

SO_GERICHTE VSBES.2022.162 vom 9. August 2022

SO Obergericht, 2022-08-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.162

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.162 du 9 août 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.162 del 9 agosto 2022

Erwägungen

E. 9

ff.) und folgende Rechtsbegehren stellen: 1. Es sei die Verfügung vom 9. August 2022 aufzuheben. 2. Es sei nicht (bzw. nicht unbesehen / nicht vollständig) auf das polydisziplinäre Suva-Gutachten vom 17.09.2021 abzustellen. 3. Es sei dem Versicherten eine IV-Rente zuzusprechen, seit wann rechtens und in folgendem Umfang (insbesondere auch unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 25 %): - einer ganzen Rente; - eventualiter einer Dreiviertelsrente; - subeventualiter einer halben Rente; - subsubeventualiter einer Viertelsrente. 4. Eventualiter sei durch die Beschwerdeinstanz ein Obergutachten einzuholen (orthopädisch / rheumatologisch, neurologisch, psychiatrisch / psychologisch). 5. Subventualiter sei die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen zwecks Durchführung weiterer Abklärungen und Neuurteilung der Sache im Sinne der obigen Rechtsbegehren Ziff. 2, 3 und 4. 6. Unter o/e-Kostenfolge. In formeller Hinsicht: 7. Es sei der Beschwerdeführer persönlich zu befragen (insb. zu Teil 7. B, Ziff. 24 - 57). 8. Es seien die Angaben des Beschwerdeführers über seine effektive medizinisch verwertbare Arbeitsleistung (s. unten, insb. Ziff. 43 ff. und 50 f. – insbesondere gegenüber dessen Arbeitgeber – vertraulich zu behandeln und die entsprechenden Stellen zu schwärzen, zumindest dann, wenn der Entscheid online veröffentlicht werden sollte. 8. Die Beschwerdegegnerin verzichtet in ihrer Beschwerdeantwort vom 18. Oktober 2022 (A.S. 65) unter Verweis auf die Akten und die angefochtene Verfügung auf weitere Ausführungen und beantragt die Abweisung der Beschwerde. 9. Mit Verfügung vom 24. Oktober 2022 (A.S. 66 f.) gewährt das Versicherungsgericht dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege und unentgeltliche Rechtsbeistandung, unter Beiordnung der Advokaten H.____ und I.____ als unentgeltliche Rechtsbeistände. 10. Mit Eingabe vom 7. November 2022 reichen die eingesetzten unentgeltlichen Rechtsbeistände eine Kostennote zu den Akten (A.S. 68 ff.). 11. Mit Eingabe vom 26. Mai 2023 reicht der Beschwerdeführer weitere Arztberichte ein. 12. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt und auf die Beschwerde ist einzutreten. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 9. August 2022 eingetreten ist (Ueli Kieser in: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 ATSG N 109). 1.2 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu

ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen.

2. Der Beschwerdeführer lässt in formeller Hinsicht beantragen, er sei persönlich zu seinen Beschwerden und deren Auswirkungen zu befragen. In den verschiedenen medizinischen Begutachtungen, die im vorliegenden Fall erfolgt sind, wurden seine Angaben zu seinen Beschwerden und deren Folgen jeweils festgehalten. Auch in der Beschwerdeschrift lässt er sehr ausführlich darlegen, inwiefern er sich durch Schmerzen beeinträchtigt sieht. Es ist daher nicht ersichtlich, inwiefern eine persönliche Befragung zusätzliche Erkenntnisse bieten sollte. Der Antrag auf eine persönliche Befragung bzw. eine Parteibefragung ist daher abzuweisen. Weiter lässt der Beschwerdeführer beantragen, seine Angaben über seine effektive medizinisch verwertbare Arbeitsleistung seien vertraulich zu behandeln und die entsprechenden Stellen zu schwärzen. Die Entscheide des Versicherungsgerichts werden in anonymisierter Form veröffentlicht, womit die erwünschte Vertraulichkeit gewährleistet ist.

3. 3.1 Anspruch auf eine Invalidenrente haben versicherte Personen, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG).

3.2 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur dann vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

3.3 Nach dem hier massgeblichen bisherigen Recht (siehe E. II. 1.2 hiervor) besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente sowie ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG, in Kraft bis 31. Dezember 2021). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

3.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes 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 bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. 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 – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

4. 4.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.) dar, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Chauffeur seit 2010 nicht mehr zumutbar sei. In einer dem Leiden optimal angepassten Tätigkeit liege eine Arbeitsfähigkeit von 80 % vor. Es sei ein 100%iges Pensum zumutbar mit einer um absolut 20 % reduzierten Leistungsfähigkeit aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs. Dies ergebe sich aus dem polydisziplinären Gutachten vom 17. September 2021. In der (nicht rechtskräftigen) Suva-Verfügung vom 7. Dezember 2021 seien die bestehenden Rückenschmerzen oder die psychischen Beschwerden unberücksichtigt geblieben, was auch für die Beschwerden am Knie und an der Hüfte links gegolten habe. Die Invalidenversicherung habe im Unterschied dazu sämtliche Leiden unabhängig von ihrer Ursache zu berücksichtigen. Die Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung entfalte gegenüber der Invalidenversicherung keine Bindungswirkung. Dennoch sei es möglich, gestützt auf das von der Suva veranlasste polydisziplinäre Gutachten die nicht unfallbedingten Beschwerden hinsichtlich eines allfälligen Einflusses auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit und das Zumutbarkeitsprofil zu bewerten. Der gutachterliche Bericht gebe hinsichtlich Anamnese, Befund und Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie hinsichtlich der Begründung der daraus gezogenen Schlussfolgerungen hinreichend Auskunft. Es könne darauf abgestellt werden. Demnach sei aus orthopädischer Sicht festzuhalten, dass die

Hauptbeschwerden sich im linken Fuss befänden. Aufgrund der Pathologie des linken Fusses seien vorwiegend sitzende Tätigkeiten mit intermittierend kurzen gehenden und stehenden Tätigkeiten zumutbar. Tätigkeiten mit Zwangshaltungen in kniender oder hockender Position und mit wiederholten Gehstrecken von jeweils mehr als 100 Metern seien nicht zumutbar. Die anhaltende Schwellungstendenz des Fusses bedinge ausserdem mehrere, über den Tag verteilte regelmässige Pausen zum Hochlagern. Aufgrund dieser notwendigen Pausen werde die Arbeitsfähigkeit in einer optimal den Einschränkungen angepassten Tätigkeit auf 80 % geschätzt. Die Knie-, Hüft- und Rückenschmerzen spielten im Vergleich zu den Fusschmerzen eine untergeordnete Rolle. Es dränge sich aufgrund der nicht unfallbedingten Beschwerden höchstens auf, das Zumutbarkeitsprofil insofern zu ergänzen, als dass auf das Heben und Tragen von schweren Lasten verzichtet werden sollte. Zudem sollte das Besteigen von Leitern und Gerüsten, das (längere) Abwärtsgehen und das Hinunterspringen vermieden werden. Aus neurologischer Sicht sei festgestellt worden, dass auch unter Annahme eines unfallkausalen Tarsaltunnelsyndroms die sensomotorischen Ausfälle auf Grund der Tibialisneuropathie nicht relevant seien. Im Vordergrund stehe ein neuropathischer Schmerz, der allerdings seinerseits auch nur zu einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % führen würde. Aus psychiatrischer Sicht liege eindeutig keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor. Auch eine krankheitswertige depressive Entwicklung sei nicht nachvollziehbar und es liege keine Persönlichkeitsstörung vor. In einer angepassten Tätigkeit sei es dem Beschwerdeführer weiterhin möglich, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Der Invaliditätsgrad betrage 15 %. Es bestehe dementsprechend kein Rentenanspruch. Bei einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 80 % bei ganztätiger Präsenz sei ein Abzug vom Tabellenlohn beim Invalideneinkommen nicht gerechtfertigt. Ein allfälliger Tabellenlohnabzug liesse sich aufgrund des Zumutbarkeitsprofils zwar diskutieren. Doch selbst bei einem bis zum 31. Dezember 2021 maximal zulässigen Tabellenlohnabzug ergäbe sich kein rentenbegründender Mindestinvaliditätsgrad. Weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen seien nicht angezeigt.

4.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerde (A.S. 9 ff.) im Wesentlichen entgegenhalten, das polydisziplinäre Gutachten vom 17. September 2021, auf welches die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung abstelle, sei nicht voll beweiswertig. Der orthopädische Gutachter nehme keinen Bezug auf die Auswirkungen der Knie- und Hüftbeschwerden und damit sei die Einschätzung für das IV-Verfahren unvollständig. Der neurologische Gutachter habe die fraglichen Nervenschädigungen nicht bzw. nicht als unfallkausal feststellen können und gehe deshalb gar nicht erst auf deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein. Der orthopädische Gutachter halte die Knie- und Hüftbeschwerden des Beschwerdeführers für nicht unfallkausal, immerhin stelle er deren Vorhandensein aber fest. Diese hätten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Hinsichtlich des neurologischen Gutachtens sei es unzutreffend, dass der Beschwerdeführer 50 % arbeite, wie dort festgehalten werde. Effektiv seien es nur 30 - 40 %. Der neurologische Gutachter halte eine Schädigung des Nervus tibialis für nur möglich und nicht wahrscheinlich. Dies sei zynisch, zumal der Beschwerdeführer an der betreffenden Stelle neunmal operiert worden sei. Es sei fast unmöglich, dass die umliegenden Nerven dabei nicht in Mitleidenschaft gezogen worden seien. Der neurologische Gutachter habe seine Einschätzung aufgrund einer einzigen Untersuchung ohne aktuelle Bildgebung entgegen 49 ihm widersprechenden Arztberichten getroffen. Seine Einschätzung könne diese 49 Berichte nicht entkräften. Er hätte eine fehlende Nervenschädigung eindeutig nachweisen müssen, was ihm nicht gelungen sei. Ebenfalls nicht korrekt sei die

gutachterliche Beurteilung, dass selbst wenn von einer Nervenschädigung auszugehen wäre, diese sich höchstens im Umfang von 20 % auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würde, wobei dies nicht additiv zur orthopädisch festgestellten Einschränkung von 20 % hinzutreten würde. Wenn sowohl die orthopädischen als auch die neurologischen Beschwerden zu einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % führten, müssten Letztere additiv zu Ersteren hinzutreten. Schliesslich habe sich der neurologische Gutachter nicht zu den weiteren neurologischen Fussbeschwerden des Beschwerdeführers geäussert, namentlich den stechenden Schmerzen im ersten, vierten und fünften Zeh, den Ausstrahlungen in die Wade bis in die Leistenregion, den nächtlichen Fusschmerzen und Krämpfen sowie dem Taubheitsgefühl im Fuss. Was das psychiatrische Gutachten anbelange, so möchte sich der Beschwerdeführer selber nicht als psychisch krank sehen. Seine psychische Situation habe aber massive Auswirkungen auf das Leben und die diesbezüglichen Einschränkungen müssten im Rahmen des leidensbedingten Abzugs berücksichtigt werden. Das Invalideneinkommen habe die Beschwerdegegnerin ebenfalls falsch errechnet. Dies einerseits, weil eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 - 70 % vorliege. Zudem sei ein leidensbedingter Abzug von 25 % zu gewähren. Einerseits habe die Suva Luzern einen leidensbedingten Abzug von 20 % als gerechtfertigt gesehen. Darauf sei die Beschwerdegegnerin, die sich intensiv mit der Unfallversicherung ausgetauscht habe, zu behaften. Zudem sei der maximal mögliche Abzug zu gewähren, weil zu den unfallbedingten Beschwerden weitere Beschwerden hinzukämen. Die Gehstrecke des Beschwerdeführers sei sehr beschränkt, es bestünde ein erhöhter Pausenbedarf, Schlafprobleme, die Notwendigkeit der Einnahme von Medikamenten und nach ausserordentlichen Einsätzen liege er jeweils flach. Faktisch bestehe eine 30 - 40%ige Arbeitsfähigkeit. Somit sei nur noch ein Teilzeitpensum möglich, was sich auswirke. Hinzu kämen die psychischen Beschwerden, die im Rahmen des leidensbedingten Abzugs zu berücksichtigen seien. Gestützt auf eine Arbeitsfähigkeit von 25 bis 5 % und mit einem leidensbedingten Abzug bestehe Anspruch auf eine ganze Rente. Doch selbst wenn man von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit ausgehen und einen leidensbedingten Abzug gewähren würde, bestünde zumindest ein Anspruch auf eine Viertelsrente. 5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint hat. Hierfür sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen relevant: 5.1 Der Beschwerdeführer erlitt am 27. August 2007 bei seiner Arbeit als LKW-Chauffeur einen Unfall, als er beim Beladen eines LKWs mit dem Fuss unter einen Stapler geriet. Hierbei zog er sich eine mediale Malleolarfraktur am linken Knöchel zu (vgl. Schadenmeldung, IV-Nr. 17.27, und Operationsbericht vom 30. August 2007, IV-Nr. 17.24 S. 8 f.). Die anschliessende Behandlung wurde am 12. November 2007 abgeschlossen (IV-Nr. 17.24 S. 1). Am 17. November 2008 meldete der Beschwerdeführer der Unfallversicherung Suva einen Rückfall (IV-Nr. 17.22). Gemäss Zwischenbericht derselben (IV-Nr. 17.21 S. 5) habe der Beschwerdeführer über chronische Fusschmerzen links seit der operativen Sanierung der Malleolarfraktur links berichtet. Es erfolgte eine Osteosynthesematerial-Entfernung am 6. Januar 2009 (IV-Nr. 17.20). Eine weitere Operation erfolgte am 16. Juni 2010 in Form einer Arthroskopie und Ausräumung (IV-Nr. 17.13 S. 3). Am 1. Juni 2010 wurde der Unfallversicherung ein zweiter Rückfall gemeldet (IV-Nr. 17.11). Am 13. Dezember 2010 wurde der Beschwerdeführer erneut operiert (Entfernung Gelenkkörper dorsomediales OSG links, IV-Nr. 26.7 S. 2). In einer weiteren Operation am 22. August 2012 wurde das Metall entfernt und ein Kallus an der Ferse am Fuss links abgetragen (IV-Nr. 97 S. 8). Ende 2015 wurde von Seiten der behandelnden

Ärzte operativ keine Option mehr gesehen (vgl. Bericht von Dr. med. J.____, Klinik K.____, vom 18. Dezember 2015; IV-Nr. 171 S. 5). Dennoch fand am 9. August 2016 eine weitere Operation statt (Tarsaltunnel-Release, Neurotomie caicanearer Ast, Abtragen der Exostose medial- und lateralseits am Tuber calcanei links; IV-Nr. 222 S. 3 ff.).

5.2 Seit dem 31. März 2015 fand im Spital L.____ eine ambulant-psychiatrische Behandlung des Beschwerdeführers statt (vgl. Bericht von Dr. med. M.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 30. Dezember 2015; IV-Nr. 174.8). Diagnostiziert wurden eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ein depressives Syndrom, aktuell leichte depressive Episode im Rahmen des Schmerzgeschehens und im Rahmen psychosozialer Belastungsfaktoren, eine schizotype Persönlichkeitsakzentuierung, Probleme mit Bezug auf den eigenen Familienkreis und ein Status nach Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit und Jugend.

5.3 Nachdem die Beschwerdegegnerin die ihr vorliegenden Unterlagen dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vorgelegt und dieser eine polydisziplinäre Begutachtung empfohlen hatte (IV-Nr. 219), wurde bei der Begutachtungsstelle C.____ eine solche eingeholt. Das Gutachten wurde am 3. August 2017 von Dr. med. N.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. O.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. med. P.____, Facharzt für Psychiatrie Psychotherapie, und Dr. med. Q.____, Facharzt für Rheumatologie, erstattet (IV-Nr. 241). Bezüglich dessen Inhalt kann auf die nachstehend zitierten Erwägungen des Versicherungsgerichts im rechtskräftigen Urteil vom 21. September 2020 (Verfahren VSBES.2019.252) verwiesen werden, wo dieses Gutachten bereits gewürdigt wurde: «5.10 In dem von der IV-Stelle veranlassten polydisziplinären Gutachten des C.____ vom 17. April 2017 (Suva-Nr. 604) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Verminderte Belastbarkeit und Schmerzen des linken Fusses mit/bei: - Status nach Schrauben- und Spickdrahtosteosynthese bei medialer Malleolus- Fraktur am 30. August 2007 - Status nach Osteosynthese-Materialentfernung aus dem Malleolus medialis 7. Januar 2009 - Status nach Arthroskopie und Ausräumen osteochondrotischer Läsionen im linken OSG 16. Februar 2016 - Status nach Entfernung von Gelenkskörpern dorsomediales OSG links 16. Juni 2010 - Status nach Revision der Tibialis posterior-Sehne und Calcaneus-Osteotomie links 15. Februar 2012 - Status nach Entfernung des Osteosynthese-Materials und Kallus-Abtragung Fuss links 22. August 2012 - Status nach Entfernung von Ossifikationen am Calcaneus links 19. August 2013 - Status nach Tarsaltunnel-Release, Neurotomie Calcanearast und Abtragung der Exostosen medial und lateral am Calcaneus 9. August 2016 - Aktuell: Rückfusschmerz, Varusstellung des Fusses und neuropathischer Schmerz. Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

2. Chondropathia patellae beidseits. 3. Diskret beginnende Coxarthrose links mit Impingement-Symptomatik. 4. Leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F32.00). 5. Finanzielle Schwierigkeiten (ICD-10: Z59.6).

Aus interdisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Versicherte aus somatischer Sicht in seiner Arbeitsfähigkeit ausschliesslich aufgrund seiner linksseitigen Fussproblematik eingeschränkt. Die Beschwerden im linken Knie und in der linken Hüfte liessen sich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis am 27. August 2007 zurückführen. Selbst Fehlbelastungen, die durch Schmerzen und ein dadurch verändertes Gangbild entstünden, würden von gesunden angrenzenden Gelenken problemlos toleriert, so auch im Knie- und Hüftgelenk. Der linke Fuss sei durch die Fehlstatik und die diversen

Operationen mit teilweise Sensibilitätsstörung und Taubheitsgefühl vor allem am Calcaneus vermindert belastbar und verursache auch Schmerzen, welche jedoch mit einer optimalen Schmerztherapie in Grenzen gehalten werden könnten. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als LKW-Fahrer, wo der Versicherte den Fuss durch viel kuppeln habe belasten müssen, viel aus- und einsteigen und auch habe mithelfen müssen, den LKW zu entladen und beladen, bestehe spätestens seit seiner Erstanmeldung bei der IV vom 13. Oktober 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine dem Leiden optimal angepasste Tätigkeit, in vorwiegend sitzender und nur wenig stehender und gehender Tätigkeit, wie sie momentan vom Versicherten für 3 bis 4 Stunden täglich ausgeführt werde, sei ihm seit Oktober 2016 aus rein rheumatologischer Sicht zu 80 % (vormittags 3 ½ Stunden Arbeit sowie eine halbe Stunde Pause zur Entlastung, dann 2 Stunden Mittagsruhe und am nachmittags erneut 3 ½ Stunden Arbeit sowie eine halbe Stunde Pause zur Erholung) zumutbar. Eine zusätzliche, internistisch oder psychiatrisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei beim Beschwerdeführer nicht ausgewiesen. Es sei aus interdisziplinärer Sicht nicht anzunehmen, dass die aktuell gutachterlich festgestellte Restarbeitsfähigkeit des Versicherten durch weitere medizinische Massnahmen verbessert oder gesteigert werden könne. Von weiteren orthopädisch-chirurgischen Eingriffen am linken Fuss werde dringend abgeraten. Retrospektiv könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass der Versicherte seit seiner unfallbedingten Malleolarfraktur vom 27. August 2007 in seiner Arbeitsfähigkeit als Chauffeur qualitativ eingeschränkt sei. Auch wenn er diese Tätigkeit nach 3 Monaten wieder zu 100 % habe aufnehmen können, habe er im weiteren Verlauf immer wieder über belastungsabhängige Fusschmerzen geklagt, die dazu geführt hätten, dass er seinen Beruf 2010 habe niederlegen müssen und eine IV-Anmeldung getätigt habe. Es folgten die oben erwähnten Korrekturingriffe, welche aber nie zur Beschwerdefreiheit, sondern eher noch zu stärkeren, teilweise neuropathisch bedingten Schmerzen und zu einer Instabilität geführt hätten. Ab 2010 könne also für den Beruf eines LKW-Fahrers daher von einer dauerhaften, 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. In einer angepassten Tätigkeit müsse davon ausgegangen werden, dass der Versicherte, ausser den hospitalisations- und rekonvaleszenzbedingten, vorübergehenden Phasen einer vollen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der orthopädischen Eingriffe, immer zu 100 % arbeitsfähig gewesen sei. Der letzte operative Eingriff vom 9. August 2016 (Tarsaltunnel-Release mit Neurotomie des Calcanearastes und Abtragung einer Exostose medial und lateralseits über den Tuber calcanei links) habe die subjektive Schmerzsymptomatik des Versicherten weiter verstärkt. Es erscheine durchaus plausibel, dass der Beschwerdeführer durch diese inzwischen chronifizierte und organisch nachvollziehbare Schmerzsymptomatik in seiner Leistungsfähigkeit leicht eingeschränkt sei, bzw. längere Erholungspausen brauche. Aus diesem Grund sei auch seither eine dem Leiden optimal angepasste Tätigkeit, wie die jetzt ausgeübte bei der Firma R.____, nur noch zu 80 % zumutbar. Die 20%ige Einschränkung sollte dem Versicherten ermöglichen, vormittags und nachmittags eine zusätzliche halbe Stunde Pause zur Entlastung einzubauen und dazwischen 2 Stunden Mittagsruhe einzuhalten.» Die vom Beschwerdeführer eingegangene Stellungnahme zum Gutachten (IV-Nr. 246.1 mit verschiedenen Berichten als Beilage) unterbreitete die Beschwerdegegnerin der Begutachtungsstelle (IV-Nr. 255), die an ihrer Einschätzung festhielt (IV-Nr. 256). 5.4 Vom 4. bis 22. Dezember 2017 hielt sich der Beschwerdeführer in einem stationären Aufenthalt in der Klinik S.____ auf. Gemäss Austrittsbericht vom 15. Dezember 2017 (IV-Nr. 252.2) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

(F45.41) mit/bei - Therapieresistenten Schmerzen Rückfuss links bei - Status nach mehrfachen Sprunggelenks- und Rückfussoperationen links - Coxarthrose links 2. Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion 3. Akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z 73.1) DD: schizotype Störung (F21) Beim Beschwerdeführer bestehe ein überwiegend lokales neuropathisches Schmerzsyndrom im Bereich des linken Rückfusses nach mehrfachen Sprunggelenks- und Rückfussoperationen. Das Schmerzgeschehen habe sich weder durch medikamentöse, noch manualtherapeutische / physiotherapeutische oder infiltrative Massnahmen positiv beeinflussen lassen. 5.5 Das Spital L.____ erstattete diverse Zwischenberichte (IV-Nrn. 260, 275 S. 7 f., 275 S. 4 f., 279 S. 6 f.) zuletzt am 2. April 2020 (IV-Nr. 287 S. 7 ff.). Darin führte med. pract. T.____ aus, der Beschwerdeführer berichte von einer deutlichen Symptomverschlechterung der Beschwerden im linken Fuss. Die aktuell im Vordergrund stehenden neuropathischen Beschwerden des N. tibialis und suralis links seien nach der 4. oder 5. Revisionsoperation im Sprunggelenkbereich aufgetreten. Es sei davon auszugehen, dass die aktuell zusätzlich aufgetretenen Beschwerden im Knie- und Hüftbereich links durch eine Fehlbelastung bei chronischen Schmerzen im linken Fuss verursacht seien. Die im Jahr 2020 radiologisch festgestellte leichte Arthrose im Sprunggelenk könnte Folge des Unfalls sein, sei aber nur mässig ausgeprägt. Der Beschwerdeführer habe von den bisher durchgeführten Therapien profitiert, die Arbeitsfähigkeit von 30 % habe dadurch erhalten werden können. 5.6 Nachdem das Versicherungsgericht in seinem Urteil vom 21. September 2020 erwogen hatte, dass im Verfahren vor der Unfallversicherung auch neurologische Abklärungen erforderlich seien, gab die Unfallversicherung ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag. Im Rahmen der Begutachtung von Dr. med. D.____, med. pract. E.____, Dr. med. F.____ und Dr. med. G.____ wurden aktuelle bildgebende Untersuchungen gemacht (Orthoradiogramm und Knieaufnahmen vom 08.06.2021, OSG links und Fuss links in insgesamt vier Ebenen vom 08.06.2021, Becken / Sacrum vom 08.06.2021, Hüfte links vom 08.06.2021, IV-Nr. 292.23). 5.6.1 Gegenüber dem neurologischen Teilgutachter hat der Beschwerdeführer zu seinen subjektiven Beschwerden ausgeführt, er verspüre an der linken Grosszehe plantar eine Taubheit. Er habe aktuell ständige Schmerzen den ganzen linken Fuss betreffend. Gehen könne er eine halbe bis zu einer Stunde, dann nähmen die Schmerzen an der Fusssohle sowie am inneren und äusseren Knöchel stark zu. In Ruhe verspüre er dann an diesen Orten ein Stechen, dies sei auch in der Nacht der Fall, der Cannabis-Konsum helfe ihm ganz gut dagegen. Der linke Fuss verkrampfe sich oft. Er habe ständig Parästhesien am linken Fuss von wechselnder Lokalisation, die Kraft sei aber gut. Er berichte auch über Schmerzen an der linken Hüfte und am linken Kniegelenk nach ungefähr einer halben Stunde Gehen, diese Beschwerden seien ungefähr drei bis vier Jahre nach dem Unfall aufgetreten. Am linken medialen distalen Unterschenkel bestehe ein Druckschmerz, die Schmerzen am linken Fuss seien gesamthaft trotz der durchgeführten konservativen und operativen Behandlungen seit dem Unfall im Jahr 2007 progredient verlaufen. Er nehme 1 g Dafalgan abends nicht jeden Tag ein, auch habe er Flector-Pflaster in Reserve in der Nacht für den medialen Knöchel. Er besuche keine Physiotherapie mehr und keine Psychotherapie mehr. Er nehme drei Mal am Tag vier bis fünf Tropfen Cannabis-Oel und rauche zwei Joints am Nachmittag und am Abend. Dies habe er zum Teil bereits vor dem Unfall aus dem Jahr 2007 gemacht. Der neurologische Teilgutachter erhebt folgende Befunde: Kopf und Hirnnerven: unauffällig Obere Extremitäten: unauffällig Untere Extremitäten: Trophik und Tonus unauffällig, Lasegue beidseits negativ, Kraft der einzelnen Kennmuskeln unvermindert, Arteria tibialis posterior links nicht sicher palpabel, die übrigen Fusspulse

beidseits gut palpabel. Die Berührung des medialen Knöchels und besonders die dorsal gelegene Narbe an der medialen Ferse seien diffus klopfdolent ohne umschriebenes Tinelzeichen. Die anhaltende forcierte Eversion und Dorsalflexion des Fusses mit gleichzeitiger Dorsalflexion der Zehen sei beidseits nicht schmerzhaft.

Patellarsehnenreflexe und Achillessehnenreflexe beidseits im Sitzen seien symmetrisch nur schwach auslösbar. Kniehackenversuch bds. intakt, Gordon-, Oppenheim- und Babinskizeichen bds. negativ. Hyposensibilität für Berührung an der linken Fusssohle medial und lateral und am lateralen Fussrücken links. Die Sudomotorik imponiere an der Fusssohle beidseits symmetrisch normal, die Zehenmotilität sei beidseits unauffällig. Kein Tinelzeichen im Bereich des Nervus tibialis hinter dem Malleolus medialis. Schmerz- und Lagesinn symmetrisch normal. Stehen und Gehen: Der Rombergindex sei normal. Das Gangbild sei leicht verbreitert und zeige ein leichtgradiges Schonhinken des linken Beines, die Mitbewegungen seien gut, der Gang nicht vornübergeneigt, der Fersengang werde aus Angst vor einer Schmerzzunahme am linken Fuss nicht durchgeführt. Der Fersenstand sei aber möglich, ebenfalls der Zehenspitzenstand. Der Strichgang sei sicher durchführbar.

5.6.2 Im Rahmen der orthopädischen Begutachtung hat der Beschwerdeführer zu seinen subjektiven Beschwerden ausgeführt, seine Hauptbeschwerden befänden sich im linken Fuss. Es kristallisierten sich dabei zwei Hauptschmerzpunkte heraus. Der eine direkt dorsal des medialen Malleolus, der vor allem bei Belastung oder bei Druck auf diese Stelle auftrete. Der zweite Schmerzpunkt, welcher vor allem beim Barfussgang auftrete, befände sich unter der Ferse, wo bereits dreimal ein Fersensporn entfernt worden sei. Sekundär schmerze es ihn ebenfalls am medialen Malleolus, anterior über dem OSG und im Bereich der Achillessehne. Nach längerem Sitzen bestehe ein Anlaufschmerz, der im Fuss beginne und nach 10 bis 15 Minuten sporadisch mal in das Knie, mal in die Hüfte und mal in beides ausstrahle. Im orthopädischen Befund wird festgehalten, im Bereich der Füße zeige sich das Integument unauffällig. Keine Hypertrichose, keine Hyperhidrose. Medial links bestehe eine anteriore Narbe 9 cm, direkt über dem medialen Malleolus reizlos bis auf eine Hyperpigmentierung, ohne Einziehungen. Weiter zeige sich eine dorsale Narbe am Calcaneus, parallel zum Gefäss-Nerven-Bündel ebenfalls 9 cm, ebenfalls reizlos. Es bestünden minime Einziehungen ganz distal. Lateral links zeige sich eine Narbe über ca. 5 cm, ebenfalls reizlos. Die Sensibilität an der gesamten linken Fusssohle, unter der Ferse, am medialen und lateralen Fussrand und über dem lateralen Fussrücken sei vermindert. Zudem bestünden ein unangenehmes Kribbeln am medialen Fussrand, ausstrahlend bis in die Grosszehe, und eine unangenehme Ausstrahlung bei Palpation der Fusssohle anterior. Am rechten Fuss bestünden keine Hyposensibilitäten. Die OSG-Beweglichkeit sei links im Vergleich zur Gegenseite in beide Richtungen um ca. 10° eingeschränkt, die USG-Beweglichkeit in Pro- und Supination links sei nur minimst eingeschränkt. Es bestehe eine Druckdolenz am Fuss links mit Punctum maximum im proximalen Bereich der anterioren, medialen Narbe als auch im zentralen Bereich der dorsalen, medialen Narbe. Das Tinelzeichen an beiden eben beschriebenen Orten sei positiv mit blitzartig einschliessenden Schmerzen und Ausstrahlung Richtung distal. Es bestünden eine mässige Druckdolenz über dem medialen und lateralen Malleolus, über der Achillessehne, und eine starke Druckdolenz mittig unter der Ferse, ca. 3 cm anterior des posterioren Randes. Am rechten Fuss zeigten sich keine Druckdolenzen. Das linke OSG sei im Varus und im Valgus stabil und zeige keine vermehrte mediale oder laterale Aufklappbarkeit. Der Talusvorschub links sei in Neutralstellung. Die Innenrotation und Aussenrotation sei im Vergleich zu rechts nicht vermehrt. Die Fusspulse der Arteria dorsalis pedis seien gut palpabel, der

Arteria tibialis posterior schwach palpabel. Die Tibialis posterior Sehne links sei angespannt, leicht druckschmerzhaft, dies sei aber nicht der dem Beschwerdeführer bekannte Schmerz. Im Stehen falle ein abgesenktes mediales Fusslängsgewölbe mit Pes planovalgus links auf. Von dorsal betrachtet stehe der Rückfuss aber in Neutralstellung im Vergleich zum physiologischen Valgus auf der Gegenseite. Die Reflexe sowohl der Patellarsehne beidseits als auch der Achillessehne beidseits und des Triceps beidseits seien nur abgeschwächt vorhanden. Im Bereich der Knie sei das Integument unauffällig. Keine Rötung, Schwellung oder Überwärmung. Es bestünden kein Erguss und keine Druckdolenz über dem gesamten Knie, auch nicht über dem medialen Gelenkspalt. Auch im Bereich der Hüfte links sei das Integument unauffällig, ohne Druckdolenz über der Glutealmuskulatur und dem Trochanter major. Eine dezente Druckdolenz bestehe in der Leiste. Der Lasegue-Test sei negativ. Die rechte Hüfte sei auch unauffällig. Die Wirbelsäule sei im Lot, ohne Druckdolenz über der paravertebralen Muskulatur. Der orthopädische Gutachter listet auch verschiedene Röntgenbilder auf und erhebt entsprechende Befunde: MRI Sprunggelenk links vom 12.04.2010: Dezentos Knochenmarksödem auf einer Grösse von ca. 5 x 5 mm an der distalen Tibia, subchondral am Übergang der horizontalen Gelenkfläche zum Malleolus medialis direkt gegenüber dem medialen Talusdom, ansonsten unauffälliger, homogener Knochen. Keine Anzeichen auf eine Arthrose. Keine Hinweise auf Sehnen- oder Bandverletzungen. Calcaneus seitlich und axial links vom 09.04.2013: St. n. Calcaneus-Umstellungsosteotomie mit gut konsolidiertem Osteotomiespalt. Plantar Kallusbildung von ca. 1,3 x 0,5 cm Grösse. Keine Hinweise auf eine Arthrose im OSG, USG, Calcaneocuboidalgelenk oder Talonaviculargelenk. Keine Hinweise auf eine frische Fraktur. 3-Phasen-Skelettszintigraphie und Spect-CT beider Knie und Füsse vom 23.04.2013: An beiden Knien retropatellär, links mehr als rechts, an der lateralen Facette eine metabolisch hoch aktive Zone. Am lateralen Tibiaplateau eine Zone mit gesteigertem Metabolismus. Am Fuss links an der medialen plantaren Ferse im Bereich der ehemaligen Osteotomie ein metabolisch hoch aktiver Osteophyt. Röntgenbild Calcaneus links seitlich und axial vom 13.03.2014: Im Vergleich zum Vorbild vom 09.04.2013 nur diskrete Veränderungen an den Kalzifikationen plantar der Ferse. Weiterhin keine Zeichen für eine Arthrose. MRI Sprunggelenk links vom 24.04.2014: diffuse, narbige Veränderungen medioplantar am Calcaneus ohne Reaktion des Knochens mit unauffälliger Plantarfaszie. Nebenbefundlich Tendinose der Peroneus brevis-Sehne. Weiterhin keine Anzeichen für eine Arthrose im oberen und unteren Sprunggelenk als auch am Mittelfuss. Röntgen Knie links ap/seitlich und Patella beidseits tangential vom 16.03.2015: normal konfiguriertes Kniegelenk ohne Hinweise auf eine Arthrose oder eine frische Fraktur. Auch in den Patella tangential-Aufnahmen keine Hinweise auf eine retropatelläre Arthrose. Röntgen Fuss dp und OSG seitlich unbelastet links vom 20.03.2015: normal konfiguriertes Vorfuss ohne Anzeichen auf eine Fehlstellung, Arthrose oder frische Frakturen. In der seitlichen Ansicht weiterhin Status nach Calcaneusosteotomie mit den vorbekannten Ossifikationen plantar an der Ferse. Röntgen Becken ap vom 25.03.2015: beginnende Coxarthrose links mit Gelenkspaltverschmälerung und subchondraler Sklerose. Cam-Impingement Konstellation beidseits, links mehr als rechts. Rechts mit Ossifikation im superioren Labrum. Linksseitig lateraler Zentrum-Ecken-Winkel von 40°, acetabulärer Index von +10°, Crossing Zeichen sowie pistol grip Deformität. MRI Fuss links vom 27.05.2015: kein Hinweis auf ein Knochenmarksödem, keine Hinweise auf eine Arthrose. Sehnen und Ligamente intakt. Weiterhin Ossifikation plantar an der Ferse im Bereich der ehemaligen Calcaneusosteotomie, ebenfalls narbige Veränderungen im selbigen Bereich

ohne Hinweise auf eine akute Entzündung. Fuss links dp/seitlich stehend vom 18.09.2015: vorbekannte Ossifikation plantar an der Ferse. Weiterhin keine Hinweise auf eine Arthrose bei normal konfigurierter Vorfuss. Im Mittelfuss Abflachung des Längsgewölbes im Sinne eines Plattfusses. OSG links ap und Salzmann-Aufnahme vom 18.04.2016: regelrechte Stellung im OSG ohne Anzeichen auf Arthrose. Fuss dp/seitlich links vom 24.01.2017: im Vergleich zum Röntgenbild vom 18.09.2015 statische Verhältnisse der Fussachsen. Weiterhin keine Hinweise auf Arthrose im oberen und unteren Sprunggelenk sowie im Mittel- und Vorfuss. Exostose plantar an der Ferse im Vergleich zum Bild von 2015 in ihrer Ausdehnung wesentlich kleiner, aber immer noch eine dezente, verschwommene Knochennase. Fuss links dp/seitlich sowie OSG ap vom 05.09.2017: vorbekannte Pes planus-Konfiguration ohne Veränderung der dafür relevanten Winkel im Vergleich zu 2015, weiterhin keine Hinweise auf eine Arthrose. Exostose plantar am Calcaneus stationär. MRI Sprunggelenk links vom 05.09.2017: Status nach gut verheilter Calcaneusosteotomie. Die Ossifikationen im Bereich der Plantarfaszie zeigten keine vermehrte Flüssigkeitsansammlung. Keine Anzeichen für eine Arthrose im oberen und unteren Sprunggelenk. Keine Knochenmarksödembildung im Bereich des oberen und unteren Sprunggelenkes. Dreiphasen-Skelettszintigraphie mit Spect-CT Füße beidseits vom 10.10.2017: vollständige Fusion sowohl der Malleolarfraktur als auch der Calcaneusosteotomie links mit leicht vermehrtem Abdecken auf Höhe der distalen Membrana interossea als auch eine leichte Stoffwechselaktivierung am calcanearen Ansatz der Plantaraponeurose. Diffuses, erhöhtes Uptake im Fuss. Fuss links dp/seitlich vom 28.05.2018: Vorbekannter Pes planovalgus mit unveränderten Fussachsen. Kein Hinweis auf eine Arthrose. Ossifikation plantar am Os calcaneus stationär zu 2017. Sonographie untere Extremität Achillessehne links vom 28.06.2018: intakte Achillessehne ohne Hinweise auf intratendinöse Kalzifikationen. Fuss links dp/seitlich stehend vom 24.01.2020: Unveränderte Fussachsen ohne Hinweise auf eine Arthrose, Kalzifikationen plantar der Ferse stationär. Fuss dp/seitlich und schräg sowie OSG ap/stehend links vom 08.06.2021: vorbekannter Pes planovalgus mit einem Talometatarsale I Winkel von 4° , Calcaneusbodenwinkel von 13° , Gissane-Winkel von 62° , Böhler-Winkel vom 27° , Talometatarsale Basis I Winkel von 7° . Weiterhin keine Anzeichen auf eine Arthrose im OSG/USG oder in den Mittel- und Vorfussgelenken. Im OSG ap-Bild symmetrischer Gelenkspalt mit gut konsolidierter Fraktur des Malleolus medialis. Gute Konsolidation der Calcaneusosteotomie mit stationärer Grösse der Ossifikation plantar an der Ferse. Becken ap/tiefzentriert und Hüfte axial vom 08.06.2021: dezente, beginnende Coxarthrose links mit minimaler Gelenkspaltverschmälerung und subchondraler Sklerose. Cam-Impingement beidseits mit einer dezenten pistol grip Deformität ebenfalls beidseits. Ossifikationen rechts im superioren Labrum, welche noch 2015 zu sehen gewesen seien, nun nicht mehr ersichtlich. Progredienz der Gelenkspaltverschmälerung oder subchondralen Sklerose nicht ersichtlich. Knie links ap/seitlich, Rosenberg und Patella tangential vom 08.06.2021: normal konfiguriertes Kniegelenk ohne Hinweis auf eine Arthrose tibiofemoral. In der Patella tangential Aufnahme Gelenkspaltverschmälerung lateral. Im Vergleich zum Vorbild von 2015 progredient. 5.6.3 Bei der psychiatrischen Begutachtung hat der Beschwerdeführer angegeben, nach dem Unfall sei es mit allem bergab gegangen. Er habe dadurch inzwischen CHF 120'000.00 Schulden. Er habe praktisch keine sozialen Kontakte mehr. Im Geschäft habe er in den vergangenen Jahren (zu Covid-19 Zeiten) eine Abmahnung erhalten, er solle verträglicher sein, da er wegen der Schmerzen reizbar gewesen sei. Er habe seine Frau verloren, und seine Tochter (11-jährig) wolle ihn seit fünf

Jahren nicht mehr sehen. Es sei verständlich, dass er in so einer Situation und wegen der Schlafstörungen in der Nacht am Tage müde und lustlos sei. Als noch die Unfallversicherung die Behandlungskosten übernommen habe, sei er in der Klinik L. ____ gewesen zur ambulanten Behandlung und habe dort auch eine psychotherapeutische Begleitung gehabt. Das sei etwa über zwei Jahre von 2015 bis 2017 erfolgt. Zuerst habe es auch kein grosses Interesse für ihn dort gegeben, im Verlauf habe er jedoch etwas profitiert. Eine anderweitige Therapie nehme er nicht wahr, auch wolle er psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfestellung nicht wieder in Anspruch nehmen. Zu den Aktivitäten des täglichen Lebens führte der Beschwerdeführer aus, er arbeite dienstags bis freitags etwa fünf ein viertel Stunden. Um 14:00 Uhr sei er wieder zu Hause und müsse sich dann zunächst hinlegen. An den drei Tagen der Woche, an denen er nicht arbeite, trinke er nach dem Aufstehen einen Kaffee, verbringe eineinhalb Stunden am PC, lege sich wieder hin oder gehe einkaufen. Manchmal lese er noch etwas, zum Beispiel ein Sachbuch, er interessiere sich für unterschiedliche Dinge. Gegen 22:00 Uhr gehe er dann zu Bett. Im Rahmen der Anamnese habe der Beschwerdeführer auch angegeben, es sei eine der Bevölkerung weisgemachte Unwahrheit, die Erde sei eine Kugel, in Wirklichkeit sei sie nämlich eine Scheibe und es hätten auch niemals Dinosaurier gelebt. Schliesslich sei die gesamte Covid-19 Geschichte nicht wahr. Die sozialen Kontakte würden sich beschränken auf einige Kollegen, die er am vorherigen Wohnort gehabt habe, und einen Freund in Hannover, mit dem er hin und wieder einen Videochat mache. Er habe noch Kontakt zu einem Bruder gehabt, der um fünf Jahre älter gewesen sei, der allerdings 2013 gestorben sei, «mit Familie sei ansonsten finito». Die Mutter sei 2020 gestorben, danach habe es noch Zoff mit der Schwester wegen finanzieller Angelegenheiten gegeben. Der psychiatrische Gutachter erhebt folgende Befunde: Der Beschwerdeführer habe sich umgänglich und sozial angepasst gegeben. Aus den Angaben in der Exploration und dem in der Untersuchung gezeigten Verhalten seien akzentuierte Persönlichkeitseigenschaften zu eruieren, die gekränkt und narzisstisch, aber nicht krankheitswertig aufgefallen seien, eine spezifische Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 sei nicht abzuleiten. Der Beschwerdeführer sei in allen Qualitäten vollständig orientiert. In der insgesamt zweistündigen Untersuchung sei er durchgehend aufmerksam und gut konzentriert gewesen. Es bestünden auch keine Einbussen höherer kognitiver Leistungen wie Gedächtnis oder problemlösendes Denken. Die Intelligenz erscheine unter Berücksichtigung der schulischen und beruflichen Bildung sowie der allgemeinen Sozialisation durchschnittlich. Das formale und inhaltliche Denken weise keine Pathologien auf, es seien keine Gedankenabrisse, Gedankensprünge, Inkohärenzen oder Assoziationslockerungen, Verlangsamung oder Beschleunigung des Denkens, Danebenreden, Grübelneigung in der Untersuchungssituation, Zwangsgedanken, pathologische Ängste, überwertige Ideen oder Wahn zu erheben. Auch bestünden keine Wahrnehmungsstörungen als illusionäre Verkennungen oder Halluzinationen und keine Ich-Störungen im Sinne von Gedankeneingabe, Gedankenentzug oder Fremdbeeinflussungserleben. Für die vergangenen Wochen habe kein durchgehendes depressives Syndrom vorgelegen, vielmehr gebe der Beschwerdeführer Aktivitäten, Interessen an. Insbesondere sei in der in der Exploration geführten Diskussion über die sogenannten «Verschwörungstheorien» deutlich geworden, dass er vielfältigen Interessen nachgehe. Daneben informiere sich der Beschwerdeführer zu Themen aus Religion und populärwissenschaftlicher Psychologie. Der affektive Rapport in der Untersuchungssituation sei gut herstellbar. Die Stimmung sei auslenkbar und

schwingungsfähig. Es sei Freudfähigkeit zu eruieren. Zum Beispiel fahre der Beschwerdeführer sehr gerne seine eigene Harley-Davidson. Das Selbstwertgefühl sei normal. Es werde kein Lebensüberdruß angegeben und es bestehe keine Suizidalität. Der Antrieb in der Untersuchungssituation sei normal. Ebenso normal seien Mimik, Gestik und Psychomotorik. Es ergäben sich keine Hinweise auf Impulshandlungen. Die Willenskräfte seien zielgerichtet. 5.6.4 Im Rahmen der Konensbeurteilung erheben die Gutachter folgende Diagnosen: - Schweres, chronifiziertes Schmerzsyndrom Fuss links bei: Leichtgradigem Pes planovalgus Status nach Fraktur des Malleolus medialis links vom 27.08.2007 Status nach ORIF medialer Malleolus links vom 30.08.2007 Status nach OSME medialer Malleolus links vom 08.01.2009 Status nach Arthroskopie OSG links mit Ausräumung osteochondraler Läsion vom 16.06.2010 Status nach offener, freier Gelenkskörperentfernung dorsomedial am OSG links vom 13.12.2010 Status nach Revision Tibialis posterior Sehne und Calcaneus-Umstellungsosteotomie links vom 15.02.2012 Status nach OSME und Abtragung von plantarem Kallus unter dem Calcaneus vom 22.08.2012 Status nach erneuter Abtragung einer Exostose plantar am Calcaneus vom 19.08.2013 Status nach erneuter Abtragung einer Exostose plantar am Calcaneus und zusätzlich Tarsaltunnelrelease vom 10.08.2016 - Beginnende, symptomatische, laterale, retropatelläre Arthrose Knie links Stadium I nach Kellgren-Lawrence - Leichtes Cam-Impingement Hüfte beidseits mit linksseitiger, mittelschwerer, symptomatischer Coxarthrose Stadium III nach Kellgren-Lawrence - Gelegentliche Lumboischialgien ohne neurologische Defizite bei Status nach konservativ behandelter Diskushernie in den 90er Jahren Aus neurologischer und psychiatrischer Sicht werden keine Diagnosen erhoben.

6. Die Beschwerdegegnerin stellt in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten vom 17. September 2021 ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Dazu kann einleitend festgehalten werden, dass dieses in Kenntnis der gesamten, umfassenden Aktenlage, unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden, nach eingehender Untersuchung und von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachärzten erstellt wurde. Das Gutachten wurde nicht von der Beschwerdegegnerin selbst eingeholt, sondern es handelt sich um eine von der Unfallversicherung in Auftrag gegebene, aber externe und nicht (unfall-)versicherungsinterne Expertise. Insofern erfüllt es die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise. 6.1 In der neurologischen Beurteilung wird zunächst sehr ausführlich die Chronologie der Behandlung nach dem Unfall mit betroffenem linken Fuss gewürdigt und inhaltlich nachvollziehbar dargelegt, dass der zuständige Chirurg nach dem Unfall des Beschwerdeführers vom 27. August 2007 mit Fraktur des inneren Köchels im November 2007 die Behandlung abgeschlossen habe ohne weitere Nachkontrollen vorzusehen. Erst im Januar 2009 sei zuhause der Unfallversicherung über Fusschmerzen links besonders am Fussgewölbe und an der Ferse berichtet worden. Der Beschwerdeführer habe ab dem 26. Januar 2009 die Arbeit wieder voll aufgenommen. In der Folge seien in der orthopädischen Behandlung eine unauffällige Durchblutung und Sensibilität des linken Fusses ohne Schwellung bzw. lediglich eine diffuse Druckdolenz am antero-lateralen Sprunggelenk beschrieben worden. Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung im September 2010 sei erstmals über eine lokale Hypästhesie inframalleolär medial berichtet worden und im Dezember 2010 eine erneute Operation erfolgt. Anlässlich einer orthopädischen Verlaufskontrolle im Februar 2011 sei dann über eine Hypersensibilität im Bereich des Ramus calcaneus des Nervus tibialis berichtet worden. Der Gutachter hält dazu fest, dass dies nicht ganz der zuvor beschriebenen Hypästhesie inframalleolär medial

entspreche. Im März 2011 sei dann über eine Hyposensibilität an der Ferse berichtet worden und nicht mehr über eine Hypersensibilität. Im Mai 2011 hätten die Orthopäden über Schmerzen beim Sitzen wie beispielsweise beim Autofahren berichtet. In der Untersuchung sei die Inversion schmerzhaft. Diese Befundkonstellation erachtet der Gutachter als bemerkenswert, da eine solche gegen eine Problematik von Seiten des Nervus tibialis spreche, bei welcher die Beschwerden bei Belastung und bei Eversion des Fusses zunehmen. Weiter wird festgehalten, der Beschwerdeführer habe anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung im Juli 2011 über eine Gehdauer von zwei bis drei Stunden berichtet, wohingegen im September 2010 noch lediglich 30 Minuten angegeben worden seien. In der Untersuchung vom Juli 2011 habe sich ein Tinelzeichen über dem Tarsaltunnel mit einer Hyp- bis Anästhesie der linken Fersensole gefunden. Die aktuell beschriebene Hypästhesie plantar betreffe somit eigentlich wiederum ein anderes Hautareal im Versorgungsgebiet des Nervus plantaris medialis. Anlässlich einer orthopädischen Verlaufsuntersuchung im Spital U.____ vom November 2011 sei eine neurologische Ursache der Beschwerden ausgeschlossen worden, eine zwischenzeitliche MRI-Untersuchung des Fusses habe keine relevanten Befunde ergeben. Hier weist der neurologische Experte darauf hin, dass trotz der zuvor erwähnten verschieden lokalisierten Sensibilitätsstörungen am linken Fuss nicht von einer neurologischen Ursache ausgegangen worden sei. Anlässlich einer Untersuchung an der Klinik K.____ vom Dezember 2011 sei man diagnostisch von einer Insuffizienz der Tibialis posterior-Sehne am linken Fuss ausgegangen. Die Untersuchung habe damals eine Hyposensibilität an der ganzen Ferse bis zur Mitte des medialen Fussgelenksgewölbes gezeigt. Im Februar 2012 sei dann die Revision der Tibialis posterior-Sehne mit einer Calcaneus-Osteotomie links erfolgt. Im Anschluss an diese Operation sei es dem Beschwerdeführer nur kurzzeitig besser gegangen, dann seien Schmerzen wieder vermehrt in Erscheinung getreten. Am 22. August 2012 sei eine erneute Operation am linken Fuss mit Metallentfernung und Abtragung von Kallus erfolgt. In der Folge habe sich aber erneut ein Fersensporn mit konsekutiv abnehmender Gehfähigkeit gebildet, mit erneuter Fussoperation am 19. August 2013. Anlässlich einer erneuten Untersuchung an der Klinik V.____ vom April 2014 sei dann über eine Hypersensibilität retromalleolär medial berichtet worden, was ungefähr dem Versorgungsgebiet der Rami calcanei mediales des Nervus tibialis entspreche. Eine erneute MRI-Untersuchung zu diesem Zeitpunkt habe indessen keine relevante Pathologie am Fuss gezeigt. Auch eine SPECT-CT-Untersuchung habe keine fokale Ursache für die noch bestehenden Schmerzen gezeigt. Eine rheumatologische Untersuchung vom Januar 2015 in [...] habe dann als Diagnose ein sekundäres muskuloskeletales Schmerzsyndrom mit Achillodynie seit Januar 2014 ergeben. An dieser Stelle weist der Gutachter darauf hin, dass sich aus dieser diagnostischen Beschreibung offensichtlich gewisse Unsicherheiten und Diskrepanzen in der genauen Zuordnung des Beschwerdebildes ergäben. Im Rahmen eines stationären Aufenthalts im März 2015 am Spital L.____ habe man diagnostisch von einer Achillodynie und Allodynie im Narbenbereich gesprochen mit der Differentialdiagnose eines Tarsaltunnelsyndromes, des Weiteren von einer Plantarfasziitis links mit einem Fersensporn links. Eine erste neurologische Untersuchung sein dann im Mai 2015 Spital L.____ erfolgt, mit Nachweis einer Schädigung des Nervus tibialis im Tarsaltunnel links ohne Nachweis einer floriden Nervenschädigung. Die neurologische Untersuchung habe damals ein Tinelzeichen über dem Tarsaltunnel links mit einer veränderten Oberflächenwahrnehmung im proximalen Gebiet des Nervus plantaris medialis und lateralis bei normaler Sensibilität distal am Vorfuss an den Zehen gezeigt. Diese Angaben erachtet der Gutachter anatomisch

als nicht nachvollziehbar und begründet dies damit, dass bei einer Nervenläsion zunächst das distale Versorgungsgebiet beeinträchtigt sei und nicht das proximale. Er weist darauf hin, dass die elektrophysiologische Untersuchung eine um 30 % niedrigere Potenzialamplitude auf der linken Seite im Seitenvergleich in der motorischen Tibialisneurographie mit Ableitung über dem Muculus abductor hallucis gezeigt habe. Die Nadelmyographie aus diesem Muskel auf der linken Seite sei als chronisch-neurogen verändert beschrieben worden, die rechte Seite habe man jedoch nadelmyographisch nicht untersucht. Anlässlich einer orthopädischen Untersuchung am W.____ vom Juli 2015 sei schliesslich über eine ausgeprägte Hyperästhesie im Bereich der Vernarbungen des Malleolus medialis bei sonst normaler Sensomotorik berichtet worden. Diese Ausführungen wiesen darauf hin, dass die angegebenen Hyposensibilitäten in den verschiedenen Untersuchungen nicht konstant seien. Diese Feststellung erscheint einleuchtend. Der Gutachter erläutert weiter, dass im April 2016 eine erste Beurteilung durch die Orthopäden am Spital S.____ erfolgt sei, wobei diagnostisch von einer postoperativen Plantarfasziitis bei Exostosenbildung plantar am Calcaneus sowie von einem persistierenden Tarsaltunnelsyndrom ausgegangen worden sei. Schliesslich sei am 9. August 2016 eine erneute Operation mit einem Tarsaltunnel-Release mit Neurotomie des calcanearen Astes und Abtragen der Exostosen medial- und lateralseits am Tuber calcanei links erfolgt. Anlässlich einer orthopädischen Verlaufsuntersuchung vom September 2016 sei dann über eine Hypästhesie im Bereich des Nervus suralis berichtet worden mit einem Tinelzeichen über dem Tarsaltunnel. Diese Hypästhesie im Bereich des Nervus suralis betreffe den lateralen Fussrand und dürfte nach gutachterlicher Sicht auf die zuletzt durchgeführte Operation vom August 2016 zurückzuführen sein, denn der Experte hält dazu fest, dass diese zuvor noch nie erwähnt worden sei. Im Rahmen der Begutachtung für die Beschwerdegegnerin am 3. August 2017 sei rheumatologisch eine diagnostische Zuordnung erfolgt, die darauf schliessen lasse, dass man die Schmerzgenese von rheumatologischer Seite nicht ganz genau eingrenzen können. Anlässlich einer erneuten neurologischen Untersuchung am Spital L.____ vom 6. Oktober 2017 sei in der Untersuchung eine Hypästhesie an der Ferse und an der lateralen Fusssohle sowie im Suralisgebiet links beschrieben worden. Die elektrophysiologischen Befunde würden als stabil beschrieben, was sich bei genauer Durchsicht und bei detailliertem Vergleich der Untersuchungen vom Oktober 2017 und vom Mai 2015 gutachterlich nicht ganz bestätigen lasse. Die Untersuchungen hätten indessen eine relevante Läsion des Nervus suralis elektroneurographisch nicht nachgewiesen, obwohl der Beschwerdeführer im Versorgungsgebiet dieses Nerven eine Hypästhesie angebe. Eine Kryotherapie des Nervus suralis links vom April 2018 habe lediglich zu einer Verschlechterung der Situation geführt, genauso wie die zuletzt durchgeführte Operation vom August 2016. In der Folge sei der Beschwerdeführer schmerzmedizinisch am Spital L.____ betreut worden. Die diesbezüglichen Ausführungen werden vom Gutachter zum Teil als etwas widersprüchlich und schwer nachvollziehbar taxiert, wobei er auf die Verwechslung von Medikamenten (in Bezug auf Opiate und Neuroleptika) hinweist. Mit Bezug auf eine erneute neurologische Untersuchung am Spital L.____ im Juli 2019 wird erwähnt, dass dort diagnostisch über eine Kryo-Therapie im April 2018 berichtet worden sei mit anschliessend deutlicher Akzentuierung der Schmerzen im Tibialisversorgungsgebiet. Diese Kryo-Therapie habe aber den Nervus suralis und nicht den Nervus tibialis betroffen. Die klinische neurologische Untersuchung habe damals Hypästhesien an der gesamten linken Fusssohle und am lateralen Rist entsprechend den Versorgungsgebieten des Nervus suralis und des Nervus

tibialis gezeigt. Es werde dann jedenfalls von einer im April 2018 neu hinzugetretenen Sensibilitätsstörung mit einem zum Teil neuropathischen Schmerzsyndrom im Tibialisversorgungsgebiet ausgegangen. Diese Ausführungen erachtet der Experte als inhaltlich nicht nachvollziehbar, weil eben im April 2018 keine Behandlung des Nervus tibialis mittels Kryo-Therapie erfolgt sei, sondern eine Behandlung des Nervus suralis links. Im Februar 2020 sei der Beschwerdeführer dann orthopädisch am Spital W.____ untersucht worden mit der Diagnose einer persistierenden Schmerzsymptomatik multifaktorieller Genese am linken Fuss. Wie der Gutachter zu Recht festhält, ergibt sich aus dieser Formulierung, dass man die Schmerzursache nicht eindeutig feststellen konnte. Die Ausführungen der Schmerzmediziner am Spital L.____ vom April 2020 seien dann wiederum erheblich in sich widersprüchlich, in dem einerseits von einer Kryo-Therapie des Nervus suralis im April 2018 und andererseits von einer Kryo-Therapie des Nervus tibialis im April 2018 berichtet werde. Hier hält der Gutachter fest, dass die Schädigungen des Nervus tibialis und des Nervus suralis auf die Revisionsoperationen des linken Fusses zurückgeführt würden, ohne dass diese jemals eindeutig in dieser Form als postoperative Schädigungen nachgewiesen worden seien im bisherigen aktenmässigen Verlauf. Im Dezember 2020 sei eine erneute neurologische Untersuchung am Spital L.____ erfolgt, wobei es eine Hypästhesie am Fussrücken medial und lateral angegeben worden sei mit einer Hypästhesie im Versorgungsgebiet des Nervus tibialis und des Nervus suralis. Auch die motorische Tibialisneurographie links werde als unverändert beschrieben, obwohl sich die Potenzialamplitude im Vergleich zum Juni 2019 von 0.95 mV auf 2.5 mV deutlich verbessert habe. Dennoch werde von einem klinisch und elektrophysiologisch weitgehend unveränderten Zustand ausgegangen. Nach der ausführlichen Darstellung des aktenmässigen Verlaufs hält der neurologische Gutachter zur aktuellen neurologischen Anamneseerhebung fest, dass gemäss den aktuellen Angaben die Beschwerden am linken Fuss in den letzten fast 14 Jahren seit dem Unfall trotz der zahlreichen konservativen und operativen Massnahmen zugenommen und sich nicht verbessert hätten. Der Beschwerdeführer gebe eine Hypästhesie für Berührung an der linken Fusssohle medial und lateral und am lateralen Fussrand an, nicht aber am medialen Fussrand oder proximal im Bereich des Ober- und Unterschenkels. Die forcierte Eversion und Dorsalflexion der Füsse mit gleichzeitiger Dorsalextension in den Zehengrundgelenken führe links nicht zu einer Beschwerdezunahme oder zum Auftreten von Beschwerden auf der rechten Seite. Zusammenfassend stellt der Gutachter aus neurologischer Sicht aktuell fest, dass beim Beschwerdeführer ein erheblich chronifiziertes Beschwerdebild besteht. Aus neurologischer Sicht könne sich die aktuelle Diskussion auf allfällige Nervenschäden als Folge dieses Unfallereignisses konzentrieren. Die erste neurologische Untersuchung sei im Mai 2015 und damit fast acht Jahre nach dem auslösenden Ereignis erfolgt. Damals sei von einer chronischen Schädigung des Nervus tibialis im Tarsaltunnelbereich ausgegangen worden, die klinischen Befunde seien mit dieser Diagnose aber nicht vereinbar. Diese Feststellung wird gutachterlich auch plausibilisiert: Es werde nämlich eine alterierte Sensibilität lediglich im proximalen Gebiet der Fusssohle angegeben, was anatomisch an sich nicht nachvollziehbar sei mit einer Läsion des Nervus plantaris medialis und lateralis. Anlässlich der erneuten neurologischen Untersuchung vom Oktober 2017 an derselben Institution werde dann aber über eine Hypästhesie am lateralen Fussrand sowie im Versorgungsgebiet des Nervus suralis berichtet. Im Juli 2019 würden anlässlich einer neurologischen Verlaufsuntersuchung Hypästhesien an der ganzen linken Fusssohle und am lateralen Rist beschrieben, anlässlich der letzten neurologischen Untersuchung am vom Dezember 2020

dann Hypästhesien am ganzen Fussrücken und an der ganzen Fusssohle. Allein auf Grund dieses aktenmässigen Verlaufes ergebe sich, dass diese Lokalisation der Hyposensibilitäten ganz offensichtlich nicht konstant sei, auch wenn man hierbei berücksichtige, dass im August 2016 eine erneute Operation in Form eines Tarsaltunnel-Release mit Exostosenabtragung am Calcaneus erfolgt sei. Auch diese Einschätzung erweist sich als einleuchtend. Schliesslich erweist sich dann die aktuelle klinisch-neurologische Untersuchung als diskrepant zu den neurologischen Voruntersuchungen, indem keine Hypästhesie am medialen Fussrücken im Bereich des Versorgungsgebietes des Nervus peroneus superficialis mehr besteht. Schliesslich diskutiert der Gutachter die elektrophysiologischen Untersuchungen im Verlauf seit 2015, wobei er einleitend festhält, dass diese Untersuchungen schwierig zu interpretieren seien, insbesondere im Hinblick auf ihre Aussagekraft und Verlässlichkeit für die Diagnose eines Tarsaltunnelsyndromes. In Bezug auf die durchgeführten elektrophysiologischen Untersuchungen am Spital L.____ wendet er ausserdem ein, dass keine sensible Tibialisneurographie und keine Nadelmyographie am rechten Fuss erfolgt sind, weshalb die vorliegenden motorischen Tibialisneurographien weniger diagnostische Aussagekraft besässen als die sensiblen Tibialisneurographien. Diese Feststellung wird ebenfalls begründet: Bei diesen motorischen Tibialisneurographien werde in der Regel davon ausgegangen, dass eine distale motorische Latenz von mehr als 5.8 oder 7 ms als pathologisch angesehen werden könne, der Beschwerdeführer habe aber anlässlich der ersten motorischen Tibialisneurographie vom 18. Mai 2015 eine distale motorische Latenz von 2.36 ms aufgewiesen, was als normal eingestuft werden könne. Des Weiteren werde ein Seitenunterschied der distalen motorischen Latenz von mehr als 1 ms als abnorm angesehen, was beim Beschwerdeführer ebenfalls nicht der Fall gewesen sei (Seitenunterschied von 0.2 ms). Schliesslich werde eine Seitendifferenz dieser Potenzialamplitude von mehr als 50 % als abnorm angesehen, beim Beschwerdeführer habe dieser Unterschied aber lediglich rund 30 % betragen. Gesamthaft ergibt sich für den Experten aus dem Vergleich der elektrophysiologischen Untersuchungen beim Beschwerdeführer zwischen 2015 und 2020 in Gegenüberstellung mit der medizinischen Literatur einleuchtend, dass die Diagnose einer Schädigung des Nervus tibialis im Bereich des Tarsaltunnels nicht als eindeutig erwiesen angesehen werden kann. Eine solche Diagnose stuft er lediglich als möglich und nicht als wahrscheinlich ein. In diesem Zusammenhang weist er auch darauf hin, dass der für die klinische Diagnostik relevante Test mit einer forcierten Eversion und Dorsalextension des Fusses sowie der Zehengrundgelenke negativ ausgefallen sei, was auch wegen aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung die Diagnose eines Tarsaltunnelsyndromes nicht unterstütze. Gegen eine direkte traumatische Läsion des Nervus tibialis sprechen sodann aus gutachterlich Sicht eindeutig der aktenmässige Verlauf und die Tatsache, dass darin die durch verschiedene Untersucher erhobenen Hyposensibilitäten nicht konsistent beschrieben worden sind. In diese Richtung interpretiert der Gutachter auch die aktuellen anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers, wonach die Lokalisationen sowohl der Schmerzen als auch der Parästhesien am linken Fuss durchaus nicht konstant seien, sondern fluktuierend. Gesamthaft wird einleuchtend beschrieben, dass die Progredienz der subjektiven Symptomatik in dieser langen Beobachtungszeit trotz der zahlreich durchgeführten konservativen und operativen Massnahmen bemerkenswert sei und sich der voruntersuchende Neurologe am Spital L.____ trotz seiner zahlreichen Untersuchungen nie zur Arbeitsfähigkeit geäussert habe. Nachdem der neurologische Gutachter eine Nervenschädigung am linken Fuss aktuell nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit

feststellen kann, ist folglich auch die Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht für sämtliche Tätigkeiten nicht eingeschränkt. Selbst wenn davon auszugehen wäre, so der Gutachter, dass ein (unfallkausales) Tarsaltunnelsyndrom vorliegt, so wären die sensomotorischen Ausfälle auf Grund der Tibialisneuropathie nicht relevant. Im Vordergrund stünde in diesem Fall ein neuropathischer Schmerz, der allerdings seinerseits auch nur zu einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % führen würde. Diese Arbeitsunfähigkeit von 20 % wäre dann nicht als additiv zu der im aktuellen orthopädischen Teilgutachten attestierten Arbeitsunfähigkeit von 20 % zu betrachten. Auch diese Einschätzung erweist sich als plausibel. Der Beschwerdeführer lässt hinsichtlich des neurologischen Gutachtens verschiedene Einwendungen vorbringen: So wird gerügt, dass der Gutachter die Nervenschädigungen nicht als unfallkausal eingestuft habe und sich nicht zu deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit äussere. Gemäss den oben stehenden Erwägungen ist eine Nervenschädigung indessen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Die Unfallkausalität spielt im vorliegenden Verfahren keine Rolle und zur Arbeitsfähigkeit äussert sich der neurologische Gutachter, indem er eben keine sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende, neurologische Beeinträchtigung sieht. Weiter wird vorgebracht, der Neurologe habe festgehalten, der Beschwerdeführer arbeite 50 %, was faktisch nicht stimme. Ob der Beschwerdeführer, der gemäss Arbeitsvertrag zu 50 % angestellt ist, auch tatsächlich 50 % leistet, ist für die vorliegende Beurteilung ebenfalls nicht relevant, da keine relevante Arbeitsunfähigkeit postuliert wird. Schliesslich erweist sich auch die Argumentation, der neurologische Gutachter halte eine Schädigung des N. Tibialis für nicht wahrscheinlich, obwohl es neun Operationen gegeben habe, als nicht stichhaltig. Dem Gutachter waren der Verlauf und die mehrfachen Operationen bekannt, die entsprechenden Akten lagen ihm vor und wurden von ihm gewürdigt. Eine Nervenschädigung erachtet er nicht als mit dem nötigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit vorliegend und führt dabei explizit aus, eine solche sei «lediglich als möglich und nicht als wahrscheinlich» einzustufen. Schliesslich wird gerügt, der Neurologe habe keine aktuelle Bildgebung veranlasst. Im Rahmen der Begutachtung wurden Röntgenbilder erstellt. Ohnehin liegt es im Ermessen des Gutachters zu entscheiden, welche Untersuchungsmethoden einzusetzen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_753/2015 vom 20. April 2016 E. 3.3 mit Hinweisen). Zur Beurteilung betreffend Nervenschädigung lässt der Beschwerdeführer vorbringen, der neurologische Gutachter hätte das Fehlen einer solchen beweisen müssen. Dies ist nicht der Fall. Es ist zu prüfen, ob eine sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende gesundheitliche Beeinträchtigung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit vorliegt (vgl. E. II / 3.4). Dass dieser Beweisgrad nicht erreicht ist, hat der Gutachter nachvollziehbar hergeleitet. Sodann wird moniert, der Neurologe begründe nicht, weshalb eine neurologische 20%ige Arbeitsunfähigkeit (für den Fall, dass doch eine Nervenschädigung vorliegen würde) nicht additiv zur orthopädischen hinzutreten würde. Nachdem hierbei mit dem Fuss das gleiche Körperteil betroffen wäre, erscheint diese Einschätzung einleuchtend, da die aus orthopädischer Sicht aufgrund der Beeinträchtigung notwendigen Pausen (vgl. die nachstehenden Erwägungen 6.2) aus orthopädischer wie aus neurologischer Sicht den Fuss entlasten würden. 6.2 Der orthopädische Gutachter kommt zum nachvollziehbaren Schluss, dass nach dem Unfall vom 27. August 2007 beim Beschwerdeführer erstmals Schmerzen am medialen Malleolus aufgetreten seien. Sowohl Physiotherapie als auch die Metallentfernung hätten diese nicht genügend bessern können. Anfang 2010 hätten sich die Beschwerden nach anterior am oberen Sprunggelenk (OSG) ausgeweitet. Nach der arthroskopischen Ausräumung einer

osteochondralen Läsion an der Tibiavorderkante hätten sich die Beschwerden noch mehr verschlimmert und nach retromalleolär medial am OSG ausgeweitet. Nach der insgesamt vierten Operation am 13. Dezember 2010 sei erstmalig eine Hyposensibilität an der linken Ferse aufgetreten. Nach der Revision der Tibialis posterior Sehne inklusive Calcaneusosteotomie vom 15. Februar 2012 hätten sich die Beschwerden retromalleolär des linken OSG verbessert. Im weiteren Verlauf seien zum einen die Beschwerden unter der linken Ferse aufgetreten und es seien zum anderen zum ersten Mal begleitende Knieschmerzen links beschrieben worden. Die Schmerzen unter der linken Ferse hätten trotz zweimaligem Abtragen von Ossifikationen 2012 und 2013 nur kurzfristig gelindert werden können. 2014 seien die bekannten retromalleolären Schmerzen zurückgekommen. Die Knieschmerzen seien indes immer stärker geworden. Auch umfangreiche, polydisziplinäre stationäre Aufenthalte mit unterschiedlichen Methoden der Schmerzbehandlung hätten kaum oder gar keine Wirkung gezeigt. Die achte und bisher letzte Operation am 10. August 2016 sei ebenfalls ohne Erfolg geblieben. Radiologisch zeigten sich am linken Fuss ein leichtgradiger Pes planovalgus und eine Ossifikation plantar an der Ferse bei adäquat konsolidierter Calcaneusosteotomie und Weber B Fraktur, ohne Hinweise auf eine Arthrose, Nekrose oder schwere Fehlstellung. Der orthopädische Gutachter hält daher stimmig fest, dass sich der chronische Schmerzzustand des linken Fusses nicht durch eine eindeutige objektivierbare patho-anatomische Ursache erklären lässt und somit von einer multifaktoriellen Genese auszugehen ist. Auch wenn diese Fusschmerzen ätiologisch nicht eindeutig einer patho-anatomischen Struktur zuzuordnen seien, erschienen sie in Zusammenschau mit Anamnese, Klinik und Bildgebung glaubwürdig, wird weiter festgehalten. Dabei weist der Gutachter darauf hin, dass nach allgemeiner Erfahrung nach einem Trauma mit derart zahlreichen Eingriffen am Fuss nicht selten ein solcher chronischer Schmerzzustand resultiert. Zu den Knieschmerzen links hält der Experte fest, diese seien in Intensität und Auftreten im Vergleich zu den Schmerzen am linken Fuss zweitrangig. Die Anamnese und Klinik wiesen auf ein patellofemorales Schmerzsyndrom hin. Dies lasse sich durch die radiologisch bestätigte retropatelläre Arthrose erklären. Auch die Hüftschmerzen links spielten im Alltag des Beschwerdeführers im Vergleich zu den Fusschmerzen nur eine untergeordnete Rolle. Hier zeige sich anamnestisch und klinisch ein Hüftimpingement. Dieses werde radiologisch bestätigt und habe bereits zu einer mittelschweren Coxarthrose links geführt. Am Knie würden die Schmerzen durch die primäre retropatelläre Arthrose verursacht. Belege für eine retropatelläre Arthrose rein aufgrund einer Fehlhaltung/Schonhaltung des Fusses respektive des gesamten Gangbildes fänden sich in der Literatur nicht. Deshalb sei davon auszugehen, dass die Knieschmerzen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch ohne Unfall aufgetreten wären. Die Hüftschmerzen links könnten sowohl durch das Impingement als auch durch die mittelschwere Coxarthrose erklärt werden. Auch die Hüftbeschwerden wären mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch ohne den Unfall aufgetreten. Aufgrund der Pathologie des linken Fusses wird aus gutachterlicher Sicht eine vorwiegend sitzende Tätigkeit mit intermittierend kurzen gehenden und stehenden Tätigkeiten als zumutbar erachtet. Tätigkeiten mit Zwangshaltungen in kniender oder hockender Position und mit wiederholten Gehstrecken von jeweils mehr als 100 Metern seien nicht zumutbar. Die anhaltende Schwellungstendenz des Fusses bedinge ausserdem mehrere über den Tag verteilte, regelmässige Pausen zum Hochlagern des Fusses. Aufgrund dieser notwendigen Pausen schätzt der orthopädische Gutachter die Arbeitsfähigkeit in einer optimal den Einschränkungen angepassten Tätigkeit auf 80 %. Die Tätigkeit als LKW-Chauffeur wird

aufgrund der Fusspathologie als nicht mehr zumutbar erachtet. Die genannte Einschätzung erweist sich mit Blick auf die erhobenen Befunde und die Akten als nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer lässt dagegen einwenden, dass der Orthopäde keinen Bezug auf die Knie- und Hüftbeschwerden nehme. Dazu ist festzuhalten, dass der orthopädische Gutachter auch betreffend das Knie und die Hüfte Befunde erhoben hat (retropatelläre Arthrose, Hüftimpingement), diese jedoch plausibel und in Einklang mit den anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers als untergeordnet und sich damit nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkend einstuft. Bereits im Rahmen des von der Beschwerdegegnerin veranlassten Gutachtens der Begutachtungsstelle C.____ wurden eine Chondropathia patellae beidseits, eine diskret beginnende Coxarthrose beidseits links mit Impingement-Symptomatik diagnostiziert und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit taxiert. Diagnostisch und von der Befundseite her hat sich in der aktuellen Begutachtung im Vergleich zur damaligen nichts geändert. Der orthopädische Gutachter der Begutachtungsstelle C.____ hatte festgehalten, die Beschwerden in beiden Kniegelenken seien einer Chondropathia patellae beidseits zuzuordnen, was klinisch und radiologisch verifiziert werden könne. Die Präarthrose im Bereich der linken Hüfte mit einer Hüft-Impingement-Symptomatik, sei ebenfalls nicht limitierend (Gutachten S. 70 f., IV-Nr. 241). Es wurde in der damaligen Begutachtung schon festgehalten, dass der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht in seiner Arbeitsfähigkeit ausschliesslich aufgrund seiner linksseitigen Fussproblematik eingeschränkt sei und selbst Fehlbelastungen, die durch Schmerzen und ein dadurch verändertes Gangbild entstünden, von gesunden angrenzenden Gelenken problemlos toleriert würden, so auch im Knie- und Hüftgelenk. Im aktuellen Gutachten wird hinsichtlich des Knies ebenfalls von einem patellofemorales Schmerzsyndrom und einer radiologisch bestätigten retropatelläre Arthrose gesprochen und klinisch ein Hüftimpingement, mit mittelschwerer Coxarthrose. Beides wird nach wie vor als nebensächlich betrachtet. Insofern ist es nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung zu den Knie- und Hüftbeschwerden festgehalten hat, dass das wegen der Pathologie am linken Fuss festgelegte Zumutbarkeitsprofil bereits kniende oder hockende Positionen ausschliesse und damit auch die Knie- und Hüftbeschwerden mitberücksichtigt seien. Trotzdem wurde das Zumutbarkeitsprofil dahingehend ergänzt, dass auf das Heben und Tragen von schweren Lasten, das Besteigen von Leitern und Gerüsten, das längere Abwärtsgehen sowie ein Hinunterspringen zu verzichten sei.

6.3 Die psychiatrische Beurteilung fällt folgendermassen aus: Der Beschwerdeführer habe den Verlauf nach dem Erleiden eines Unfallgeschehens 2007 über einen Zeitraum von gut zwei Stunden spontan, in sich kohärent und in Übereinstimmung sowohl zu den vorliegenden Unterlagen als auch zu den anderen aktuellen Teilgutachten geschildert. Er habe tatsächlich eine somatische Verursachung von Schmerzen erlitten. An einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leide er nicht, da eben keine psychische Symptomatik «somatoform» oder «somatisiert» vorliege, sondern zunächst eine körperliche Verursachung von Schmerzen nachvollzogen worden sei. Im Verlauf der Jahre habe es dann beim Beschwerdeführer unterschiedliche Einflüsse gegeben, einerseits seiner Persönlichkeitsstruktur (ohne Krankheitswert), andererseits von nachvollziehbaren äusseren Faktoren, wie zum Beispiel der partnerschaftlichen sowie finanziellen Entwicklung und der sozialrechtlichen Situation. Seine Angabe, es sei doch nachvollziehbar, dass er nebst den Beschwerden nun am Existenzminimum leben müsse, Schmerzen habe, Schlafstörungen erleide und deshalb auch das psychische Befinden eingeschränkt sei, sei damit nachvollziehbar. Für die Diagnosestellung einer anhaltenden

somatoformen Schmerzstörung seien allerdings andere Faktoren relevant, nämlich das Erleiden von andauernden psychosozialen Konflikten, Traumatisierungen und Übergriffen in Kindheit und Jugend oder aber im Vorfeld der erlittenen Schmerzen, die dann erstens keinen somatischen Zusammenhang zu einer nachvollziehbaren körperlichen Verursachung hätten und zweitens Ausdruck eines nicht verarbeiteten intrapsychischen Konfliktes wären. Dementsprechend fehlt es aus gutachterlicher Sicht am Kriterium von berichteten Schmerzen in bestimmten körperlichen Regionen ohne eigentliche somatische Zuordnung. Auch die anderen Kriterien, etwa der Komorbidität zu einer psychischen Erkrankung, der Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens durch psychische Faktoren seien explizit nicht erfüllt. Übereinstimmend damit wurde schon im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung durch die Begutachtungsstelle C.____ die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren als nicht nachvollziehbar angesehen (vgl. Gutachten S. 78, IV-Nr. 241). Ebenfalls als nicht krankheitswertig erachtet der psychiatrische Gutachter die kränklichen, narzisstischen und eher rückgewandten statt konstruktiv voranschauenden Persönlichkeitseigenschaften des Beschwerdeführers, die nicht den Grad einer Persönlichkeitsstörung erreichten – eine solche wurde auch nie diagnostiziert. Der Gutachter weist darauf hin, dass für derartige Störungsbilder nicht nur eine erkennbare Akzentuierung von Persönlichkeitseigenschaften nötig sei, sondern eine andauernde extreme Auffälligkeit der Persönlichkeit, die dann im Verlauf zu ausgeprägten Problemen mit der direkten Umwelt führe und einen auf dieses Persönlichkeitsproblem bezogenen ausgeprägten Leidensdruck aufweise. Der Beschwerdeführer habe jedoch in seinem Leben einen normalen Lebensweg genommen. Schliesslich wird aktuell auch keine affektive Störung im Sinne einer depressiven episodischen Erkrankung diagnostiziert. Der psychiatrische Gutachter verweist hier auf die Tatsache, dass Behandlungsansätze, sowohl ambulante als stationäre psychiatrische Behandlungen, Medikation und Behandlungserfolge deutlich anders dokumentiert wären. Zwar sei es möglich, dass im Verlauf der Jahre eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion diagnostiziert worden sei, jedoch sei diese Einschätzung auf den jeweiligen Zeitpunkt und die jeweilige ärztliche Meinung bezogen. Eine durchgehende Krankheitsentität im Sinne einer Lifetime-Diagnose stelle dies aber nicht dar. Menschen, die zum Beispiel nach einer partnerschaftlichen Trennung, dem Verlust eines nahestehenden Menschen, einem Arbeitsplatzkonflikt oder einer anderweitigen Traumatisierung eine depressive Reaktion erleiden würden, könnten im Sinne einer Belastungsreaktion oder einer Anpassungsstörung über einige Wochen bis maximal Monate in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sein. Hinsichtlich Behandlung wird festgehalten, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der Schmerztherapie 2015 bis 2017 und womöglich danach ambulant von psychotherapeutischen Gesprächen profitiert habe. Seither hat keine solche Behandlung mehr stattgefunden. Der Beschwerdeführer selber sieht sich ebenfalls nicht als psychisch krank an und ist nicht mehr in entsprechender Behandlung. Insofern erscheint die gutachterliche Einschätzung, dass aus psychiatrischer Sicht keine relevante Arbeitsunfähigkeit vorliegt, plausibel. Gestützt auf dieses beweiswertige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

6.4 Nach dem Gesagten zeigt sich, dass die Beschwerdegegnerin für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit zu Recht auf das polydisziplinäre Gutachten vom 17. September 2021 abgestellt hat. Demgemäss besteht aus orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 80 % für angepasste Tätigkeiten.

Hierbei ist zeitlich ein 100%iges Pensum zumutbar mit einer um absolut 20 % reduzierten Leistungsfähigkeit aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs. Das Zumutbarkeitsprofil wird wie folgt umschrieben: Vorwiegend sitzende Tätigkeit mit intermittierend kurzen gehenden und stehenden Tätigkeiten. Tätigkeiten mit Zwangshaltungen in kniender oder hockender Position und mit wiederholten Gehstrecken von jeweils mehr als 100 Metern sind nicht zumutbar. Die anhaltende Schwellungstendenz des Fusses bedingt ausserdem mehrere über den Tag verteilte, regelmässige Pausen zum Hochlagern des Fusses. Aufgrund dieser notwendigen Pausen wird die Arbeitsfähigkeit in einer optimal den Einschränkungen angepassten Tätigkeit auf 80 % geschätzt. Die Tätigkeit als LKW-Chauffeur ist aufgrund der Fusspathologie nicht mehr zumutbar. Ergänzend hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung festgehalten, dass auf das Heben und Tragen von schweren Lasten, das Besteigen von Leitern und Gerüsten, das längere Abwärtsgehen sowie ein Hinunterspringen zu verzichten sei.

6.5 Bezüglich der mit Eingabe des Beschwerdeführers vom 26. Mai 2023 eingereichten Arztberichte – Bericht betreffend MRT Kniegelenk nativ links vom 23. März 2023 und Bericht von med. pract. X. vom 11. Mai 2023 – ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass rechtsprechungsgemäss der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung – vorliegend 9. August 2022 – in tatbestandlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 129 V 4 E. 1.2, 105 V 161 f. E. 2d). Die genannten Berichte sind somit nicht zum Beweis zuzulassen.

7. 7.1 Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich wird in Bezug auf die Bemessung von Validen- und Invalideneinkommen vom Beschwerdeführer nicht beanstandet. Strittig ist nur die Frage des leidensbedingten Abzugs (vgl. E. 7.3). Für das Valideneinkommen (Einkommen, das eine Person ohne Gesundheitsschaden erzielen könnte) hat die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Fall auf einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt. Der herangezogene Tabellenlohn (LSE 2016, TA1_tirage_skill_level, Ziff. 49 - 53, Verkehr und Lagerei, Niveau 1, Männer, CHF 5'456.00) erscheint korrekt. Damit ergibt sich nach Aufrechnung der Wochenstunden (: 40 x 42.4) und des Nominallohnindexes 2016/2017 (: 102.4 x 102.8) ein Valideneinkommen von CHF 69'671.00.

7.2 Weil der Beschwerdeführer keine zumutbare Verweistätigkeit aufgenommen hat, wurde für die Bemessung des Invalideneinkommens (Einkommen, das nach dem Gesundheitsschaden und nach der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen auf zumutbare Weise erreicht werden kann) ebenfalls ein Tabellenlohn herangezogen. Der konkrete Tabellenlohn (LSE2016, T17, Ziff. 44, sonstige Bürokräfte und verwandte Berufe, Männer, CHF 5'863.00) erscheint vor dem Hintergrund der vom Beschwerdeführer im Rahmen der beruflichen Eingliederung abgeschlossenen Weiterbildungen korrekt. Nach Aufrechnung der Wochenstunden (: 40 x 41.7) und des Nominallohnindexes (: 104.4 x 104.8) ergibt sich ein Invalideneinkommen von CHF 58'902.00 bezogen auf ein 80%-Pensum.

7.3 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b / aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b / aa in

fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b / bb - cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a / bb S. 78).

7.4 Das oben (Ziff. 7.1 und 7.2) errechnete Validen- und Invalideneinkommen führt zu einem Invaliditätsgrad von 15 %. Die Beschwerdegegnerin hat keinen leidensbedingten Abzug vorgenommen, der Beschwerdeführer verlangt einen maximalen Abzug von 25 %. Auch wenn sich, wie die Beschwerdegegnerin selber anerkennt, aufgrund des Zumutbarkeitsprofils ein Abzug diskutieren liesse, kann die Frage des leidensbedingten Abzugs vorliegend offengelassen werden. Denn selbst wenn ein maximaler Abzug von 25 % gewährt und das Invalideneinkommen damit CHF 44'177.00 betragen würde, würde der Invaliditätsgrad 36.6 % betragen, was unter dem Wert von 40 % liegt, der zu einer Viertelsrente berechtigen würde. Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als korrekt und die Beschwerde ist abzuweisen.

8. 8.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Beschwerdeführer steht indessen ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I / 9 hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Für den Fall, dass die Entschädigung durch den Kanton erfolgt, hat der unentgeltliche Rechtsbeistand am 7. November 2022 eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 11'483.00 geltend macht (A.S. 74 ff.). Dabei wird ein Stundenansatz von CHF 200.00 veranschlagt. Der Stundenansatz beträgt für Leistungen vor dem 1. Januar 2023 gemäss § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. Die Auslagen sind ausgewiesen. Zeitlich wird ein Aufwand von insgesamt 54 Stunden geltend gemacht. Dieser Aufwand ist insgesamt überhöht. Allein für die Zeit zwischen dem Erlass der angefochtenen Verfügung und dem Einreichen der Beschwerde beim Versicherungsgericht werden 35.85 Stunden (bzw. 2151.5 Minuten; entspricht ca. 4.25 Arbeitstagen zu 8.5 Stunden) veranschlagt. Zwar ist der Aktenumfang im vorliegenden Fall gross, allerdings vertritt der unentgeltliche Rechtsbeistand den Beschwerdeführer seit vielen Jahren und hat dementsprechend umfassende Aktenkenntnisse. Es rechtfertigt sich daher, diesen Aufwand pauschal auf 15 Stunden zu kürzen, der sich im Vergleich zu ähnlich gelagerten Verfahren immer noch als sehr hoch erweist. Der anschliessende Verfahrensverlauf war nicht allzu aufwendig: Es musste ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit entsprechenden Unterlagen nachgereicht werden. Die Beschwerdegegnerin verzichtete in ihrer Beschwerdeantwort auf weitere Ausführungen, weshalb auch keine Replik eingereicht wurde. Trotzdem wurden ab dem 6. September 2022, also für die Einreichung des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege und eine Kostennote, 1092.75 Minuten bzw. 18.2125 Stunden an Aufwand geltend gemacht. Dies entspricht etwas mehr als zwei üblichen Arbeitstagen zu 8.5 Stunden und erscheint ebenfalls überhöht. Beispielsweise ist nicht ersichtlich, inwiefern für ein Schreiben an den Klienten ein Aufwand von 2 Stunden notwendig gewesen sein kann, wenn es lediglich darum ging, Unterlagen zu den finanziellen Verhältnissen zu beschaffen. Auch dieser Aufwand ist pauschal auf 5 Stunden zu kürzen. Somit ergibt sich ein total zu vergütender Aufwand von 20 Stunden. Die Auslagen sind ausgewiesen. Damit ergibt sich – in Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses – eine Entschädigung von

CHF 4'243.40 festzusetzen (20 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen von CHF 340.00 und MwSt zu 7.7 %), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 439.80 (CHF 4'674.20 [(20 Stunden zu dem in der Kostennote veranschlagten Stundenansatz von CHF 200.00, zuzügl. Auslagen von CHF 340.00 und MwSt zu 7.7 %)] abzüglich UP-Honorar von CHF 5'600.40), wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). 8.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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