 89). Dabei übersieht der Beschwerdeführer jedoch, dass im Entlassungsbericht vom 9. September 2013 dieses Konsilium wie folgt eingeflossen ist: "Die festgestellte psychische Störung begründet aktuell eine schwere arbeitsrelevante Leistungsminderung (zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen). Insbesondere ist es dem Patienten aufgrund des Zerwürfnisses mit seinem Arbeitgeber nicht mehr zumutbar, bis zum Ablauf der Kündigungsfrist an den gekündigten Arbeitsplatz zurückzukehren; dies hätte eine markante Verschlechterung des psychischen Zustandes zur Folge. Für alle anderen Tätigkeiten besteht hingegen keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen"

(SVA 43 S. 17). Für den Zeitraum ab Ablauf Wartefrist bis seit Ende 2015/anfangs 2016 wurde zudem bereits in E. 5.8.2 aufgezeigt, weshalb keine rentenrelevante Einschränkung in psychiatrischer Hinsicht angenommen werden kann.

## **E. 6**

Zu prüfen bleibt damit der Erwerbsvergleich und die Ermittlung des resultierenden Invaliditätsgrades.

### **E. 6.1**

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b; ZAK 1990 S. 518 E. 2). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserslass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

#### **E. 6.2.1**

Die Vorinstanz hat für den Zeitpunkt des hypothetischen Beginns des Rentenanspruchs (Ablauf des Wartejahres per 16.1.2014) als Valideneinkommen den zuletzt erzielten Lohn des Beschwerdeführers bei der B.\_\_\_\_\_. (gemäss Fragebogen für den Arbeitgeber vom 8.7.2014; SVA 22.1) von Fr. 85'618 berücksichtigt. Zu diesem Zeitpunkt war der Beschwerdeführer in einer Verweistätigkeit als zu 100% arbeitsfähig zu beurteilen. Die Vorinstanz hat zur Bemessung des Invalideneinkommens auf die Tabellenlöhne gemäss Schweizerischer Lohnstrukturerhebung (LSE) 2014 zurückgegriffen. Da der Beschwerdeführer nach dem Unfall bis zum Verfügungszeitpunkt keine zumutbare Erwerbstätigkeit wiederaufgenommen und deshalb kein konkret bestimmbarer Invalidenlohn vorgelegen hat, ist dieses Vorgehen nicht zu beanstanden (BGE 135 V 297 E. 5.2) und auch nicht bestritten worden. Entsprechend der bundesgerichtlichen Praxis hat die Vorinstanz den Lohn der Tabelle TA1 "triage skill level", auf Kompetenzniveau 1, Total Männer, berücksichtigt (Fr. 5'312) und die wöchentliche Branchenarbeitszeit von 41.7 Stunden berücksichtigt, ergebend einen Invalidenlohn von gerundet Fr. 66'453 (Fr. 5'312 x 12 x 41.7 / 40). Ein Leidensabzug wurde nicht gewährt. Nach Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung resultierte demnach ein Erwerbsverlust von Fr. 19'165 (Fr. 85'618 - Fr. 66'453), was einem Invaliditätsgrad von gerundet 22% entspricht (100 / 85'618 x 19'165, ergebend 22.38%). Dieser Invaliditätsgrad gibt keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 4.2). Auch bei Berücksichtigung eines angemessenen Leidensabzugs von 15% (vgl.

dazu E. 6.2.2 in fine) würde mit 34% (Invalidenlohn: Fr. 56'485, Erwerbsverlust: Fr. 29'133; Invaliditätsgrad:  $100 : 85'618 \times 29'133 = 34.03\%$ ) kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad resultieren.

### **E. 6.2.2**

Wie oben festgehalten wurde, ist beim Beschwerdeführer per November 2015 (Arztbericht von Dr. T. \_\_\_\_\_ vom 16. November 2015) eine ärztlich attestierte Verschlechterung eingetreten dahingehend, dass seit diesem Zeitpunkt nur noch eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Verweistätigkeit von 50% vorliegt. Der Arbeitgeber hat im Fragebogen vom 8. Juli 2014 darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer bei einer guten Arbeitsleistung per 1. Juni 2014 eine Lohnerhöhung von 0.5% erhalten hätte. Jedoch ist dem Schreiben des Arbeitgebers vom 7. Mai 2013, auf welches das Kündigungsschreiben vom 17. Juli 2013 verweist, zu entnehmen, dass die Kündigung wegen mehrmaligen Verlassens des Arbeitsplatzes während der Schicht ohne Information des Vorgesetzten, Verlassen vor Schichtende ohne Abmeldung beim Vorgesetzten, nicht korrekte Erfassung der Zeiterfassung trotz ausgesprochener Verwarnung, mangelnde Arbeitsleistung und -einstellung sowie Nichteinhalten der vereinbarten Termine während der Krankheitsabsenz ausgesprochen wurde (SVA 22.4). Damit ist davon auszugehen, dass eine Lohnerhöhung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gewährt worden wäre, weshalb sie vorliegend nicht zu berücksichtigen ist. Das heisst, dass ab Juni 2014 von einem Gehalt von (weiterhin) Fr. 85'618.- auszugehen ist. Da die gesundheitliche Verschlechterung rentenrelevant ab 2015 zu berücksichtigen ist, ist das Valideneinkommen des Beschwerdeführers zusätzlich bis ins Jahr 2015 zu indexieren (Tabelle des BFS: "T 39 Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 2010-2018"; Index Männer 2014: 2'220; Index Männer 2015: 2'226); dies ergibt ein Valideneinkommen von Fr. 85'849 (Fr. 85'618 / 2'220 x 2'226). Das Invalideneinkommen stützt auf dieselben Berechnungsgrundlagen, jedoch unter zusätzlich vorzunehmender Indexierung bis ins Jahr 2015 und unter Berücksichtigung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit von 50%. Einen Leidensabzug hat die Vorinstanz ohne weitere Begründung nicht gewährt; auch der Vernehmlassung sind diesbezüglich keine Ausführungen zu entnehmen. Der Beschwerdeführer verlangt mit Beschwerdeergänzung den Maximalabzug von 25%. Zur Begründung führt er sein Alter (aktuell: 59 Jahre), die zusätzlichen Einschränkungen in der Verweistätigkeit (leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, teils im Sitzen, teils im Stehen und Gehen), seine langjährige Tätigkeit in der B. \_\_\_\_\_, die Teilzeitbeschäftigung in angepasster Verweistätigkeit und den Umstand, dass er "höchstens noch in Deutschland eine Arbeit finden" könne, wo das Lohnniveau erheblich tiefer sei, an (B-act. 16). Das Bundesgericht hat zum Leidensabzug festgehalten, dass dieser nicht automatisch erfolgen solle, er sei unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und dürfe 25 % nicht übersteigen (Urteil des BGer 8C\_378/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 4.1 und 6.2.3, zur Publikation vorgesehen). Das Bundesgericht stellt für den Zeitpunkt, nach welchem ein "vorgerücktes Alter" gegeben ist, auf den Zeitpunkt des Feststehens der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit ab (vgl. Urteil 8C\_378/2019 E. 7.1). Vorliegend ist dies der Januar 2014 (vgl. E. 5.9.1), zu welchem Zeitpunkt der Beschwerdeführer 54 Jahre alt war. Damit liegt kein Alter vor, in welchem sich die Ausübung von Hilfsarbeiten auf dem Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Natur) zwingend lohnsenkend auswirkt (Urteil 8C\_378/2019 E. 7.2.1). Jedoch ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner langjährigen Arbeit (während 23 Jahren bei der B. \_\_\_\_\_ bzw. ihrer Vorgängerin

als Mechaniker) in einer Verweistätigkeit eine gewisse Lohneinbusse zu gewärtigen hätte, weshalb diesbezüglich ein Abzug zu berücksichtigen ist. Nicht nachvollziehbar und vom Beschwerdeführer auch nicht begründet ist, weshalb er in seiner Situation nur noch eine schlechter bezahlte Stelle in Deutschland finden können sollte; damit kann kein Abzug nachvollziehbar begründet werden. Das Bundesgericht hat des Weiteren festgehalten, dass der Faktor Teilzeiterwerbstätigkeit von Männern in Hilfstätigkeiten zu einer Reduktion des Lohnes auf dem Arbeitsmarkt führen kann, nicht jedoch bei vollzeitlich tätigen Männern mit reduziertem Ertrag (Urteile des BGer 9C\_10/2019 vom 29. April 2019 E. 5.2; 8C\_211/2018 vom 8. Mai 2018 E. 4.4). Der Beschwerdeführer ist gemäss psychiatrischem Gutachten zu 50% arbeitsfähig (d.h. vier Stunden täglich), weshalb diese Einschränkung beim Leidensabzug zu berücksichtigen ist. Zu beachten bleibt, dass der Beschwerdeführer in einer Verweistätigkeit zu 50% im privaten Sektor (gemäss Total der Tabelle TA1) zusätzliche (leichte) funktionelle Einschränkungen zu gewärtigen hat. Als Zwischenfazit ist daher in Berücksichtigung des Dienstalters, der Teilzeitarbeit und der zusätzlichen Einschränkungen in einer Verweistätigkeit ein als angemessen zu erachtender Leidensabzug von 15% zu berücksichtigen. Eine solche Abweichung von der vorinstanzlichen Beurteilung erweist sich als zulässig (Urteil 8C\_378/2019 E. 4.2), zumal die Vorinstanz weder in der Verfügung noch in der Vernehmlassung auf entsprechende Beschwerderüge hin Überlegungen zum Leidensabzug angestellt hat. Daraus ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 28'319 (Fr. 66'453 / 2'220 x 2'226 [Indexierung] x 50% [Arbeitsfähigkeit] x 0.85 [Leidensabzug]). Der Erwerbsverlust ab 2015 beträgt Fr. 57'530 (Fr. 85'849 - Fr. 28'319), was einem Invaliditätsgrad von gerundet 67% entspricht (100 / 85'849 x 57'530). Dieser Invaliditätsgrad ergibt Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, ab November 2015.

### **E. 6.3**

Anzumerken bleibt, dass dem Schluss des Beschwerdeführers, eine Arbeitsfähigkeit von 4 Stunden pro Tag entspreche einem Pensum von 48% und damit einer Arbeitsunfähigkeit von 52%, da im Berufsbereich des Beschwerdeführers von einem Pensum von 41.7 Stunden pro Woche auszugehen sei, nicht gefolgt werden kann (B-act. 16 S. 7). Die ärztliche Aussage bezieht sich nicht auf einen bestimmten Berufsbereich, sondern zur Vereinfachung - wie die Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik auch - auf eine normale 40 Stundenwoche, was einem Pensum von 50% entspricht. Die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit wird im Übrigen bereits im Rahmen der Berechnung des Invalideneinkommens nach LSE berücksichtigt (s. angefochtene Verfügung; SVA 118 S. 5). Was der Beschwerdeführer verlangt, würde zu einer unzulässigen Doppelberücksichtigung der betriebsüblichen durchschnittlichen Arbeitszeit führen.

### **E. 7**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer vor Ablauf des Wartejahres wieder in einer angepassten Verweistätigkeit vollzeitlich tätig sein konnte. Daraus ergibt sich ab Januar 2014 kein Anspruch auf eine Rente. Im November 2015 ist eine Verschlechterung des psychischen Zustandes eingetreten, die eine rentenrelevante Erwerbseinbusse von 67% zur Folge hat. Die Beschwerde ist daher teilweise gutzuheissen, die angefochtene Verfügung aufzuheben und dem Beschwerdeführer ab November 2015 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen; im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

### **E. 8**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

### **E. 8.1**

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Dem Beschwerdeführer wären im Rahmen seines teilweisen Obsiegens reduzierte Verfahrenskosten von Fr. 200.- aufzuerlegen. Da ihm jedoch am 24. Januar 2019 die unentgeltliche Rechtspflege gewährt worden ist, sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der teilweise unterliegenden Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

### **E. 8.2**

Dem Beschwerdeführer ist in der Höhe seines Obsiegens eine Parteientschädigung zulasten der Vorinstanz zuzusprechen. Unter Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Praxis zum "Überklagen" (Urteile 9C\_995/2012 vom 17. Januar 2013 E. 3 und 9C\_466/2007 vom 25. Januar 2008 E. 5 m.w.H.; vgl. auch Urteil des BVGer C-3300/2016 vom 18. März 2019 E. 10.2) ist diese jedoch ungekürzt zuzusprechen: Im vorliegenden Fall geht es um die erstmalige Prüfung eines Rentenanspruchs. Der Antrag des Beschwerdeführers auf Gewährung einer ganzen Rente ab 16. Januar 2014 (B-act. 16) wird zwar nicht in allen Punkten gutgeheissen, doch kann - anders als in der angefochtenen Verfügung - ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente unbefristet ab November 2015 bestätigt werden. Vor diesem Hintergrund kann nicht gesagt werden, das Rechtsbegehren des Beschwerdeführers auf Gewährung einer unbefristeten Rente ab Januar 2014 habe den Prozessaufwand derart beeinflusst, als dass die «Überklagung» eine Reduktion der Parteientschädigung rechtfertigen würde. Es kann vorliegend von einem Obsiegen im Grundsatz und einem lediglich im Masslichen teilweisen Unterliegen des Beschwerdeführers ausgegangen werden (Urteil C-3300/2016 E. 10.2.4). Der Beschwerdeführer hat folglich Anspruch auf eine ungekürzte Parteientschädigung zulasten der Vorinstanz. Der Beschwerdeführer hat keine Kostennote eingereicht und im Rahmen der Beschwerdeergänzung beantragt, die Höhe der Parteientschädigung sei ins richterliche Ermessen zu stellen. Diese ist daher pauschal, unter Berücksichtigung der Schwierigkeit der vorliegenden Streitsache und in Berücksichtigung vergleichbarer Gerichtsfälle, auf Fr. 2'800.- inklusive Auslagen und exklusive MWST, welche nicht geschuldet ist (Art. 1 Abs. 2 Bst. a des Mehrwertsteuergesetzes [MWSTG, SR 641.20] i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE), festzulegen (Art. 64 VwVG und Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2] e contrario). Die Vorinstanz hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

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