



Urteil vom 30. August 2023

Besetzung

Richterin Viktoria Helfenstein (Vorsitz),
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,
Richter David Weiss,
Gerichtsschreiberin Rahel Schöb.

Parteien

A. _____, (Frankreich),
vertreten durch Pierre-Henri Gapany, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführer,
gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch;
(Verfügung vom 21. März 2017).

Sachverhalt:**A.**

Der am (...) 1962 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) ist deutscher Staatsangehöriger, in Frankreich wohnhaft, Vater einer Tochter, B._____, geb. am (...) 2010, und gelernter Schlosser. Er war ab März 2004 als Grenzgänger in der Schweiz erwerbstätig und leistete dabei Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; Akten der IV-Stelle C._____ gemäss Aktenverzeichnis vom 29. August 2017 [nachfolgend: IV-act.] 7; 8; 14; 22). Während seiner Erwerbstätigkeit als Lastwagenchauffeur bei der D._____ AG in (...), Kanton C._____ (IV-act. 7; 55, S. 3) erlitt er am 21. November 2012 infolge eines Arbeitsunfalls eine Luxationsfraktur des linken Sprunggelenks (IV-act. 15.1, S. 2; 15.4, S. 43 f.; 43.2, S. 2 ff.). Das Arbeitsverhältnis wurde per 20. November 2014 beendet, ohne dass der Beschwerdeführer zwischenzeitlich seine dortige Arbeit wiederaufgenommen hatte (IV-act. 47).

B.

B.a Nachdem der Versicherte seinen Arbeitsunfall am 29. November 2012 beim Unfallversicherer SUVA gemeldet hatte (IV-act. 15.1), meldete er sich am 18. April 2013 bei der Invalidenversicherung des Kantons C._____ (nachfolgend: IV-Stelle) zum Leistungsbezug an (IV-act. 7). Die IV-Stelle nahm hierauf Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor (IV-act. 2; 4; 5; 10; 16; 17; 22; 23; 24) und zog die Akten des Unfallversicherers bei (vgl. IV-act. 6; 11; 15, 25; 26; 32; 33; 37; 40-45; 49-53; 58; 59; 66).

B.b Mit Verfügung vom 11. August 2015 hiess die SUVA die Ausrichtung einer Invalidenrente ab 1. September 2015 von monatlich Fr. 2712.75 infolge Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit im Umfang von 56 % (unter Annahme einer 60 %-igen Arbeitsfähigkeit sowie Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 20 %) gut (IV-act. 55, S. 2 = IV-act. 56, S. 1 f. = IV-act. 59.6, S. 3 ff. = IV-act. 65, S. 3 ff.). Im Weiteren wurde die Ausrichtung einer Integritätsentschädigung aufgrund einer Integritätseinbusse von 25 %, entsprechend Fr. 31'500.–, verfügt (IV-act. 55, S. 4).

B.c Die IV-Stelle teilte dem Versicherten in ihrer Mitteilung vom 27. August 2015 mit, dass die Arbeitsvermittlung abgeschlossen und eine Rentenprüfung der IV nach Rechtskraft der Rentenverfügung der SUVA erfolgen werde. Zur Begründung führte sie aus, der Versicherte habe die IV-Stelle am 13. August 2015 über den Rentenentscheid der SUVA informiert und

ausgeführt, dass er im Moment keine beruflichen Massnahmen wünsche (IV-act. 57).

B.d Nach Einholung einer Stellungnahme des regionalen ärztlichen Dienstes (nachfolgend: RAD), Dr. E._____, Facharzt für Chirurgie FMH, vom 3. November 2015 (vgl. Protokoll der IV-Stelle per 29. August 2017, S. 13-15 [Stellungnahme nicht in den Akten]) stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 15. März 2016 die Ausrichtung einer befristeten, halben Invalidenrente für den Zeitraum vom 1. November 2013 bis zum 31. Juli 2015 in Aussicht (IV-act. 61).

B.e Der Versicherte liess hiergegen durch seinen Rechtsvertreter mit Schreiben vom 15. April 2016 Einsprache erheben und die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente für den Zeitraum vom 1. November 2013 bis zum 31. Juli 2015 sowie einer unbefristeten, halben Invalidenrente ab dem 1. August 2015 beantragen (IV-act. 65). In der Folge sah sich die IV-Stelle veranlasst, erneut eine Stellungnahme des RAD einzuholen. Der RAD-Arzt Dr. E._____ kam in seinem Bericht vom 24. Mai 2016 im Wesentlichen zum Schluss, er sehe keine Argumente, welche seine bisherige Beurteilung medizinisch in Frage stellen würden (vgl. Protokoll der IV-Stelle per 29. August 2017, S. 20-22 [Stellungnahme nicht in den Akten]).

B.f Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) erliess am 21. März 2017 eine dem Vorbescheid vom 15. März 2016 entsprechende Verfügung und sprach dem Versicherten für den Zeitraum vom 1. November 2013 bis zum 31. Juli 2015 eine halbe Invalidenrente, zuzüglich einer Kinderrente, zu (IV-act. 68).

C.

Gegen diese Verfügung liess der Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Pierre-Henri Gapany, mit Eingabe vom 8. Mai 2017 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erheben mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Invalidenrente, zuzüglich einer ganzen Kinderrente, für den Zeitraum vom 1. November 2013 bis zum 31. Juli 2015 zuzusprechen. Ab dem 1. August 2015 sei ihm sodann eine unbefristete halbe Invalidenrente, zuzüglich einer halben Kinderrente, auszurichten (Akten im Beschwerdeverfahren [nachfolgend: BVGer-act.]1).

D.

Der mit Zwischenverfügung vom 16. Mai 2017 beim Beschwerdeführer eingeforderte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– (BVGer-act. 2) ging am 16. Juni 2017 in der Gerichtskasse ein (BVGer-act. 5).

E.

Die Vorinstanz schloss in ihrer Vernehmlassung vom 5. September 2017 (Datum Poststempel) unter Hinweis auf eine Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle vom 29. August 2017 auf Abweisung der Beschwerde (BVGer-act. 9).

F.

In seiner Replik vom 15. Dezember 2017 hielt der Beschwerdeführer an seinen beschwerdeweise gestellten Anträgen fest (BVGer-act. 15).

G.

In ihrer Duplik vom 1. Februar 2018 (Datum Poststempel) hielt die Vorinstanz unter Hinweis auf eine Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle vom 19. Januar 2018 am Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (BVGer-act. 17 samt Beilage).

H.

Mit verfahrensleitender Verfügung vom 8. Februar 2018 wurde der Schriftenwechsel abgeschlossen (BVGer-act. 18).

I.

Mit Eingabe vom 6. Februar 2020 liess der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers dem Gericht seine Kostennote zukommen (BVGer-act. 20).

J.

Am 23. Juni 2023 teilte das Bundesverwaltungsgericht dem Beschwerdeführer mit, dass es sich vorbehalte, die Sache zwecks ergänzender Sachverhaltsabklärungen sowie neuer Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen, wies aufgrund des offenen Ausgangs auf die Gefahr einer reformatio in peius hin und gewährte ihm das rechtliche Gehör (BVGer-act. 27). Mit Eingabe vom 24. Juli 2023 liess der Beschwerdeführer mitteilen, er halte ausdrücklich an seiner Beschwerde fest (BVGer-act. 28).

K.

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (Art. 37 VGG). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG; vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG; vgl. BVGer-act. 5), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

2.

2.1 Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet diese eine Erwerbstätigkeit ausüben, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

2.2 Da der Beschwerdeführer bei Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens als Grenzgänger mit Wohnsitz in Frankreich im Kanton C. _____ einer Erwerbstätigkeit nachging und zum Anmeldezeitpunkt in Frankreich Wohnsitz hatte, war die IV-Stelle des Kantons C. _____ für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Die angefochtene Verfügung vom 21. März 2017 wurde sodann zu Recht von der IVSTA erlassen. Diese Verfügung, mit der das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen wurde, bildet Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1).

3.

3.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 21. März 2017) eingetretenen Sachverhalt ab

(BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

3.2 Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger, wohnt in Frankreich, womit offensichtlich ein grenzüberschreitender Sachverhalt mit Bezug zur EU vorliegt. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

3.3 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 21. März 2017 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

Im vorliegenden Fall sind damit insbesondere die erst am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705, BBl 2017 2535) im IVG, in der IVV sowie im ATSG nicht anwendbar.

3.4 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Sofern das Gesetz nicht

etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

4.

4.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz mit der angefochtenen Verfügung vom 21. März 2017 dem Beschwerdeführer zu Recht eine halbe Rente befristet vom 1. November 2013 bis 31. Juli 2015 zugesprochen hat oder ob er bis 31. Juli 2015 Anspruch auf eine ganze und hernach auf eine halbe Rente hat, wie das der Beschwerdeführer vorbringt. Dabei steht insbesondere in Frage, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt sowie die Invalidität korrekt bemessen worden ist und dabei auf die Invaliditätsbemessung der SUVA abzustellen ist.

4.2 Zur Begründung führte die Vorinstanz im Wesentlichen aus, die Abklärungen, gestützt auf die Unterlagen der SUVA (...) und die Beurteilung des RAD, hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lastwagenchauffeur aufgrund eines Unfalles seit dem 21. November 2012 dauerhaft und ohne wesentlichen Unterbruch eingeschränkt sei. Ab Ablauf des Wartejahrs (21. November 2013) bestehe für eine angepasste leichte, vorwiegend sitzende, abwechselnd kurz stehend und gehend zu verrichtende Tätigkeit ohne Gehen auf unebener Unterlage eine 60 %-ige Arbeitsfähigkeit. Für die leidensbedingten Einschränkungen seien davon zusätzliche 20 % abgezogen worden, was insgesamt eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit ergebe. Entgegen dem Entscheid der SUVA vom 11. August 2015 sei ab dem 29. April 2015 von einer 90 %-igen Arbeitsfähigkeit in einer leichten, rein oder vorwiegend sitzenden Tätigkeit ohne längeres oder häufiges Gehen/Stehen und mit der Möglichkeit, den Fuss hochzulagern, auszugehen. Die Zumutbarkeitsbeurteilung der SUVA sei ohne Einleitung von Integrationsmassnahmen erfolgt. Gemäss Behandlungsbericht des Spital F. _____ vom 27. April 2015 seien beim Beschwerdeführer bei längerem Sitzen zunehmende Sensibilitätsstörungen und Kribbelparästhesien am Vorfuss aufgetreten. Dieses Problem könne er gemäss eigener Aussage jedoch mit banalem Hochlagern und Massieren beheben. Folglich sei dem Beschwerdeführer die oben beschriebene angepasste Tätigkeit in einem höheren Arbeitspensum zumutbar, als von der SUVA Zentralschweiz festgehalten. Selbst wenn man grosszügig morgens und nachmittags je zweimal 15-minütige Pausen zum Hochlagern und Massieren zugestehen würde, wäre die zeitliche Einschränkung nur eine Stunde täglich, was in etwa den 10 % Arbeitsunfähigkeit entspreche (IV-act. 68, S. 9 f.).

4.3 Demgegenüber macht der Beschwerdeführer geltend, bei seinen gesundheitlichen Einschränkungen handle es sich um reine Unfallfolgen. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (mit Verweis auf BGE 131 V 120) müsse mit Bezug auf den gleichen Gesundheitsschaden in den verschiedenen Sozialversicherungszweigen die Festlegung der Invalidität zum gleichen Ergebnis führen. Dieser Grundsatz gelte nur dort nicht, wo dem Entscheid ein Rechtsfehler zu Grunde liege, wo eine nicht vertretbare Ermessensausübung vorgenommen worden sei, wo der Invaliditätsgrad durch einen Vergleich festgelegt worden sei oder wo die genaue Festlegung des Invaliditätsgrades im betreffenden Zweig angesichts der Rentenabstufung gar keine Bedeutung habe. Vorliegend sei keine solche Ausnahme gegeben. Der Invaliditätsgrad bemesse sich in der Unfallversicherung gleich wie in der Invalidenversicherung. Für den Zeitraum vom 1. November 2013 bis zum 31. Juli 2015 sei die Vorinstanz der Berechnung der SUVA (Invaliditätsgrad 56 %; halbe Invalidenrente) gefolgt, dies, obwohl die Unfallversicherung – gestützt auf die medizinischen Akten – Taggelder für eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit ausbezahlt habe. Der von der SUVA berücksichtigte Grad von 56 % gelte erst ab dem 1. September 2015. Im Entscheid der Vorinstanz finde sich keinerlei Begründung, weshalb bereits hier vom Sachverhalt abgewichen werde, wie er von der SUVA anerkannt worden sei. Der Fallabschluss durch die SUVA sei am 3. August 2015 mitgeteilt worden, weshalb bis zu diesem Zeitpunkt die unfallversicherungsrechtliche Taggeldregelung während der Heilbehandlung gelte. Die Vorinstanz habe deshalb für den Zeitraum vom 1. November 2012 bis zum 31. Juli 2015 eine ganze IV-Rente zuzusprechen.

Für die Zeit ab dem 1. August 2015 habe die Vorinstanz entschieden, dass ihm keine Rente zustehe, da in Abweichung des Zumutbarkeitsprofils der SUVA von einer 90 %-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Selbst die IV-Stelle würde sodann von einer rein unfallkausalen Beeinträchtigung ausgehen, weshalb die angeführten Gründe für die ablehnende Haltung gegenüber Eingliederungsmassnahmen keine Rolle spielten. Der Unfallversicherer sei besser geeignet, ein Zumutbarkeitsprofil zu erstellen und die Berechnung des Invaliditätsgrades vorzunehmen. Er könne sich demnach auf den Grundsatz der Bindungswirkung des Invaliditätsgrades berufen und die IV-Stelle hätte ihm ab dem 1. August 2015 eine halbe IV-Rente zusprechen müssen (BVGer-act. 1).

4.4 Replicando brachte der Beschwerdeführer ergänzend vor, soweit die Vorinstanz zur Begründung auf die Stellungnahme des RAD-Arzt Dr. E. _____ verweise, sei diese nicht geeignet, ein Abweichen vom durch

die SUVA festgestellten Invaliditätsgrad von 50 % zu begründen. Der RAD-Arzt habe die vorinstanzlichen Akten falsch wiedergegeben und sei ohne jegliche Begründung, weshalb die Einschätzung von Dr. G._____ von einer 50 %-igen Arbeitsfähigkeit falsch sei, von der Zumutbarkeit einer vollzeitlichen Tätigkeit ausgegangen (BVGer-act. 15).

5.

Im Folgenden sind die weiteren, im vorliegenden Verfahren im Wesentlichen anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

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

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

5.2 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wiederherzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (Bst. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (Bst. b). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen unter anderem in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung und Kapitalhilfe; Art. 8 Abs. 3 Bst. b IVG).

5.3 Bei der obligatorischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) sind nur Personen mit Wohnsitz oder Erwerbstätigkeit in der

Schweiz versichert (Art. 1a Abs. 1 Bst. a und b AHVG [SR 831.10] i.V.m. Art. 1b IVG). Unter der Marginalie «Versicherungsmässige Voraussetzungen» sieht Art. 9 IVG vor, dass Eingliederungsmassnahmen in der Schweiz, ausnahmsweise auch im Ausland, gewährt werden. Der Anspruch darauf entsteht frühestens mit der Unterstellung unter die obligatorische oder die freiwillige Versicherung und endet spätestens mit dem Ende der Versicherung (Abs. 1^{bis}). Mit anderen Worten muss eine Person der Versicherung unterstellt sein, sobald und solange sie Eingliederungsmassnahmen beansprucht. Die für sämtliche Eingliederungsmassnahmen geltende, in Art. 9 Abs. 1^{bis} IVG statuierte Voraussetzung der Versicherungsunterstellung hat zur Folge, dass das Recht auf entsprechende Leistungen erlischt, sobald die betreffende Person nicht mehr versichert ist. In diesem Sinne führt das Ende der Versicherungsunterstellung zum Verlust des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen (vgl. BGE 145 V 266 E. 4.2 [mit Hinweis auf BGE 143 V 261 E. 5.2.1] und E. 6.3.6 [betreffend Nachversicherungsnorm] mit Hinweisen; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, Art. 9 IVG Rz. 8; ERWIN MURER, Invalidenversicherungsgesetz [Art. 1-27^{bis} IVG], 2014, Art. 9 IVG Rz. 50).

5.4 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG.

Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (vgl. IK-Auszug [IV-act. 14]), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

5.5 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

5.6 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

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

5.8 Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl.

BGE 125 V 353 E. 3b/bb m.w.H.). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

5.9 Gemäss ständiger Rechtsprechung bildet die Aktenführungspflicht von Verwaltung und Behörden das Gegenstück zum (aus Art. 29 Abs. 2 BV fließenden) Akteneinsichts- und Beweisführungsrecht, indem die Wahrnehmung des Akteneinsichtsrechts durch die versicherte Person eine Aktenführungspflicht der Verwaltung voraussetzt (BGE 130 II 473 E. 4.1, 124 V 372 E. 3b, 124 V 389 E. 3a). Die Behörde ist verpflichtet, ein vollständiges Aktendossier über das Verfahren zu führen, um gegebenenfalls ordnungsgemäss Akteneinsicht gewähren und bei einem Weiterzug diese Unterlagen an die Rechtsmittelinstanz weiterleiten zu können. Die Behörde hat alles in den Akten festzuhalten, was zur Sache gehört (BGE 124 V 372 E. 3b, 115 Ia 97 E. 4c). Der verfassungsmässige Anspruch auf eine geordnete und übersichtliche Aktenführung verpflichtet die Behörden und Gerichte, die Vollständigkeit der im Verfahren eingebrachten und erstellten Akten sicherzustellen (SVR 2011 IV Nr. 44 [8C_319/2010] E. 2.2.1; Urteil des BGer 5A_341/2009 vom 30. Juni 2009 E. 5.2). Für die dem Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts unterstellten Versicherer wurde in Art. 46 ATSG die Aktenführungspflicht auf Gesetzesstufe konkretisiert. Danach sind für jedes Sozialversicherungsverfahren alle Unterlagen, die massgeblich sein können, vom Versicherungsträger systematisch zu erfassen (BGE 138 V 218 E. 8.1.2).

6.

6.1 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist die Rente bei einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrades von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein (BGE 141 V 9 E. 2.3). Nach Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (vgl. BGE 133 V 67 E. 4.3.3).

6.2 Nach der Rechtsprechung sind die Revisionsbestimmungen (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 88a IVV) bei einer befristeten und/oder abgestuften Rente, also dort, wo rückwirkend aus einem einheitlichen Beschluss der IV-Stelle heraus gleichzeitig für verschiedene Zeitabschnitte Renten unterschiedlicher Höhe zuerkannt oder allenfalls aufgehoben werden, analog anwendbar (BGE 133 V 263 E. 6.1 m.w.H.; Urteil des BGer 9C_320/2021 vom 1. September 2021 E. 2.2), weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte zu bestimmen (Urteile des BGer 8C_269/2015 vom 18. August 2015 E. 3.2 und 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 m.w.H.).

6.3 Damit ist vorliegend einerseits zu prüfen, ob für die Zeit ab dem 1. November 2013 die Voraussetzungen für das Entstehen eines Rentenanspruchs gegeben waren, sowie andererseits mittels Vergleichs des Zeitpunkts der Entstehung des Rentenanspruchs per 1. November 2013 sowie des Zeitpunkts der Aufhebung per 1. August 2015, ob die Vorinstanz die dem Beschwerdeführer zugesprochene halbe Invalidenrente zu Recht bis zum 31. Juli 2015 befristet hat.

7.

Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen (in chronologischer Reihenfolge):

7.1 Bei einem Arbeitsunfall vom 21. November 2012 erlitt der Beschwerdeführer eine bimalleoläre, offene Luxationsfraktur des linken Sprunggelenks vom Typ Gustilo III, assoziiert mit einer Läsion der Arteria tibialis posterior, woraufhin er im Spital H. _____, Abteilung für Chirurgie, notfallmässig operiert werden musste (IV-act. 15.4, S. 8 f. [deutsche Übersetzung] = IV-act. 15.4, S. 53). Dem Austrittsbericht vom 19. Dezember 2012 (IV-act. 15.4, S. 43 f.), unterzeichnet durch Dr. I. _____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie FMH, Leitender Arzt Abteilung für Chirurgie und Traumatologie, und Dr. J. _____, Assistenzarzt, ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bis zum 5. Dezember 2012 stationär auf der Abteilung für Chirurgie und Traumatologie behandelt wurde. Es wurden folgende Interventionen durchgeführt: Reposition und Fixateur externe, Wundexzision und End-zu-End-Anastomose Arteria tibialis posterior, VAC-Versiegelung (21.11.2012), Osteosynthese Innenknöchel (21.11.2012), Wundverschluss am Innenknöchel (23.11.2012), Verbandswechsel, Korrektur des Fixateur externe und sekundärer Wundverschluss (26.11.2012). Ein vollständiger Wundverschluss sei nicht gelungen, da die Osteosynthese der Innenknöchelfraktur aufgrund einer Nekrose unmöglich sei. Sie werde deshalb auf längere Zeit verschoben (vgl. IV-act. 15.4, S. 7 [deutsche Übersetzung] = IV-act. 15.4, S. 52). Es bestehe vom 21. November 2012 bis zum 21. Januar 2013 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 15.4, S. 4 f. [deutsche Übersetzung] = IV-act. 15.4, S. 44 und 48).

7.2 Gemäss dem Operationsbericht von Dr. I. _____, Spital H. _____, vom 14. Januar 2013 wurde bei einer erneuten Operation der Fixateur externe entfernt und die Osteosynthese des Innenknöchels sowie eine Reposition der nach anterior luxierten Peroneus longus-Sehne und Rekonstruktion bzw. Naht der Sehnen-Scheide durchgeführt (IV-act. 15.4, S. 3 [deutsche Übersetzung] = IV-act. 15.4, S. 36 f.; zur Problematik der deutschen Übersetzung der «*Plastik des Musculus fibularis longus*» vgl. RAD-Stellungnahme vom 3. November 2015, Protokoll der IV-Stelle per 29. August 2017, S. 14 [Stellungnahme nicht in den Akten]). Dies erfolgte im Rahmen eines stationären Aufenthalts vom 13. Januar 2013 bis 19. Januar 2013. Gemäss dem Austrittsbericht vom 19. Februar 2013 hat sich der postoperative Verlauf unkompliziert gestaltet. Es bestehe vom 13. Januar 2013 bis

zum 1. März 2013 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 15.4, S. 1 f. [deutsche Übersetzung] = IV-act. 15.4, S. 30 f.).

7.3 Nach dem radiologischen Bericht vom 5. März 2013, unterzeichnet von Dr. K._____, Facharzt für Radiologie FMH, Spital L._____, Radiologie, sei die Konsolidierung des Innenknöchels fast abgeschlossen. Es bestehe eine heterogene, diffuse Osteopenie, die jedoch in der paraartikulären Region vorherrsche und auf eine Algoneurodystrophie hindeute, was jedoch mit einer klinischen Untersuchung korreliert werden müsse (IV-act. 15.4, S. 20).

7.4 Aus dem Arztbericht zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vom 18. April 2013, unterzeichnet von Dr. M._____, Facharzt für Chirurgie und orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, und Dr. N._____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, geht hervor, dass noch kein stabiler Endzustand erreicht sei. Die Physiotherapie sei noch erforderlich, um das Sprunggelenk zu stabilisieren und die Beweglichkeit des Knöchels zu verbessern. Derzeit sei die Fibula nicht konsolidiert, aber eine solche sei möglich. Eine weitere Operation zur Korrektur der Verkürzung der Fibula und der Läsion der Syndesmose könne derzeit nicht ausgeschlossen werden. Aktuell sei der Beschwerdeführer seit seinem Unfall am 21. November 2012 unverändert zu 100 % arbeitsunfähig. Er gehe noch ohne volle Belastung, und die Funktion des Sprunggelenks sei stark eingeschränkt, weshalb eine Tätigkeit als Chauffeur vollkommen unmöglich sei. Der Beschwerdeführer könne unter Teilbelastung mit Hilfe von Gehstöcken gehen. Aufgrund der Schwellung des Knöchels sei ein mehrfaches Hochlagern pro Tag erforderlich. Eine stehende Tätigkeit sei unmöglich, ebenso wie eine Tätigkeit, welche die Beweglichkeit des Knöchels erfordere (IV-act. 26.1, S. 11 f.; mit überwiegend identischem Wortlaut der Bericht vom 26. April 2013 [IV-act. 15.4, S. 10 f.]).

7.5 Dem kreisärztlichen Bericht zuhanden der SUVA von Dr. O._____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Kreisarzt, Praxisgruppenleiter (...), vom 8. Mai 2013 ist zu entnehmen, es sei von einem normalen Heilverlauf auszugehen, und eine Rehabilitation in der Klinik P._____ sei medizinisch nicht indiziert. Eine nichtmedizinische Pflege sei nicht weiter nötig. Eine volle Arbeitsunfähigkeit als Chauffeur sei ausgewiesen, für eine Abschätzung der Prognose sei es jedoch zu früh. Eine erneute Prüfung solle in vier Wochen erfolgen (IV-act. 15.5).

7.6 Dem ausführlichen ärztlichen Bericht (E 213) zuhanden der IV-Stelle von Dr. Q._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, und Dr. N._____, Spital L._____, vom 3. Juli 2013, ist betreffend Befund Folgendes zu entnehmen: linker Knöchel, derzeit Flexion/Extension 30/0/0 (Anmerkung des Gerichts: Flexion/Extension gemäss der Neutral-Null-Methode, vgl. <www.pschyrembel.de/Neutral-Null-Methode/K0F6J>, abgerufen am 16. August 2023), wenig Schwellung des Knöchels, Narbe am Aussen- und Innenknöchel schön und ruhig, Hyposensibilität in der Ferse, Kribbeln im Vorfuss, freie Beweglichkeit der Zehen, keine Schmerzen beim Gehen bei der Palpation des Fusses, freie Beweglichkeit des Knies. Die Schmerzen seien derzeit etwas gemindert, die Beweglichkeit des Sprunggelenks habe sich verbessert und der Beschwerdeführer gehe mit einer Belastung von 40 kg. Es bestehe eine schwere Verletzung des linken Knöchels. Derzeit befinde sich der Beschwerdeführer in Physiotherapie, um die Beweglichkeit des Knöchels zu verbessern. Die Fibula sei noch nicht stabil. Es bestehe eine Verkürzung des Peroneum, welche ohne operativen Eingriff bestehen bleibe. Derzeit sei nicht auszuschliessen, dass eine weitere Operation zur Korrektur der Verkürzung der Fibula und der Läsion der Syndesmose nötig sein werde. Aufgrund der schweren Verletzung am linken Knöchel sei eine vollständige Genesung unwahrscheinlich, das Risiko einer Arthrose des Knöchels sei aufgrund der Verkürzung und des verzögerten Heilungsprozesses des Peroneus sehr hoch.

Der Beschwerdeführer sei in Bezug auf seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Chauffeur zu 100 % arbeitsunfähig, könne jedoch angepasste Arbeiten verrichten, wobei folgende Einsatzbeschränkungen zu berücksichtigen seien: Tätigkeiten ohne Nässe, Rauch, Gase, Dämpfe, Wechsel- oder Nachtschicht, ohne Bücken, Heben, Tragen von Lasten, Klettern oder Steigen, Absturzgefahr. Es dürften Tätigkeit im Sitzen mit zusätzlichen (betriebsüblichen) Pausen und der Möglichkeit zur Hochlagerung des Beins verrichtet werden. Bildschirmarbeit sei möglich, aber der Beschwerdeführer könne die Arbeit am Arbeitsplatz oder zu Hause nicht ohne Hilfe einer anderen Person verrichten, da er auf Krücken angewiesen sei und er nichts tragen und nicht lange gehen könne. Eine Einschätzung der Prognose betreffend Dauer dieser Einschränkungen sei derzeit nicht möglich. Die Physiotherapie sei derzeit noch notwendig und je nachdem, wie sich die Situation entwickle, könne eine Entscheidung über weitere Behandlungen getroffen werden. Eine Besserung der Leistungsfähigkeit könne durch medizinische Rehabilitation bewirkt werden (IV-act. 24 = IV-act. 26.1, S. 4 f.).

7.7 Aus dem ausführlichen ärztlichen Bericht zuhanden der SUVA von Dres. Q._____, und N._____, Spital L._____, vom 9. Juli 2013 betreffend die Behandlung vom 10. Juni 2013 geht hervor, dass es dem Beschwerdeführer etwas besser gehe, für ihn seien jedoch ein Ameisenlaufen im Vorfuss und ein Anschwellen im Knöchelbereich, besonders nach Belastung und Übungen, störend. Die Wundverhältnisse seien reizlos. Vom objektiven Befund her sei das linke obere Sprunggelenk (OSG) etwas geschwollen, die Temperatur normal, die Hautfarbe ohne Besonderheit. Es bestehe eine Gefühlsstörung an der Ferse. Radiologisch bestehe der Verdacht auf Osteopenie, wenig Veränderung am Aussenknöchel und leichte Verkürzung, der Innenknöchel sei knöchern konsolidiert. Die Belastung solle weiter gesteigert werden bis zur Vollbelastung. Die intensive Physiotherapie, die auch Behandlungen im Pool umfasse, werde fortgeführt (IV-act. 26.1, S. 2 f.).

7.8 Gemäss der kreisärztlichen Beurteilung von Dr. R._____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Kreisarzt, zuhanden der SUVA vom 25. Juli 2013 sei die volle Arbeitsunfähigkeit als Chauffeur weiterhin ausgewiesen, eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei ab Oktober 2013 zu prüfen. Über die berufliche Prognose werde davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit in Zukunft ausüben könne. Eine Rehabilitation in (...) sei nicht medizinisch indiziert. Die Selbstständigkeit des Beschwerdeführers habe deutlich zugenommen, seit die Fixateure weg seien. Er mache jetzt ein Aufbautraining im Hinblick auf die Wiederaufnahme seiner Arbeit (IV-act. 26.2, S. 5 f.).

7.9 Laut der ergänzenden kreisärztlichen Beurteilung von Dres. R._____, und O._____, zuhanden der SUVA vom 26. August 2013 sei der Verlauf nach offener Verletzung im linken oberen Sprunggelenk korrekt. Laut Bericht vom 26. April 2013 (IV-act. 15.4, S. 10 f. [vgl. E. 6.4]) laufe der Beschwerdeführer mit einem Vacoped-Schuh, die Wunden seien geschlossen und er besuche regelmässig die Physiotherapie. Der Vacoped-Stiefel könne selbstständig angezogen werden, die bisherige Teilbelastung mit 15 kg erfolge selbstständig und ohne Fremdhilfe, auch der Gang zur Physiotherapie könne selbstständig oder per Taxi erfolgen. Möglicherweise habe er noch eine per orale Antikoagulation, auch diese Therapie erfordere keine Fremdhilfe. Von ärztlicher Seite sei eine Belastungssteigerung ermöglicht worden. Aufgrund des Berichtes vom Spital L._____ betreffend die Behandlung vom 10. Juni 2013 (vgl. E. 7.7) gehe es dem Beschwerdeführer tatsächlich besser, er besuche weiterhin die Physiotherapie und

habe ein Heimprogramm. Die Belastung könne weiter gesteigert werden und die Physiotherapie bleibe erhalten inkl. der Bewegung im Wasser [IV-act. 26. 2, S. 1 ff.]).

7.10 Dem Arztbericht von Dres. Q._____, und N._____, Spital L._____, vom 5. November 2013 zuhanden der SUVA betreffend die Behandlung vom 3. September 2013 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer von der Physiotherapie profitiere, er jedoch nach jeder Behandlung stärkere Schmerzen während mehreren Tagen verspüre. Klinisch sei die Beweglichkeit des Sprunggelenks unverändert seit der letzten Untersuchung, der Beschwerdeführer würde sich nun aber über Schmerzen während der Untersuchung beklagen. Das Kribbeln am Vorfuss sei unverändert und auch die Schwellung des Knöchels bestehe weiter. Im Röntgenbild seien kaum Fortschritte in der Heilung, Osteopenie erkennbar. Es werden berufliche Eingliederungsmassnahmen empfohlen (IV-act. 43.3, S. 18)

7.11 Dr. T._____, Facharzt für Chirurgie, Kreisarzt, hatte den Beschwerdeführer am 19. November 2013 persönlich untersucht. In seinem kreisärztlichen Untersuchungsbericht zuhanden der SUVA vom 21. November 2013 stellt Dr. T._____ folgende Diagnosen:

Status nach (nachfolgend: St. n.) drittgradig offener OSG-Luxationsfraktur links mit Läsion der Arteria tibialis posterior bei Unfall vom 21.11.2012

- Status nach mehrfachen operativen Eingriffen und Vakuum-Versiegelung
- Aktuell:
 - o Erhebliche Restbeschwerden, funktionelle Versteifung im OSG und USG links
 - o Allodynie im Bereich des linken Innenknöchels
 - o Missempfindungen im Bereich der Aussenseite des linken Fusses
 - o Verdacht auf Fehlstellung der distalen Fibula

Es handle sich um eine sehr schwere Verletzung der linken unteren Extremität, welche der Beschwerdeführer am 21. November 2012 erlitten habe. Es bestehe bei der chronologischen Durchsicht der vorliegenden Röntgenbilder vom Unfalltag bis zum 3. September 2013 der Verdacht, dass mit der Artikulation im Sprunggelenk etwas nicht stimme. In vielen ap-Aufnahmen sei der wichtige Gelenkspalt zwischen Fibula und Talus nicht zu beurteilen, manchmal gewinne man den Eindruck, dass der Talus immer noch in Subluxation stehe und der Abstand zwischen Fibula und Tibia im Bereich der vorderen Syndesmose zu weit sei. Auch sei nicht sicher, dass die Fibula in der Inzisur korrekt stehe und in der Länge anatomisch rekonstruiert worden

sei. Genauere Informationen könnte ein CT (Anmerkung des Gerichts: Computertomographie) liefern, die Konsequenzen ein Jahr nach dem Ereignis bei aktueller Wackelsteife im oberen und unteren Sprunggelenk seien allerdings fraglich. Wahrscheinlich laufe die Situation auf eine Arthrodesis hinaus. Es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit als Lastwagenchauffeur zu 100 %. Prognostisch werde sich diese Tätigkeit nicht mehr in dem Umfang wie vor dem Unfall ausführen lassen. Wahrscheinlich werde der Beschwerdeführer wieder in der Lage sein einen LKW zu steuern, die dazugehörigen Be- und Entladearbeiten seien nach jetziger Einschätzung jedoch kaum möglich. Es sei eine Konsultation in der Klinik F._____ zur Standortbestimmung und zur Verifizierung möglicher Behandlungsoptionen geplant (IV-act. 37.4 = IV-act. 43.5, S. 21 ff.; vgl. auch IV-act. 43.5, S. 20).

7.12 Am 28. März 2014 berichtet Dr. G._____, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie FMH, Spital F._____, an den Unfallversicherer betreffend die Behandlung vom 7. März 2014. Das mittlerweile erreichte Ergebnis sei mit Blick auf die Schwere der Verletzung bereits relativ gut. Unter Berücksichtigung der schweren Weichteil-Verletzungen habe keine bessere ossäre Versorgung erreicht werden können. Gleichwohl bestehe radiologisch der Verdacht auf eine Mairotation und Verkürzung der Fibula sowie eine nicht optimal reponierte Fraktur am medialen Malleolus. Des Weiteren zeige sich klinisch ein deutlich varisches Rückfuss-Alignment, was langfristig auf die Arthrose ebenfalls ungünstig sei. Abgesehen von der Skelett-Problematik bestünden ausgedehnte Weichteil-Problematiken, aus Sicht der ihr vorgelegten Akten, als Folge einer unvollständig abgeklärten neurologischen wie auch angiologischen Situation. Dementsprechend seien zunächst die Abklärungen zu vervollständigen. Es bleibe abzuwägen, ob von einem Rekonstruktionseingriff eine derart grosse Besserung erwartet werden könne, dass das Risiko von Weichteil-Problemen gerechtfertigt sei. Andernfalls bestünde die Möglichkeit, den weiteren Spontanverlauf abzuwarten um dann später eine Arthrodesierung durchzuführen (IV-act. 43.3, S. 7 ff.).

7.13 In ihrem ambulanten Bericht vom 23. April 2014 betreffend die Verlaufskontrolle vom 28. März 2014 berichtet Dr. G._____, dass in der angiologischen Beurteilung (Bericht Dr. U._____, Facharzt für Angiologie FMH, Spital F._____ [IV-act. 43.3, S. 15]) keine makroangiopathische Problematik habe festgestellt werden können. Radiologisch stelle sich folgender Befund dar: Die Fibula sei in der Incisura fibularis subluxiert. Des Weiteren Verkürzung der Fibula in der Malleolengabel um 2-3 mm. Auf der

medialen Seite Darstellung mehrerer nicht in Verbindung zum restlichen Knochen stehender kleiner Fragmente im Bereich des medialen Bandapparates. Die Kongruenz mediallyseits mit dem Talus sei jedoch einigermaßen erhalten. Metabolische Anreicherungen zeigten sich lediglich im Bereich der Fibula, das restliche OSG reichere nicht an (IV-act. 43.3, S. 16 f.).

7.14 Prof. Dr. V._____, Facharzt für Neurologie, und Dr. W._____, Assistenzärztin, Neurologisch-Neurochirurgische Poliklinik, Spital F._____, stellen in ihrem ambulanten Bericht vom 13. Mai 2014 neu die Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms mit Sensibilitätsstörung der linken unteren Extremität. Klinisch-neurologisch bestehe eine residuelle strumpfförmige Hypästhesie der linken unteren Extremität ab Knie abwärts, deren Beginn vom Beschwerdeführer zeitlich nicht klar eingegrenzt werden könne. Inzwischen sei eine deutliche klinische Besserung zu verzeichnen, die seit ca. Mai 2013 auf einem subjektiv stabilen Niveau angegeben werde. Zur besseren Beurteilbarkeit der lädierten Nerven sei eine ergänzende elektrophysiologische Untersuchung veranlasst worden (IV-act. 43.3, S. 5 f.).

7.15 Dr. X._____, Facharzt für Neurologie FMH, Neurologische Klinik und Poliklinik, Spital F._____, berichtet am 10. Juni 2014 über neurographisch Zeichen einer axonalen Schädigung des Nervus peroneus links bei normalen Neurographien des motorischen Anteils des Nervus tibialis links und des Nervus suralis links. Basierend auf der klinischen Untersuchung und der Anamnese seien zusätzlich Läsionen des sensiblen Anteils des Nervus tibialis links (betont Nervus plantaris lateralis) und des Nervus peroneus links anzunehmen. Bezüglich der Missempfindungen sei alternativ zu den klassischen Analgetika die Gabe von Lyrica (Antiepileptikum indiziert zur Behandlung peripherer und zentraler neuropathischer Schmerzen, zur Zusatztherapie bei Epilepsie sowie zur Behandlung von generalisierten Angststörungen; vgl. <https://compendium.ch/product/10_13158-lyrica-kaps-150-mg/mpro>, abgerufen am 16. August 2023) zu erwägen (IV-act. 43.3, S. 13).

7.16 Dr. G._____ führt in ihrem ambulanten Bericht vom 26. Juni 2014 aus, der Beschwerdeführer habe sich am 16. Juni 2014 nach Vervollständigung der Bildgebung in der Sprechstunde vorgestellt. Es bestehe ein Status nach einer äusserst schweren Verletzung des Rückfusses. Neben den ossären Läsionen, welche zum Teil in Mal-Union verheilt seien und eine bereits beginnende Arthrose aufwiesen, bestünden relevante Verletzungen

der Nerven sowie ein massiv traumatisierter Weichteilapparat. Aktuell bestehe eine kleine Läsion im Bereich des sekundär geheilten medialen Malleolus, welche der Beschwerdeführer nur sehr mühevoll zur Abheilung bringe. Dies gebiete bezüglich jegliches weiteren operativen Eingriffes extreme Vorsicht, um nicht gar die Verschlechterung der Situation hinzunehmen. Im Moment scheine der Beschwerdeführer in seinem Leben ordentlich zurecht zu kommen. Er berichte, dass sitzende Tätigkeiten relativ gut verrichtet werden könnten. Allerdings bestehe ein vermehrter Pausenbedarf, und er müsse die Möglichkeit haben, das Bein während der Tätigkeiten hoch zu lagern. Stehende/gehende Tätigkeiten seien nur sehr kurzfristig und wenn dann mit Schmerzen durchführbar. Bezüglich der weiteren Therapie sei sie mit weiteren Massnahmen sehr zurückhaltend. Die Korrektur der ossären Malalignements wäre zwar technisch bezüglich des Knochens möglich, jedoch bezüglich des extrem traumatisierten Weichteilmantels mit einem erheblichen Risiko für chronische Wundheilungsstörungen oder gar weitere Nervenschäden verbunden. Dies stehe für sie im Moment nicht in einem Gleichgewicht mit dem zu erwartenden Benefit bezüglich Überlebens des OSG. Auf lange Sicht dürfte sich eine posttraumatische OSG-Arthrose entwickeln, welche dann einer Versteifung bedürfe. Die Kirschner-Drähte hätten zudem die Tendenz, aus dem Knochen hinaus zu migrieren. Dies wäre der einzige Grund für eine frühzeitige operative Intervention. Diesbezüglich würden dem Beschwerdeführer regelmässige Kontrollen (ca. 6- bis 12-monatlich) empfohlen.

Unabhängig von der weiteren Behandlung handle es sich um ein sehr schweres Rückfusstrauma. Dementsprechend werde der Beschwerdeführer auf mittel- und langfristige Sicht in einem rein stehend/gehenden Beruf, welcher auch das Heben schwerer Lasten sowie das Verharren in Extrempositionen bedarf, nicht mehr arbeitsfähig sein. Der Beschwerdeführer sei aufgrund von Schmerzen und fehlender Sensibilität nicht in der Lage, ein Auto zu lenken. Eine Umschulung in einen mehrheitlich sitzenden, ggf. höchstensfalls wechselbelastenden Beruf wäre zu befürworten. Allerdings sei auch hier aufgrund der persistierenden Schmerzen und der Schwellungstendenz mit dem Bedarf an vermehrten Pausen sowie der Möglichkeit des Hochlagerns des Fusses zu rechnen. Es wurde eine probatorische Medikation mit Lyrica 150 mg, einmal abends, gegebenenfalls im Verlauf zu steigern, verschrieben, wobei das Lenken von Maschinen inklusive Autofahren zu unterlassen sei (IV-act. 43.3, S. 10 ff = IV-act. 65, S. 19 ff.).

7.17 Dem kreisärztlichen Untersuchungsbericht zuhanden der SUVA von med. pract. Y._____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Kreisarzt, vom 13. August 2014 betreffend die Untersuchung vom 7. August 2014 sind folgende Diagnosen zu entnehmen:

Drittgradig offene, bimalleoläre Luxationsfraktur des linken Sprunggelenks mit Läsion der Arteria tibialis posterior

- St. n. Anlage eines Fixateur externe (21.11.2012)
- Exploration der Wunde, Wundexzision und End-zu-End-Anastomose der Arteria tibialis posterior, partieller Wundverschluss, VAC-Versiegelung (21.11.2012)
- St. n. Wundverschluss am Innenknöchel links (23.11.2012)
- St. n. Korrektur der Position des Fixateur externe (26.11.2012)
- St. n. Entfernung des Fixateur externe, Osteosynthese des Innenknöchels und Plastik der Sehne musculus fibularis longus (10.01.2013)
- St. n. Osteosynthese des linken Aussenknöchels (10.01.2013)

Der Beschwerdeführer berichte über anhaltende Schmerzen seitens des linken Sprunggelenks, über dessen eingeschränkte Beweglichkeit und Sensibilitätsverminderung des linken Fusses. Bei der kreisärztlichen Untersuchung zeigten sich ein deutlich nach links hinkendes Gangbild, ein ausgeprägter Druckschmerz über dem Innen- und Aussenknöchel sowie über dem gesamten Rückfuss. Die Beweglichkeit des linken oberen und konsekutiv auch des unteren Sprunggelenks sei eingeschränkt, wobei auf Höhe des oberen Sprunggelenks nur Wackelbewegungen möglich seien. Es bestehe eine deutliche Sensibilitätsminderung des linken Fusses mit eingeschränkter Beweglichkeit der Zehen. Die physiologischen Funktionen des linken Beins seien deutlich beeinträchtigt. Aufgrund der kreisärztlichen Untersuchung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung der unfallbedingten Folgen durch eine Verordnung von orthopädischen Schuheinlagen nicht zu erreichen. Aufgrund der schweren Arthrose des linken oberen Sprunggelenks und einer Fehlstellung des Talus in der Gelenkgabel sowie anhaltenden Schmerzen seitens des linken oberen Sprunggelenkes wäre dessen weichteilschonende Arthrodese in der 4-Schrauben-Technik nach Zwipp die Operation der ersten Wahl. Unter Berücksichtigung aller Aspekte und der Ausgangssituation könne der Operationseingriff in zwei Schritten erfolgen, zuerst die Materialentfernung und im zweiten, zeitnahen Schritt dann die Arthrodese. Wegen der deutlichen Muskelschwäche des linken Beins würden weiterhin physiotherapeutische Massnahmen (zwei bis dreimal pro Woche) empfohlen. Bei Bedarf könnten schmerzlindernde Medikamente (Analgetika) eingenommen werden.

Die Unfallfolgen berücksichtigend, seien dem Beschwerdeführer zum jetzigen Zeitpunkt leichte Tätigkeiten, welche vorwiegend im Sitzen ausgeübt werden können, mit nur gelegentlichem Stehen und Gehen für kurze Strecken und ohne häufiges Treppensteigen und ohne Klettern auf Leitern und Gerüste zumutbar. Das Gehen in unebenem Gelände sei nicht zumutbar. Es sollte zudem die Möglichkeit bestehen, dass er sein linkes Bein häufig hochlagern könne. Unter Berücksichtigung dieses Zumutbarkeitsprofils könnte der Beschwerdeführer zum jetzigen Zeitpunkt leichte Arbeiten (Administration, Arbeiten am PC, vorwiegend sitzende Arbeiten mit wenig Stehen und Gehen) zu 50 % ausüben. Es sei bereits jetzt absehbar, dass auf Dauer eine deutliche Beeinträchtigung seitens des linken Rückfusses/Fusses bestehen bleibe. Durch die vorgeschlagene Arthrodesese könnte die Lebensqualität betreffend die anhaltenden Schmerzen seitens des linken Rückfusses deutlich gebessert werden. Aufgrund des vorliegenden Verletzungsmusters und dessen Folgen bleibe auch nach Abschluss der Behandlung eine entschädigungspflichtige Einschränkung der Integrität bestehen. Über das weitere medizinische und administrative Procedere könne nach Eingang der noch benötigten Berichte entschieden werden (IV-act. 43.5, S. 9 ff. = IV-act. 65, S. 10 ff.).

Auf entsprechende Rückfragen der SUVA hin führte med. pract. Y. _____ mit ergänzenden Stellungnahmen vom 17. und 29. September 2014 aus, über eine Arthrodesese mindere die Schmerzen, die durch die ungünstige Knochenstellung im OSG verursacht würden, hebe jedoch die Beweglichkeit des OSG auf (IV-act. 43.5, S. 5 f.).

7.18 Dr. G. _____ nahm mit Schreiben vom 11. September 2014 zuhanden der SUVA zum kreisärztlichen Bericht vom 13. August 2014 (vgl. E. 7.17) Stellung. Es finde sich in ihrem Bericht betreffend die Untersuchung vom 16. Juni 2014 (vgl. E. 7.16) der Beschrieb einer chronischen Wundheilungsstörung am medialen Malleolus, welche der Beschwerdeführer nur mit Mühe zur Abheilung bringe. Diese Konstellation belege ein sehr grosses Risiko für Wundheilungsstörungen bis hin zur Nekrotisierung einzelner Areale in den Kreuzungsstellen von vorbestehenden Narben im Rahmen jedes weiteren gegebenenfalls anstehenden operativen Eingriffes. Des Weiteren belegten die neurologischen Einschätzungen mit dem Therapievorschlag der Lyrica-Gabe, dass davon ausgegangen werden müsse, dass zumindest ein Teil der Beschwerden neurologischen Ursprungs sei. Diese würden sich mit einer Arthrodesierung nicht verringern lassen. Beim Beschwerdeführer bestünden neben belastungsabhängigen Schmerzen relevante Nachtschmerzen, welche sich durch Aufstehen und

Bewegen gar besserten. Diese dürften ebenfalls nicht auf die posttraumatische Degeneration des Gelenkes zurückzuführen sein und sich deshalb durch eine Arthrodesierung des OSG nicht sicher beeinflussen lassen. In dieser Gesamtschau sei es wohl so, dass aus rein ossärer Betrachtungsweise im Verlauf eine Arthrodesierung des OSG, möglicherweise des gesamten Rückfusses notwendig sein werde, um eine genügende Stellungskorrektur zu erreichen. Sie sei nach wie vor der Meinung, dass vorab der Therapieerfolg einer Medikation mit Lyrica abgewartet werden sollte. Sollten im Verlauf auf artikuläre Degeneration zurückführbare Beschwerden vermehrt in den Vordergrund treten, müsste eine Arthrodesierung sicherlich erneut diskutiert werden, diese scheine ihr jedoch im Moment nicht in einem Gleichgewicht mit dem möglichen Risiko des Eingriffes zu stehen (IV-act. 43.5, S. 7 f. = IV-act. 65, S. 22 f.).

7.19 Dem Arztbericht von Dr. Q._____, und Dr. Z._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Spital L._____, vom 17. Oktober 2014 zuhanden der SUVA ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 18. September 2014 vorstellig geworden sei. Wenn man eine Operation plane, bei der das Osteosynthesematerial entfernt werden soll, bestehe ein hohes Risiko, dass es zu Problemen bei der Wundheilung des weichen Gewebes komme. Der Beschwerdeführer habe immer noch Schmerzen, wenn er sich belaste, aber auch nachts. Die bereits eingeleitete Behandlung mit Lyrica helfe ihm ein wenig. Es sei zu früh, um die Operation jetzt durchzuführen. Falls keine Probleme mit der Wundheilung auftreten würden, könnte man die Arthrodesese vornehmen. Der Beschwerdeführer möchte diese jedoch nicht bereits jetzt, da er Angst vor stärkeren lokalen Schmerzen und weiteren Funktionseinschränkungen habe (IV-act. 43.3, S. 4).

7.20 Dr. G._____ führte in ihrem ambulanten Bericht 7. Januar 2015 betreffend eine am 8. Dezember 2014 durchgeführte Verlaufskontrolle aus, beim Beschwerdeführer bestünde weiterhin ein chronisches Schmerzsyndrom. Es sei eher unwahrscheinlich, dass die Mehrheit der Beschwerden aus dem OSG herrührten und sich entsprechend mit einer Arthrodesese sufizient angehen liessen. Da dies in den Raum gestellt worden sei, werde als nächster Schritt eine Infiltration des OSG mit Lokalanästhesie durchgeführt. Sollte diese intraartikuläre Applikation zu einer weitreichenden Schmerzfreiheit führen, könne gegebenenfalls eine Arthrodesese erneut diskutiert werden. Sollte sich damit die Schmerzsituation nur unzureichend verbessern, könne mit Sicherheit gesagt werden, dass eine Arthrodesese die Situation nicht wesentlich verändern würde (IV-act. 43.2, S. 2 f.).

7.21 In ihrem Bericht vom 18. Februar 2015 stellte Dr. G._____ über eine weitere Verlaufskontrolle vom 9. Februar 2015 folgenden klinischen Befund: Beim Fuss links bestünden reizlose, kaum geschwollene, etwas livid verfärbte Weichteile und Druckdolenz medial. Des Weiteren bestehe eine deutliche Druckdolenz im Fersenbereich sowie unter den Metatarsalköpfchen II-IV. Keine Schmerzen im Verlauf des anterioren OSG-Spaltes. Beweglichkeit im OSG Flexion/Extension 20/0/10 Grad, keine Schmerzauslösung, auch nicht bei forcierten Bewegungen. Beim Beschwerdeführer bestünden weiterhin Schmerzen. Diese interpretiere sie zum einen auf die vorbekannte Nervenverletzung, zum andern auf eine Überlastung im Vorfussbereich. Dies liesse sich mit einer Einlagenversorgung mit medialer Gewölbeabstützung und retrokapitaler Pelotte voraussichtlich verbessern. Kombiniert sollte dies mit einer orthopädischen Serienschuhversorgung mit Abrollhilfe durchgeführt werden. Auf die Infiltration des OSG habe sie verzichtet, da sich klinisch keine Schmerzen im Gelenkbereich provozieren liessen. Weiterhin scheine das OSG zwar ein morphologisch eindrücklicher Ort posttraumatischer Schädigung zu sein, jedoch würden die klinisch geklagten Befunde nur unzureichend dazu passen und rechtfertigten im Moment eine Versteifung des OSG nicht. Ebenfalls dürfte dies kaum zu einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit führen, da dabei die restlichen neurogenen und vaskulär bedingten Probleme nicht ausser Acht gelassen werden dürfen. Für eine rein sitzende oder bestenfalls minimal wechselbelastende Tätigkeit sei der Beschwerdeführer jedoch durchaus zu einem gewissen Pensum arbeitsfähig, wenngleich ein vermehrter Pausenbedarf sowie die Notwendigkeit, den Fuss hochzulagern, bestehen bleiben würden (IV-act. 44, S. 2 f. = IV-act. 53.1, S. 1 f. = IV-act. 65, S. 24 f.).

7.22 Med. pract. Y._____ untersuchte den Beschwerdeführer am 28. April 2015 persönlich und führte in seinem kreisärztlichen Untersuchungsbericht zuhanden der SUVA vom 29. April 2015 aus, dass eine eingeschränkte Beweglichkeit des linken oberen und unteren Sprunggelenkes, eine Druckschmerzhaftigkeit sowohl im Bereich des Innen- als auch des Aussenknöchels, eine verminderte Hautsensibilität ab Mitte des linken Unterschenkels, ein linksbetontes Hinken, eine Beeinträchtigung der physiologischen Funktionen des linken Beines, eine Minderung der groben Kraft des linken Beines und eine Einschränkung der Beweglichkeit der Zehen des linken Fusses bestehe. Die neurogene Symptomatik habe im Vergleich zur letzten kreisärztlichen Untersuchung zugenommen. Es wird empfohlen, orthopädische Schuheinlagen nach Mass zu tragen und die analgetische Therapie weiter einzunehmen. Da am 11. Mai 2015 eine röntgenologische und klinische Kontrolle in der Spital F._____ stattfinden

sollte, solle erst nach Eingang dieser Berichte über das weitere medizinische und administrative Procedere entschieden werden. Die Fortsetzung der Arbeit in seinem angestammten Beruf als LKW-Fahrer werde dem Beschwerdeführer in Zukunft nicht mehr zumutbar sein. Gleichzeitig attestierte der Kreisarzt, dass zukünftig nur Berufe in Frage kämen, die vorwiegend sitzend, jedoch mit der Möglichkeit, kurz stehend und gehend die Erledigung der Arbeiten ermöglichen würden (IV-act. 53.3, S. 8 ff.).

7.23 Wie dem Bericht vom 27. Mai 2015 zu entnehmen ist, stellte Dr. G. _____ anlässlich der Verlaufskontrolle vom 11. Mai 2015 am Spital F. _____ fest, dass die Einschränkungen des Beschwerdeführers auf die Nervenverletzungen zurückzuführen seien. Auch bei grober Untersuchung seien aktuell keine im OSG lokalisierten Schmerzen auszumachen. Die Sensibilität am medialen Fussrand, an der Fusssohle sowie auch an sämtlichen Zehen sei massiv eingeschränkt. Propriozeption an den Zehen sei nicht vorhanden. Eine OSG-Arthrodese sei weiterhin nicht indiziert. Das Metall scheine im Moment nur wenig zu stören, so dränge sich bei den sehr delikaten Hautverhältnissen im Moment auch keine Osteosynthesematerialentfernung auf. Die Ärztin empfahl zur Verbesserung der Gehfähigkeit einen orthopädischen Serienschuh mit Abrollhilfe und Fussbettung. Hinsichtlich der verbleibenden Arbeitsfähigkeit sei der Beschwerdeführer in einem sitzenden oder bestenfalls grossmehrheitlich sitzenden Beruf zumindest zu 50 % mit etwas vermehrtem Pausenbedarf arbeitsfähig (IV-act. 59.3 = IV-act. 65, S. 26 f.).

7.24 Med. pract. Y. _____, Kreisarzt, hielt in seiner Stellungnahme zuhanden der SUVA vom 30. Juni 2015 folgende Zumutbarkeitsbeurteilung bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt fest: Leichte Arbeiten, vorwiegend sitzend, abwechselnd kurz stehend und gehend, kein Tragen und Heben von schweren Gegenständen, kein Arbeiten in der Höhe (Dach, Laderampe, Leiter, etc.), kein Arbeiten auf unebenen Gelände, kein permanentes Treppauf- und Treppabgehen, kein Arbeiten in der Kälte, keine permanenten Rotationsbewegungen des linken Fusses, kein Arbeiten in der Hocke, permanentes Tragen der orthopädischen Schuhe nach Mass, dann sei anfänglich eine 60 %-ige Arbeitsfähigkeit möglich, jedoch mit Steigerungspotenzial. Er schlug zur Aufrechterhaltung des bisherigen Gesundheitszustandes das Tragen von orthopädischen Serienschuhen mit Abrollhilfe und Fussbettung sowie Analgetika vor (IV-act. 59.5, S. 4 f.).

In seiner Beurteilung des Integritätsschadens vom 1. Juli 2015 schätze er diesen auf 25 % und führte zur Begründung in seiner Beurteilung vom

1. Juli 2015 aus, es bestehe eine eingeschränkte Beweglichkeit des linken oberen und unteren Sprunggelenkes, Schmerzhaftigkeit sowohl im Bereich des Innen- als auch des Aussenknöchels, eine verminderte Sensibilität ab Mitte des linken Unterschenkels, ein linksbetontes Hinken, eine Beeinträchtigung der physiologischen Funktionen des linken Beines, eine verminderte grobe Kraft des linken Beines, eine Einschränkung der Beweglichkeit der Zehen des linken Fusses sowie röntgenologisch nachgewiesene arthrotische Veränderungen des linken oberen und unteren Sprunggelenkes (IV-act. 59.5, S. 2). Ergänzend hielt er auf entsprechende Rückfrage am 17. August 2015 fest, dass zur Aufrechterhaltung des bisherigen Gesundheitszustandes die Weiterführung der Physio- und Wassertherapie jeweils einmal pro Woche bis zur nächsten Kontrolle im Dezember 2015 im Spital F._____ nötig seien (IV-act. 59.5, S. 1).

7.25 Mit Schreiben vom 20. August 2015 an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hielt Dr. G._____ fest, sie gehe davon aus, dass die angestammte Arbeit wie vom Beschwerdeführer geschildert nicht mehr zumutbar und ausführbar sei. Allerdings gehe sie ebenso davon aus, dass der Beschwerdeführer in einem sitzenden oder bestenfalls mehrheitlich sitzenden Beruf mit geringfügiger Wechselbelastung und frei wählbarer Körperposition zumindest zu 50 % mit etwas vermehrtem Pausenbedarf arbeitsfähig wäre. Entsprechende habe sie stets eine Umschulung/Reintegration vehement befürwortet. Diesen Standpunkt habe sie wiederholt mit dem Versicherten ausführlich besprochen und er habe damals ihre Einschätzung geteilt (IV-act. 65, S. 8 f.).

7.26 Der Stellungnahme vom 3. November 2015 zuhanden der IV-Stelle von RAD-Arzt, Dr. E._____, Facharzt für Chirurgie FMH, sind folgende Diagnosen zu entnehmen:

St. n. offener bimalleolärer Luxationsfraktur (Gustilo-Anderson Typ IIIC) links am 21.11.2012 mit/bei:

- Durchtrennung der Arteria tibialis posterior
- St. n. Fixateur externe Anlage, Spickdrahtosteosynthese des Malleolus medialis und Wundversorgung mit End-End-Anastomose der Arteria tibialis posterior am 21.11.2012
- St. n. Wundrevision mit Lavage und partiellem Wundverschluss am 23.11.2012
- St. n. Verbandwechsel mit partiellem Wundverschluss und Korrektur des Fixateur externe am 26.11.2012
- St. n. Fixateur externe Entfernung, Plattenosteosynthese der Fibula (1/3-Rohrplatte), Reposition der nach anterior luxierten Peroneus longus-Sehne und Rekonstruktion der Sehnen-Scheide (plastie du lang fibulaire) am 14.1.2013

- Neurographisch Zeichen einer axonalen Schädigung des Nervus peroneus links (ENG vom 10.6.2014)
- klinisch Verdacht auf Läsionen des sensiblen Anteils des Nervus tibialis links (Nervus plantaris lateralis) und des Nervus peroneus links
- persistierende neuropathische Schmerzen und Sensibilitätsverminderung mit eingeschränkter Gehfähigkeit

Der RAD-Arzt stellte eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in dessen angestammter Tätigkeit seit dem 21. November 2012 auf Dauer fest. In einer angepassten Tätigkeit liege für den Zeitraum vom 21. November 2012 bis zum 19. November 2013 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit vor. Ab dem 20. November 2013 bis zum 28. April 2015 bestehe noch eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 50 %. Dabei sei eine leichte, vorwiegend sitzend, abwechselnd kurz stehend und gehend zu verrichtende Arbeit ohne Gehen auf unebener Unterlage in mindestens 60 %igem Pensum und einer Leistung von 80 % zumutbar. Von weiteren Behandlungen sei keine wesentliche Verbesserung der funktionellen Leistungsfähigkeit zu erwarten. Da der Bericht der Kontrolle vom 11. Mai 2015 sowie die darauf gestützte abschliessende kreisärztliche Stellungnahme nicht vorgelegen habe, sei noch unklar, ob in einer optimal angepassten Tätigkeit nicht ein wesentlich höheres Pensum anzunehmen und allenfalls eine volle Leistung erreicht werden könne (vgl. Protokoll der IV-Stelle per 29. August 2017, S. 13-15 [Stellungnahme nicht in den Akten]).

7.27 Nach Vorlage der gewünschten Berichte nahm der RAD-Arzt Dr. E. _____ am 1. Februar 2016 erneut Stellung. Er hielt fest, dass eine schwere offene Sprunggelenksverletzung links mit Arterien- und Nervenläsion dokumentiert sei. Nach Versorgung der Verletzung verbleibe eine Sprunggelenksarthrose mit inkompletter Einsteifung ohne Schmerzen, aber massiv eingeschränkter Sensibilität am medialen Fussrand, an der Fusssohle und an sämtlichen Zehen. Der Beschwerdeführer beklage nach einigen 100 Metern Gehstrecke einen asensiblen, kalten und weissen Fuss. Wegen der Asensibilität könne er kaum gehen. Nach ca. 45 Minuten Sitzen würden die Sensibilitätsstörungen ebenfalls zunehmen und Kribbelparästhesien am Vorfuss auftreten, weswegen der Beschwerdeführer dann den Fuss etwa 15 Minuten hochlagern müsse und es danach wieder gehe. Die Beschwerden seien auf die erlittene Nervenverletzung zurückzuführen.

Eine Einschränkung der Gehfähigkeit sei mit den beschriebenen Befunden ausgewiesen. Es sei nicht nachvollziehbar, wieso die Arbeitsfähigkeit nur 60 % betrage, so wie es die SUVA vorweg genommen habe, wenn sie die Erwerbsfähigkeit aufgrund einer Arbeitsfähigkeit von 60 % in angepasster

Tätigkeit errechne. In einer sitzenden Tätigkeit sei eine weitgehend erhaltene Arbeitsfähigkeit zu postulieren, selbst wenn nach längerem Sitzen die Sensibilitätsstörungen zunehmen und Kribbelparästhesien am Vorfuss auftreten würden. Denn der Beschwerdeführer teile selbst mit, dass dieses Problem mit banalem Hochlagern und Massieren behoben werden könne. Zudem seien weder die Parästhesien noch die Sensibilitätsstörungen am Fuss in einer sitzenden Tätigkeit weiter funktionell einschränkend. Folglich könne der Beschwerdeführer in einer leichten, grossmehrheitlich sitzenden Tätigkeit ohne längeres oder häufiges Gehen/Stehen vollzeitig arbeiten, wenn er die Möglichkeit habe, den Fuss bei Bedarf (am besten schon vor Auftreten der Sensibilitätsverschlechterung und der Parästhesien) hochzulagern. Selbst wenn man grosszügig morgens und nachmittags je zweimal 15-minütige Pausen zum Hochlagern und Massieren zugestehen würde, wäre die zeitliche Einschränkung/Reduktion nur eine Stunde täglich, was bezogen auf das bisherige Pensum von 9,2 Stunden täglich einer Arbeitsfähigkeit von 89 % entspräche. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne eine Erwerbsunfähigkeit von 56 % von der IV nicht einfach so übernommen werden, denn diese Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit von der SUVA erfolge, ohne Reintegrationsmassnahmen einzuleiten bzw. deren Effekt abzuwarten. Als Begründung der ablehnenden Haltung gegenüber beruflichen Eingliederungsmassnahmen seien IV-fremde psychosoziale Faktoren genannt worden. Die Beurteilung der Umsetzbarkeit von beruflichen Massnahmen und der Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit sei nicht medizinisch begründet und bleibe somit der Administration der IV vorbehalten. Zusammenfassend wurde festgehalten, dass in einer leichten, rein oder vorwiegend sitzenden Tätigkeit ohne längeres oder häufiges Gehen/Stehen und mit der Möglichkeit, den Fuss hochzulagern, eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 90 % (wenn nicht gar 100 %) bestehe. Aus versicherungsmedizinischer Sicht seien berufliche Reintegrationsmassnahmen und bei Bedarf allenfalls eine BEFAS-Abklärung (Anmerkung des Gerichts: Berufliche Abklärungsstelle) zu empfehlen (vgl. Protokoll der IV-Stelle per 29. August 2017, S. 16-28 [Stellungnahme nicht in den Akten]).

7.28 Mit Schreiben vom 7. April 2016 an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers führte Dr. G._____ aus, an ihrer Einschätzung vom 20. August 2015 (vgl. E. 7.25) habe sich bei unverändertem klinischen Zustandsbild nichts geändert (IV-act. 65, S. 7).

7.29 Der RAD-Arzt Dr. E._____ führte in seiner Beurteilung vom 24. April 2016 im Rahmen des Vorbescheidverfahrens aus, insgesamt sei die Erwerbsunfähigkeit berechnet worden, ohne Reintegrationsbemühungen

wahrzunehmen, es sei das vorhandene Steigerungspotential ignoriert worden und noch ein administrativer Leidensabzug gewährt worden. Es seien keine neuen medizinischen Fakten vorgelegt worden und die in der Einsprache erwähnten Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen von Dr. Y. _____ vom 13. August 2014 (vgl. E. 7.17) sowie von Dr. G. _____ vom 20. August 2015 (vgl. E. 7.25) und vom 7. April 2016 (vgl. E. 7.28) seien bereits berücksichtigt und ausführlich diskutiert worden, weshalb er keine Argumente sehe, welche seine bisherige Beurteilung medizinisch in Frage stellen würden. Ob allenfalls zu den medizinischen Einschränkungen administrativ ein Leidensabzug zu gewähren sei und berufliche Reintegrationsmassnahmen mit Potential zur Steigerung der Arbeitsfähigkeit aus administrativen oder juristischen Gründen zu vernachlässigen seien, sei aus medizinischer Sicht nicht zu beurteilen (vgl. Protokoll der IV-Stelle per 29. August 2017, S. 20-22).

8.

8.1 Vorliegend wurde dem Beschwerdeführer mit vorinstanzlicher Verfügung vom 21. März 2017 rückwirkend eine halbe Invalidenrente sowie Kinderrente für die Zeit vom 1. November 2013 bis 31. Juli 2015 zugesprochen. Die Vorinstanz berechnete für den frühestmöglichen Entstehungszeitpunkt des Rentenanspruches im November 2013 (Anmeldung am 18. April 2013) einen Invaliditätsgrad von 56 %. Die mit gleicher Verfügung per 31. Juli 2015 aufgehobene Rente stützte die Vorinstanz auf die Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV, da sie für die Zeit ab dem 29. April 2015 von einer 90 %-igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausging und einen Invaliditätsgrad von 21 % berechnete (IV-act. 68).

8.2 Der Beschwerdeführer war unbestrittenermassen ab dem 21. November 2012 vollständig arbeitsunfähig (vgl. Protokoll der IV-Stelle per 29. August 2017, S. 15 [Stellungnahme nicht in den Akten – mit Verweis auf die Stellungnahme des Dr. E. _____]; vgl. auch IV-act. 15.4, S. 1 f. = 15.4, S. 30 f.; 15.4, S. 4 f. = 15.4, S. 44 und 48; 24 = 26.1, S. 4 f.; 26.1, S. 12; 26.2, S. 5 f.; 32, S. 7; 43.5, S. 27). Die einjährige Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG lief damit im November 2013 ab. Die entsprechende Berechnung der Vorinstanz für den Rentenbeginn ist korrekt. Die für den vorliegenden Sachverhalt massgebenden Vergleichszeitpunkte sind somit der 1. November 2013 (Rentenbeginn) sowie der 1. August 2015 (Rentenaufhebung).

9.

9.1 Die Vorinstanz stützte sich sowohl für die Bemessung des Invaliditätsgrads von 56 % sowie für die Befristung der Rente bis zum 31. Juli 2015 in medizinischer Hinsicht primär auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. E. _____ vom 3. November 2015, vom 1. Februar 2016 sowie vom 24. April 2016 (vgl. Protokoll der IV-Stelle per 29. August 2017, S. 13-15, S. 16-18 und S. 20-22).

9.2

9.2.1 Zunächst ist mit Blick auf den bereits im Verwaltungsverfahren erhobenen Einwand des Beschwerdeführers, wonach die Vorinstanz an die Beurteilung der SUVA gebunden sei (vgl. BVGer-act. 1), in koordinationsrechtlicher Hinsicht festzuhalten, dass die IV-Stellen und die Unfallversicherer die Invaliditätsbemessung in jedem Einzelfall selbstständig vorzunehmen haben. Keinesfalls dürfen sie sich ohne weitere eigene Prüfung mit der blossen Übernahme des IV-Grads des Unfallversicherers beziehungsweise der IV-Stelle begnügen (BGE 126 V 288 E. 2d; 133 V 549 E. 6.1 m. H.; Urteil des BGer 8C_549/2016 vom 19. Januar 2017 E. 5.1). Die Invaliditätsschätzung der Invalidenversicherung entfaltet gegenüber dem Unfallversicherer keine Bindungswirkung (vgl. BGE 131 V 362), was auch in umgekehrter Hinsicht gilt (BGE 133 V 549 E. 6). Allerdings schliesst das Bundesgericht in BGE 133 V 549 E. 6.4 nicht aus, dass die IV-Stellen oder im Beschwerdefall die kantonalen Gerichte die Unfallversicherungsakten beiziehen und gestützt darauf den Invaliditätsgrad für den Bereich der Invalidenversicherung bestimmen können.

9.2.2 Aufgrund dieser bundesgerichtlichen Rechtsprechung war die Vorinstanz beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. März 2017 nicht an die von der SUVA vorgenommene Invaliditätsbemessung gebunden, zumal die Invalidenversicherung – trotz identischem Invaliditätsbegriff seit dem In-Kraft-Treten von Art. 8 ATSG – als final konzipierte Versicherung im Gegensatz zur Unfallversicherung, bei welcher nur die unfallbedingte Invalidität Berücksichtigung findet, nicht zwischen krankheits- oder unfallbedingter Invalidität unterscheidet (vgl. Urteil des BGer 9C_7/2008 vom 18. September 2008 E. 5).

9.3 Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweismwürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und

Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

9.3.1 Die Stellungnahmen des RAD, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.1; 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; je mit Hinweisen). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). Sie müssen insbesondere in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sein und in der Beschreibung der medizinischen Situation und der Zusammenhänge einleuchten; die Schlussfolgerungen sind zu begründen. Die RAD-Ärztinnen und -Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 8C_33/2021 vom 31. August 2021 E. 2.2.2 mit weiteren Hinweisen).

9.3.2 In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit als Lastwagenchauffeur geht der RAD-Arzt E._____ in seinen Stellungnahmen jeweils von einer 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit seit dem 21. November 2012 auf Dauer aus (vgl. Protokoll der IV-Stelle per 29. August 2017, S. 13-15). Insoweit ist sich die Ärzteschaft, mitunter auch die Kreisärzte der SUVA (vgl. IV-act. 15.5; 26.2, S. 1 f. und 5 f.; 37.4 = IV-act. 43.5, S. 21 ff.; 43.5, S. 9 ff. = IV-act. 65, S. 10 ff.; 53.3, S. 8 ff.; 59.5, S. 1 f. und 4 f.), einig; dies ist für das Gericht mit Blick auf die Akten und der beim Beschwerdeführer bestehenden, unfallbedingten, schweren offenen Sprunggelenksverletzung links mit Arterien- und Nervenläsion auch nachvollziehbar.

9.3.3 Mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit hält der RAD-Arzt in seiner Stellungnahme vom 3. November 2015 fest, es bestehe ab dem 20. November 2013 (Ablauf des Wartejahrs) bis zum 28. April 2015 noch eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 50 %. Dabei sei eine leichte, vorwiegend sitzend, abwechselnd kurz stehend und gehend zu verrichtende Arbeit ohne Gehen auf unebener Unterlage in mindestens 60 %-igem Pensum und einer Leistung von 80 % zumutbar. Er führt aus, dass von weiteren Behandlungen keine wesentliche Verbesserung der funktionellen Leistungsfähigkeit zu erwarten sei (vgl. Protokoll der IV-Stelle per 29. August 2017, S. 13-15).

Dazu ist bezüglich einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit ab November 2013 festzuhalten, dass gemäss dem Bericht von Kreisarzt Dr. T._____, Facharzt für Chirurgie, zuhanden der SUVA vom 21. November 2013, nach persönlicher Untersuchung des Beschwerdeführers am 19. November 2013, eine genaue Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich war, da mithin weitere Konsultationen im Spital F._____, zur Standortbestimmung geplant waren und auch weitere Behandlungsoptionen noch im Raum standen (vgl. IV-act. 37.4 = IV-act. 43.5, S. 21 ff.; vgl. auch IV-act. 43.5, S. 20). Im März 2014 geht die behandelnde Ärztin Dr. G._____, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie FMH, Spital F._____, von einer neurologisch wie auch angiologisch unvollständig abgeklärten Situation aus und nimmt noch keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vor (IV-act. 43.3, S. 7 ff.). Ihrem ambulanten Bericht vom 26. Juni 2014 ist sodann zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer auf *mittel- und langfristige Sicht* in einem rein stehend/gehenden Beruf, welcher auch das Heben schwerer Lasten sowie das Verharren in Extrempositionen bedarf, nicht mehr arbeitsfähig sein und sie eine Umschulung in einen mehrheitlich sitzenden, ggf. höchstensfalls wechselbelastenden Beruf befürworte, wobei der Bedarf an vermehrten Pausen sowie der Möglichkeit des Hochlagerns des Fusses zu berücksichtigen seien (IV-act. 43.3, S. 10 ff = IV-act. 65, S. 19 ff.). Kreisarzt med. pract. Y._____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, geht sodann erst am 13. August 2014, nach persönlicher Untersuchung am 7. August 2014, davon aus, dem Beschwerdeführer seien *zum jetzigen Zeitpunkt* leichte Tätigkeiten, welche vorwiegend im Sitzen ausgeübt werden könnten, mit nur gelegentlichem Stehen und Gehen für kurze Strecken und ohne häufiges Treppensteigen und ohne Klettern auf Leitern und Gerüste zumutbar. Das Gehen in unebenem Gelände sei nicht zumutbar. Es sollte zudem die Möglichkeit bestehen, dass er sein linkes Bein häufig hochlagern könne.

Unter Berücksichtigung dieses Zumutbarkeitsprofils könnte der Beschwerdeführer zum jetzigen Zeitpunkt leichte Arbeiten (Administration, Arbeiten am PC, vorwiegend sitzende Arbeiten mit wenig Stehen und Gehen) zu 50 % ausüben (IV-act. 43.5, S. 9 ff. = IV-act. 65, S. 10 ff.). Der RAD-Arzt hat es vorliegend versäumt, sich mit diesen Berichten auseinanderzusetzen und nachvollziehbar darzulegen, weshalb er bereits ab November 2013 von einem feststehenden medizinischen Sachverhalt und einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 50 % ausgeht.

9.3.4 Was die festgestellte Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ab dem 29. April 2015 betrifft, ist auch dieser durch den RAD-Arzt gewählte Zeitpunkt nicht nachvollziehbar. So untersuchte der Kreisarzt der SUVA, med. pract. Y. _____, den Beschwerdeführer am 28. April 2015 persönlich und hielt in seinem Bericht vom 29. April 2015 fest, es finde am 11. Mai 2015 eine Kontrolle am Spital F. _____ statt, weshalb erst nach Eingang dieser Berichte über das weitere medizinische und administrative Procedere entschieden werden könne. Überdies führt der Kreisarzt aus, dass die neurogene Symptomatik im Vergleich zur letzten kreisärztlichen Untersuchung gerade zugenommen habe. Vor diesem Hintergrund ist die Ausführung des Kreisarztes, wonach *zukünftig* nur Berufe in Frage kämen, die vorwiegend sitzend, jedoch mit der Möglichkeit, kurz stehend und gehend die Erledigung der Arbeiten ermöglichen würden, entgegen der RAD-Stellungnahme nicht als Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung zu sehen (IV-act. 53.3, S. 8 ff.). Vielmehr ist auch aufgrund des Wortlauts der kreisärztlichen Stellungnahme («zukünftig») von einer Prognose des Kreisarztes auszugehen. Sodann ist den weiteren Arztberichten zu entnehmen, dass in diesem Zeitpunkt insbesondere die Indikation einer OSG-Arthrodese noch fraglich war (vgl. E. 7.16-23 hiervor). Erst in ihrem Bericht vom 27. Mai 2015 stellt die behandelnde Ärztin Dr. G. _____ fest, dass die Einschränkungen des Beschwerdeführers auf Nervenverletzungen zurückzuführen seien, wobei eine OSG-Arthrodese nicht indiziert sei (IV-act. 59.3 = IV-act. 65, S. 26 f.).

9.3.5 In seiner Stellungnahme vom 1. Februar 2016 führt der RAD-Arzt aus, es liege in einer angepassten Tätigkeit für den Zeitraum vom 21. November 2012 bis zum 19. November 2013 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit vor. Ab dem 20. November 2013 bis zum 28. April 2015 bestehe noch eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 50 %. Dabei sei eine leichte, vorwiegend sitzend, abwechselnd kurz stehend und gehend zu verrichtende Arbeit ohne Gehen auf unebener Unterlage in mindestens 60 %-igem Pensum und einer Leistung von 80 % zumutbar. Von weiteren Behandlungen

sei keine wesentliche Verbesserung der funktionellen Leistungsfähigkeit zu erwarten. Da der Bericht der Kontrolle vom 11. Mai 2015 sowie die darauf gestützte abschliessende kreisärztliche Stellungnahme nicht vorgelegen habe, sei noch unklar, ob in einer optimal angepassten Tätigkeit nicht ein wesentlich höheres Pensum anzunehmen und allenfalls eine volle Leistung erreicht werden könne (vgl. Protokoll der IV-Stelle per 29. August 2017, S. 13-15 [Stellungnahme nicht in den Akten]). Da diese Stellungnahme, wie durch den RAD-Arzt selbst dargelegt, nicht in Kenntnis der gesamten Vorakten abgegeben wurde, kann darauf ebenfalls nicht abgestellt werden (vgl. E. 9.3.2 hiervor; BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

9.3.6 In seiner Stellungnahme vom 24. April 2016 – nach Vorlage der neu eingegangenen medizinischen Berichte – ist der RAD-Arzt zum Schluss gekommen, dass der Beschwerdeführer – abweichend zu seinen vorherigen Stellungnahmen – in einer leichten, grossmehrheitlich sitzenden Tätigkeit ohne längeres oder häufiges Gehen/Stehen vollzeitig arbeiten könne, wenn er die Möglichkeit habe, den Fuss bei Bedarf (am besten schon vor Auftreten der Sensibilitätsverschlechterung und der Parästhesien) hochzulagern. Selbst wenn man grosszügig morgens und nachmittags je zweimal 15-minütige Pausen (zum Hochlagern und Massieren) zugestehen würde, wäre die zeitliche Einschränkung/Reduktion nur eine Stunde täglich, was bezogen auf sein bisheriges Pensum vom 9,2 Stunden täglich einer Arbeitsfähigkeit von 89 % entspräche (vgl. Protokoll der IV-Stelle per 29. August 2017, S. 20-22).

Dabei ergeben sich bereits deshalb gewisse Zweifel an der Aktenbeurteilung des RAD-Arztes, weil dieser innert kurzer Zeit, mithin in einem Zeitraum von vier Monaten, verschiedene Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit abgegeben hat (RAD-Berichte vom 1. Februar und 24. Mai 2016). Auch wenn diese unterschiedlichen Einschätzungen deshalb erfolgt sind, weil weitere medizinische Berichte beigezogen wurden, so legt Dr. E. _____ nicht weiter dar, worauf er seine unterschiedliche Einschätzung stützt. Es ist denn auch nicht ersichtlich, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers innert dieser kurzen Periode verbessert haben soll.

9.3.7 Zum weiteren Verlauf geht aus den Akten hervor, dass Dr. G. _____ die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einem sitzenden oder bestenfalls grossmehrheitlich sitzenden Beruf in ihrem Bericht vom 27. Mai 2015 auf «zumindest 50 %» mit etwas vermehrtem Pausenbedarf, einschätzt (IV-act. 59.3 = IV-act. 65, S. 26 f.). Kreisarzt med. pract. Y. _____ geht sodann am 30. Juni 2015 von einer anfänglichen Arbeitsfähigkeit in

einer angepassten Tätigkeit von 60 % mit Steigerungspotential aus (IV-act. 59.5, S. 4 f.). Soweit der RAD-Arzt zu seiner abweichenden Beurteilung ausführt, es sei das vorhandene Steigerungspotential ignoriert worden, ist festzuhalten, dass es gerade unzulässig ist, eine solche antizipierte Schätzung im Sinne einer Prognose der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen (vgl. BGE 97 V 58 und 131 V 166 E. 2.3.3; zur Unzulässigkeit de lege lata siehe ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], in: Stauffer/Cardinaux [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl., Zürich 2022, Rz. 136 zu Art. 4).

9.4 Schliesslich erlauben auch die übrigen medizinischen Akten der Vorinstanz keine abschliessende Beurteilung, da diese den Anforderungen an beweiswertige medizinische Entscheidungsgrundlagen nicht genügen. Insbesondere wurden diese nicht in Kenntnis sämtlicher medizinischer Akten verfasst oder enthalten bereits keine begründete Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, weder in der zuletzt ausgeübten, noch in einer angepassten Tätigkeit. Überdies kann nicht ausser Acht gelassen werden, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. E. 5.8 hiavor; Urteil des BGer 8C_653/2019 vom 8. Januar 2019 E. 4.2 mit Hinweisen).

9.5 Aus dem Gesagten ergibt sich, dass mangels eines lückenlos feststehenden medizinischen Sachverhalts mithin nicht auf die Aktenbeurteilungen des RAD-Arztes Dr. E. _____ als Grundlage für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abgestellt werden kann. Vielmehr bestehen aufgrund des soeben Dargelegten an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Stellungnahme des RAD erhebliche Zweifel. Dies konnte vor Verfügungserlass nur Anlass zu weiteren Abklärungen geben. Es ist dabei anzufügen, dass die SUVA-Verfügung vom 11. August 2015 datiert (IV-act. 55, S. 2 = IV-act. 65, S. 3 f.) und es sich in den vorinstanzlichen Akten ebenfalls nur bis zu diesem Zeitpunkt Beurteilungen der Kreisärzte finden. Nachdem die Verfügung der Vorinstanz vom 21. März 2017 datiert, gab bereits der Zeitablauf Anlass zu weiteren Abklärungen und der Einholung eigener medizinischer Beurteilungen. Mit Blick auf die vorliegend zu beurteilenden Unfallfolgen wäre der RAD resp. die Vorinstanz allerdings gehalten gewesen, sich bei einer abweichenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vertieft mit den Einschätzungen und Berichte der SUVA-Kreisärzte auseinanderzusetzen und diesem Umstand im Rahmen der Begründungspflicht in erhöhtem Ausmass Rechnung zu tragen (vgl.

hierzu auch BGE 133 V 549, 554, E. 6.3 mit Hinweis auf BGE 126 V 288). Daraus folgt, dass die Vorinstanz den relevanten medizinischen Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hat. Mangels einer zuverlässigen medizinischen Entscheidungsgrundlage ist es vorliegend daher auch nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente hat.

10.

Schliesslich ist auf die Rüge des Beschwerdeführers einzugehen, wonach die IV-Stelle selbst keine Integrationsmassnahmen getroffen habe, obschon diese eigentlich in ihren Zuständigkeitsbereich gehören würden (vgl. BVGer-act. 1, S. 9).

10.1 Die kantonale IV-Stelle führte aus, der Beschwerdeführer habe auf die mit Mitteilung vom 4. Juli 2014 zugesprochene Unterstützung bei der Stellensuche durch das Jobcoaching verzichtet. Die ablehnende Haltung gegenüber Eingliederungsmassnahmen sei durch IV-fremde und teils psychosoziale Faktoren begründet worden (Wohnort in Frankreich, Distanz zur Stadt [...] [Ort an welchen die Eingliederung delegiert worden sei], in Frankreich eine Arbeit zu finden, sei unrealistisch, mangelnde Französischkenntnisse, Verbot ein Auto zu fahren; [IV-act. 68, S. 9 f.]).

10.2

10.2.1 Gemäss Anhang XI, Schweiz, Ziffer 8 der VO Nr. 883/2004 (in Kraft seit 1. April 2012) gilt ein Arbeitnehmer oder Selbstständiger, der den schweizerischen Rechtsvorschriften über die Invalidenversicherung nicht mehr unterliegt, weil er seine existenzsichernde Erwerbstätigkeit in der Schweiz infolge Unfalls oder Krankheit aufgeben musste, als in dieser Versicherung versichert für den Erwerb des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen bis zur Zahlung einer Invalidenrente und während der Durchführung dieser Massnahmen, sofern er keine anderweitige Erwerbstätigkeit ausserhalb der Schweiz aufnimmt.

10.2.2 Diese (Nachversicherungs-)Norm wurde in Ziffer 1011 des Kreisschreibens über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV KSBIL; gültig ab 4. April 2016, Stand 1. Januar 2022) konkretisiert (vgl. hierzu auch IV-Rundschreiben Nr. 309). Gemäss dieser Bestimmung gelten schweizerische Staatsangehörige oder Personen mit der Staatsangehörigkeit eines EU-Landes, die in der Schweiz ohne Wohnsitz zu haben

eine Erwerbstätigkeit als Arbeitnehmende oder Selbstständigerwerbende ausgeübt haben und den schweizerischen Rechtsvorschriften über die Invalidenversicherung nicht mehr unterliegen, weil sie ihre existenzsichernde Erwerbstätigkeit in der Schweiz in Folge Unfalls oder Krankheit aufgeben mussten, in Bezug auf den Anspruch von Eingliederungsmassnahmen als versichert. Dies gilt auch während der Durchführung dieser Massnahmen, sofern sie keine anderweitige Erwerbstätigkeit ausserhalb der Schweiz aufnehmen. Der Nachversicherungsschutz endet hingegen beim Bezug einer (ganzen oder teilweisen) Invalidenrente, bei abgeschlossener erstmaliger Eingliederung oder beim Bezug einer Leistung der Arbeitslosenversicherung des Wohnlandes (BVGE 2017/V/7 E. 6.6 und 6.7; Urteil des BVGer C-5883/2013 vom 5. Oktober 2016 E. 9.3; vgl. zum Frage der Versicherungsunterstellung von Versicherten mit Wohnsitz im Ausland in allgemeiner Hinsicht: BGE 145 V 21066 E. 4.2; 143 V 261 E. 5.2.1 S. 266 [betreffend medizinische Eingliederungsmassnahmen im Sinne von Art. 8 Abs. 3 Bst. a IVG]).

10.2.3 Vorliegend ist aktenkundig, dass der Beschwerdeführer seine Erwerbstätigkeit als Grenzgänger als Folge seines Unfalls vom 21. November 2012 aufgeben musste und keine anderweitige Erwerbstätigkeit ausserhalb der Schweiz mehr aufgenommen hat (vgl. IV-act. 47). Es ist zudem auch kein Bezug einer Leistung der Arbeitslosenversicherung des Wohnlands Frankreich aktenkundig.

10.2.4 Entsprechend sind die Voraussetzungen für den Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen (vgl. dazu Art. 15 ff. IVG) näher zu prüfen. Insbesondere wird die Vorinstanz vorab zu klären haben, ob die objektive und subjektive Eingliederungsfähigkeit noch gegeben ist. Fehlt der Eingliederungswille beziehungsweise die subjektive Eingliederungsfähigkeit, das heisst, ist die Eingliederungsbereitschaft aus invaliditätsfremden Gründen nicht gegeben (zum Erfordernis der objektiven und subjektiven Eingliederungsfähigkeit der versicherten Person: SILVIA BUCHER, Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, 2011, Rz. 124 und 539), darf die Rente ohne vorgängige Prüfung von Massnahmen der (Wieder-) Eingliederung und ohne Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens nach Art. 21 Abs. 4 ATSG herabgesetzt oder aufgehoben werden. Berufliche Massnahmen können zwar unter anderem dazu dienen, subjektive Eingliederungshindernisse im Sinne einer Krankheitsüberzeugung der versicherten Person zu beseitigen. Es bedarf indessen auch diesfalls eines Eingliederungswillens beziehungsweise einer entsprechenden Motivation

der versicherten Person. Es sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung beziehungsweise Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheidverfahren und vor kantonalem Versicherungsgericht gemachten Ausführungen respektive gestellten Anträge (Urteile des BGer 9C_50/2020 vom 9. Juli 2020 E. 3.1; 9C_797/2018 vom 10. September 2019 E. 5.1; 8C_682/2018 vom 21. Februar 2019 E. 7.1; 8C_611/2018 vom 7. Januar 2019 E. 6.1; 9C_231/2015 vom 7. September 2015 E. 4.2, je mit Hinweisen).

10.3 Mit Blick auf die dargelegten Kriterien wird die Vorinstanz zu beachten haben, dass der Beschwerdeführer in seinem Erstgespräch beim Job Coaching als Teil der Eingliederungsberatung Arbeitsvermittlung der IV-Stelle ausführte, er sei orientierungslos und fühle sich nicht in der Lage, sofort auf Arbeitssuche zu gehen oder an eine mögliche Umschulung zu denken (vgl. Protokoll der IV-Stelle per 29. August 2017, Eingliederungsberatung Arbeitsvermittlung vom 2. September 2014 [S. 18]). In einem weiteren Gespräch mit der IV-Stelle am 28. April 2015 im Rahmen der Eingliederungsberatung Arbeitsvermittlung führte er wiederum aus, er könne mit seinen Beschwerden unmöglich arbeiten und wüsste nicht einmal, was. Wenn er noch 20-30 % arbeiten könnte, würde er sicher nicht in der Inner-schweiz etwas suchen. Die Information der IV-Stelle über die Möglichkeit, dass das Job Coaching von der IV-Stelle Aa._____ übernommen werden könnte und ihn dieses bei der Stellensuche im Raum (...) unterstützen würde, wurde durch den Versicherten als nicht realistisch angesehen, da Aa._____ eine Stunde von seinem Wohnort in Frankreich entfernt sei. In Frankreich etwas zu finden, sei ebenfalls unrealistisch, da er sehr schlecht französisch spreche. Er habe ein Haus und Familie und müsse ein existenzsicherndes Einkommen erzielen. Je nach Rentenhöhe könne er vielleicht auf den Erwerb verzichten (Protokoll der IV-Stelle per 29. August 2017, Eingliederungsberatung Arbeitsvermittlung vom 28. April 2015, [S. 10]). Am 13. August 2015 teilte der Beschwerdeführer der IV-Stelle sodann mit, er wünsche im Moment keine beruflichen Massnahmen (Protokoll der IV-Stelle per 29. August 2017, Abschluss Jobcoaching vom 24. August 2015 [S. 11 f.]; vgl. IV-act. 57). Dabei wird die Vorinstanz auch zu berücksichtigen haben, dass die Leistungsmotivation des Beschwerdeführers aufgrund dieser Äusserungen ernsthaft in Frage gestellt werden und es sich insbesondere bei der Distanz zum Arbeitsort sowie den mangelnden Sprachkenntnissen um invaliditätsfremde Faktoren handelt, welche unberücksichtigt bleiben müssen (vgl. zur Zumutbarkeit eines Arbeitswegs von maximal zwei Stunden das Urteil des BGer C 133/05 vom 3. August 2005

E. 3.2.2; vgl. zu sprachlichen und ausbildungsbedingten Schwierigkeiten BGer 9C_704/2018 vom 29. Januar 2018 E. 6.2 und 6.3.3).

10.4 Stellt die Vorinstanz im Rahmen ihrer ergänzenden Abklärungen fest, dass es am Eingliederungswillen beziehungsweise an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit fehlt, das heisst, ist die Eingliederungsbereitschaft aus invaliditätsfremden Gründen nicht gegeben, ist ein Anspruch auf berufliche Massnahmen zu verneinen. Folglich wird die Vorinstanz in einem ersten Schritt zu prüfen haben, ob die Anspruchsvoraussetzungen im Sinne von Art. 15 ff. IVG beim Beschwerdeführer gegeben sind.

11.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. März 2017 in medizinischer Hinsicht nicht rechtsgenügend abgeklärt erweist.

11.1 Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), wenn wie vorliegend im aktuellen Erstanmeldungsverfahren noch keine Begutachtung durchgeführt wurde. Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweisabnahmen ist abzusehen, weil bei regelmässiger Einholung von medizinischen Gerichtsgutachten die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung empfindlich litte und von einem Substanzverlust bedroht wäre, könnte doch die Verwaltung von vornherein darauf bauen, dass ihre Arbeit ohnehin in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge (BGE 137 V 210 E. 4.2). Die Verwaltung soll nicht dazu verleitet werden, das Gericht die eigentliche Abklärungsarbeit machen zu lassen (vgl. dazu MIRIAM LENDFERS, Sachverständige im Verwaltungsverfahren, in: Ueli Kieser/Miriam Lendfers [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2016, S. 187). Auch bestünde die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen, wenn wie

vorliegend eine gravierend mangelhafte Sachverhaltsabklärung im Verwaltungsverfahren durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert würde (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer C-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5). Ausserdem spricht auch die Verfahrensgarantie der Wahrung des doppelten Instanzenzugs in Fällen wie dem vorliegenden, in dem eine erstmalige umfassende Abklärung durchzuführen ist, für eine Rückweisung an die Vorinstanz (vgl. Urteile des BVGer C-7010/2018 vom 18. Juli 2019 E. 5.6; C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1).

11.2 Die Vorinstanz ist daher in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten, insbesondere auch des Bezugs allfälliger weiterer SUVA-Akten (vgl. E. 9.2 hiavor), den Anspruch des Beschwerdeführers auf Eingliederungsmassnahmen zu prüfen sowie eine umfassende Begutachtung zu veranlassen. Dabei ist insbesondere auch festzuhalten, dass die für die Vorinstanz entscheidewesentlichen RAD-Berichte nicht in den Akten liegen, sondern nur im Protokoll der IV-Stelle C._____ wiedergegeben werden (vgl. Protokoll der IV-Stelle C._____ per 29. August 2017). Die Vorinstanz wird deshalb auch diesbezüglich die Akten vervollständigen müssen (zur Aktenführungspflicht vgl. E. 5.9 hiavor). Nur so kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1). Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen, insbesondere auch der genannten neurographischen Zeichen einer axonalen Schädigung des Nervus peroneus links, den klinischen Verdacht auf Läsionen des sensiblen Anteils des Nervus tibialis links (Nervus plantaris lateralis) und des Nervus peroneus links sowie die persistierenden neuropathischen Schmerzen und Sensibilitätsverminderung (vgl. E. 7.26 hiavor), erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Neurologie und Chirurgie angezeigt. Ob noch weitere Disziplinen beizuziehen sind, ist dem pflichtgemessen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden. Sie sind einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung letztverantwortlich (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3 m.H.; Urteil des BVGer C-4537/2017 vom 20. August 2019 E. 8). Die Gutachter haben zu klären, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle

Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers insbesondere in einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehen. Dabei haben sie die gesamte Entwicklung des Gesundheitszustands ab 1. November 2013 zu beurteilen und aufzuzeigen, welche gesundheitlichen Veränderungen mit welchen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seitdem eingetreten sind. Betreffend den zu beurteilenden Zeitraum haben die Gutachter sinnvollerweise die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bis zum Zeitpunkt der neu durchzuführenden Begutachtung miteinzubeziehen und zu beurteilen.

11.3 Sodann ist die Vorinstanz darauf hinzuweisen, dass, sollte aufgrund der medizinischen Abklärungen eine Restarbeitsfähigkeit festgestellt werden, mit Blick auf das fortgeschrittene Alter des Beschwerdeführers gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung auch die nach den Umständen des Einzelfalls zu klärende Frage zu beantworten sein wird, ob eine allenfalls festgestellte Restarbeitsfähigkeit in casu auch verwertbar ist (vgl. statt vieler Urteil des BGer 8C_117/2018 vom 31. August 2018 E. 2.2 und E. 3 mit weiteren Hinweisen).

12.

12.1 Im Ergebnis ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die Verfügung vom 21. März 2017 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

12.2 Abschliessend bleibt darauf hinzuweisen, dass die vorzunehmende Rückweisung die Gefahr einer reformatio in peius beinhaltet, da die von der Vorinstanz mit Verfügung vom 21. März 2017 zugesprochene halbe IV-Rente ab dem 1. November 2013 bis zum 31. Juli 2015 in Frage gestellt wird (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4). Am 23. Juni 2023 wurde dem Beschwerdeführer Gelegenheit gegeben, Stellung zu nehmen zur möglichen Rückweisung an die Vorinstanz oder die Beschwerde allenfalls zurückzuziehen (BVGer-act. 27). Der Beschwerdeführer verzichtete vorliegend auf einen Beschwerderückzug und hielt ausdrücklich an seiner Beschwerde fest (vgl. BVGer-act. 28).

13.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteient-schädigung.

13.1 Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 7.1; 132 V 215 E. 6; Urteil des BGer 8C_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 4.1). Die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu erneuter Abklärung und neuer Verfügung gilt im Sozialversicherungsrecht praxisgemäss als volles Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (BGE 137 V 210 E. 7.1 und 132 V 215 E. 6). Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind dem Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen und der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

13.2 Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die Parteientschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere notwendige Auslagen der Partei, wobei unnötiger Aufwand nicht entschädigt wird (Art. 8 VGKE). Die Kosten der Vertretung umfassen gemäss Art. 9 Abs. 1 VGKE insbesondere das Anwaltshonorar, die Auslagen sowie die Mehrwertsteuer für diese Entschädigungen, soweit eine Steuerpflicht besteht. Das Anwaltshonorar wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters oder der Vertreterin bemessen (Art. 10 Abs. 1 VGKE). Die Spesen werden aufgrund der tatsächlichen Kosten ausbezahlt (Art. 11 Abs. 1 VGKE).

13.2.1 Der Beschwerdeführer war im vorliegenden Verfahren anwaltlich vertreten, weshalb ihm zu Lasten der unterliegenden Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen ist. Der Vertreter des Beschwerdeführers hat eine Kostennote eingereicht (vgl. BVGer-act. 20 sowie BVGer-act. 28), mit welcher er insgesamt ein Honorar von Fr. 4'751.50 (17 Stunden 7 Minuten à Fr. 270.– = Fr. 4'621.50) zuzüglich Barauslagen (Fr. 130.–) geltend gemacht hat.

13.2.2 Mit Blick auf ähnlich gelagerte Fälle und die im Sozialversicherungsrecht herrschende Untersuchungsmaxime (vgl. E. 3.4 hiavor), ausgehend vom mittelgrossen Umfang der Akten, der nur teilweise streitigen und nicht ausgesprochen komplexen Sach- und Rechtslage sowie dem durch den

Rechtsvertreter des Beschwerdeführers spezifisch für das Beschwerdeverfahren betriebenen aktenkundigen Aufwand erscheint der detailliert geltend gemachte Zeitaufwand von 17 Stunden und 7 Minuten, insbesondere der geltend gemachte Zeitaufwand im Zusammenhang mit der Erarbeitung der Beschwerde (330 min = 5.5 Std.) und Replik (180 min = 3 Std.) von total 8.5 Stunden, als angemessen und notwendig.

Jedoch ist festzuhalten, dass im Bereich der Invalidenversicherung der vor Bundesverwaltungsgericht übliche Stundenansatz Fr. 250.– beträgt. Der geltend gemachte Stundenansatz ist entsprechend zu reduzieren (vgl. Urteil des BVGer C-3033/2021 vom 10. Januar 2023 E. 10.2.2 mit weiteren Hinweisen).

Die detailliert aufgelisteten Auslagen von Fr. 130.–, die nach Art. 9 Abs. 1 Bst. b VGKE grundsätzlich zu ersetzen sind, erscheinen angemessen und sind daher zu entschädigen. Die Entschädigung ist (wie beantragt) ohne Mehrwertsteuer zuzusprechen, da der Beschwerdeführer im Ausland wohnt und es sich um keine Entschädigung aus unentgeltlicher Rechtspflege handelt (vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG [SR 641.20] und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE; vgl. auch Urteile des BVGer C-1741/2014 vom 28. April 2016 E. 8.3; C-6173/2009 vom 29. August 2011; je mit Hinweisen).

13.2.3 Die notwendigen Vertretungskosten des Beschwerdeführers belaufen sich somit auf insgesamt Fr. 4'409.20 (17 Stunden 7 Minuten à Fr. 250.– = Fr. 4'279.20) zuzüglich Barauslagen (Fr. 130.–). Dem Beschwerdeführer ist somit zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung in diesem Umfang zuzusprechen.

(Für das Urteilsdispositiv wird auf die nachfolgende Seite verwiesen)

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die Verfügung vom 21. März 2017 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 4'409.20 zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an den Beschwerdeführer, die Vorinstanz und das BSV.

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Die vorsitzende Richterin:

Die Gerichtsschreiberin:

Viktoria Helfenstein

Rahel Schöb

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. Die Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: