



## Urteil vom 21. September 2022

---

Besetzung

Richter Christoph Rohrer (Vorsitz),  
Richter Beat Weber,  
Richterin Caroline Gehring,  
Gerichtsschreiber Milan Lazic.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, (Deutschland)  
vertreten durch MLaw Melina Tzikas,  
Beschwerdeführer,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100,  
1211 Genf 2,  
Vorinstanz.

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch  
(Verfügung vom 15. Januar 2020).

**Sachverhalt:****A.**

Der 1977 geborene, in seiner Heimat wohnhafte deutsche Staatsangehörige A. \_\_\_\_\_ (*im Folgenden*: Versicherter oder Beschwerdeführer), geschieden und Vater einer minderjährigen Tochter, war in den Jahren 2015 bis 2017 während insgesamt 24 Monaten in der Schweiz obligatorisch versichert und entrichtete dabei Beiträge an die obligatorische schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV). Zuletzt war der gelernte Dachdecker als Gipser/Hilfsarbeiter mit einem Vollzeitpensum bei der B. \_\_\_\_\_ GmbH mit Sitz in (...), Kanton C. \_\_\_\_\_ (heute: B. \_\_\_\_\_ AG [...]), angestellt. Das Arbeitsverhältnis wurde von der damaligen Arbeitgeberin per 31. März 2019 gekündigt, wobei der letzte effektive Arbeitstag am 9. August 2017 war (vgl. Akten der Vorinstanz [*im Folgenden*: IVSTA-act.] 9, 44 und 46 sowie Akten der Suva [*im Folgenden*: Suva-act.] 53 f. und 112). Am 9. August 2017 erlitt der Versicherte einen Arbeitsunfall, bei welchem er sich gemäss Bericht des Kantonsspitals D. \_\_\_\_\_ vom 9. August 2017 insbesondere eine mehrfragmentäre proximale Tibiafraktur rechts (AO 41-C2) mit Weichteiltrauma nach Tscherne GII und einem manifesten Kompartmentsyndrom sowie eine Trümmerfraktur der Patella rechts (AO 34-C3) zugezogen hat. Für die Unfallfolgen kam die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (*im Folgenden*: Suva) auf.

**B.**

**B.a** Auf Aufforderung der Suva hin meldete sich der Versicherte mit Eingabe vom 12. Januar 2018 (Eingangsdatum am 22. Januar 2018) bei der damals zuständigen IV-Stelle C. \_\_\_\_\_ zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung (IV) an. In der Anmeldung machte er unter Verweis auf mehrere beigelegte ärztliche Berichte aus dem Zeitraum 9. August 2017 bis 9. Januar 2018 unfallbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen geltend (vgl. IVSTA-act. 1-6). Die IV-Stelle C. \_\_\_\_\_ nahm in der Folge erste Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor, führte am 21. Februar 2018 ein telefonisches Erstgespräch mit dem Versicherten und zog – da die medizinischen Abklärungen aufgrund des Unfalls vom 9. August 2017 in erster Linie durch den Unfallversicherer erfolgten (vgl. Aktennotiz vom 28. Februar 2018 [IVSTA-act. 17 S. 2 Ziff. 5]) – insbesondere auch die Akten der Suva bei (vgl. IVSTA-act. 1-11, 17, 19-21 und 23-30; Suva-act. 1 und 3-5). Nach Erhalt der Anzeige vom 26. Februar 2018, dass der Versicherte anwaltlich vertreten werde (vgl. IVSTA-act. 2 und 14), wies die kantonale IV-Stelle das Gesuch um

berufliche Massnahmen – nach vorgängiger Durchführung eines Vorbescheidverfahrens (IVSTA-act. 18) – aufgrund der Auskunft des Versicherten, wieder nach Deutschland gezogen zu sein, mit Verfügung vom 27. April 2018 ab. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft (vgl. IVSTA-act. 22).

**B.b** Nachdem die IV-Stelle C. \_\_\_\_\_ am 11. Juli 2018 telefonisch von der zuständigen Einwohnerkontrolle erfahren hatte, dass sich der Versicherte per 20. April 2018 nach Deutschland abgemeldet hatte, überwies sie das Dossier gleichentags zuständigkeitshalber an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA; *im Folgenden auch*: Vorinstanz; vgl. IVSTA-act. 30-41; Suva-act. 2), die in der Folge die erforderlichen Abklärungen fortsetzte und dabei die entsprechenden Akten mit jenen der Suva à jour brachte (vgl. IVSTA-act. 42-60; Suva-act. 6-30). Schliesslich stellte sie dem Versicherten gestützt auf eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 11. Dezember 2018 (IVSTA-act. 63) und einen Einkommensvergleich vom 21. Januar 2019, der einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 2 % ergab (IVSTA-act. 65), mit Vorbescheid vom 4. April 2019 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (IVSTA-act. 67). Nachdem der Versicherte mit Eingabe vom 9. April 2019 dagegen Einwand erhob und diesen – nach vorgängiger Mitteilung betreffend internen Anwaltswechsel bei der Fallbearbeitung – mit Eingabe vom 9. Juli 2019 begründet hatte (IVSTA-act. 69-77), wies die IVSTA gestützt auf eine erneut beim RAD eingeholte Stellungnahme vom 13. Januar 2020 (IVSTA-act. 82) das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers betreffend IV-Rente mit Verfügung vom 15. Januar 2020 ab (IVSTA-act. 83).

### **C.**

**C.a** Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte (*fortan*: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwältin Melina Tzikas, beim Bundesverwaltungsgericht mit Eingabe vom 14. Februar 2020 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 15. Januar 2020 und die Zusprache einer Invalidenrente; eventualiter beantragte er die Anordnung eines medizinischen Gutachtens. Zur Begründung macht der Beschwerdeführer im Wesentlichen unter Verweis auf zwei beigelegte Arztberichte vom 30. Januar 2020 sowie vom 7. Februar 2020 geltend, auf die Stellungnahmen des RAD und die arbeitsmedizinische Beurteilung von PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 13. September 2019 (recte: 13. November 2019) könne nicht abgestellt werden, da an deren Einschätzung erhebliche Zweifel bestünden. Weder habe der RAD mit Stellungnahme vom 11. Dezember 2018 das am 1. Juli 2018 erlittene zweite Distorsionstrauma samt erneut

attestierter Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt, noch den Umstand, dass das andauernde Tragen der Orthese aus ärztlicher Sicht als unzumutbar beurteilt werde und er wegen der Schwellungsneigung seines rechten Beines nicht 8 Stunden am Tag einer sitzenden Erwerbstätigkeit nachgehen könne. Der medizinische Sachverhalt sei insofern ungenügend abgeklärt. Im Weiteren sei entgegen der Ansicht der Vorinstanz aufgrund der umfangreich attestierten Einschränkungen gemäss Belastungsprofil wie auch aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs bei der Berechnung des IV-Grads ein Leidensabzug von 25 % statt lediglich ein solcher von 5 % vorzunehmen (vgl. Akten im Beschwerdeverfahren [*im Folgenden: BVGer-act.*] 1).

**C.b** Mit Zwischenverfügung vom 18. Februar 2020 wurde der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen aufgefordert, einen Kostenvorschuss von Fr. 800.– zu leisten. Am 9. März 2020 überwies der Beschwerdeführer einen Betrag von Fr. 834.88 zuhanden der Gerichtskasse (vgl. BVGer-act. 2-4).

**C.c** Mit Vernehmlassung vom 16. April 2020 beantragte die Vorinstanz unter Beilage einer erneut beim RAD eingeholten Stellungnahme vom 30. März 2020 die Abweisung der Beschwerde im Wesentlichen mit der Begründung, sowohl der funktionsorientierten medizinischen Abklärung (FOMA) von PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 13. November 2019 als auch der Beurteilung des RAD komme volle Beweiskraft zu. Entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers sei dabei auch das Distorsionstrauma vom 2. Juli 2018 (recte: 1. Juli 2018) berücksichtigt worden. Die vom behandelnden Arzt in seinen beiden mit Beschwerdeschrift eingereichten Berichten abgegebene anderslautende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit könne mangels eingehender Begründung keine Zweifel an der versicherungsmedizinischen Beurteilung begründen. Auch die Suva habe mit Verfügung vom 12. Dezember 2019 eine leichte bis mittelschwere wechselpositionierende und überwiegend sitzende Tätigkeit als weiterhin ganztags zumutbar beurteilt. Auch erweise sich der gewährte Leidensabzug von 5 % unter Berücksichtigung der gesamten persönlichen sowie beruflichen Umstände und insbesondere angesichts des jungen Alters des Beschwerdeführers als gerechtfertigt (BVGer-act. 6).

**C.d** Mit Replik vom 28. April 2020 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen und deren Begründung fest. Ergänzend führte er aus, dass die Suva in ihrer Verfügung vom 12. Dezember 2019 aufgrund der körperlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers sowie aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs auch einen Leidensabzug von insgesamt 22 % gewährt

habe, was seine Auffassung bestätige, dass der gewährte Leidensabzug von 5 % zu niedrig sei (vgl. BVGer-act. 8).

**C.e** Mit Duplik vom 12. Mai 2020 hielt die Vorinstanz an ihren Anträgen und deren Begründung fest (BVGer-act. 10).

**C.f** Mit Instruktionsverfügung vom 18. Mai 2020 wurde dem Beschwerdeführer ein Doppel der Duplik der Vorinstanz vom 12. Mai 2020 zur Kenntnisnahme zugestellt und gleichzeitig der Schriftenwechsel – unter Vorbehalt weiterer Instruktionsmassnahmen – abgeschlossen (BVGer-act. 11).

**C.g** Nach Abschluss des Schriftenwechsels übermittelte die Vorinstanz eine bei ihr eingereichte Spontaneingabe des Beschwerdeführers vom 11. August 2022 inkl. Beilagen (Fallchirurgisches Zusammenhangsgutachten der Klinik F. \_\_\_\_\_ vom 8. Juni 2022 und ein USB-Stick), mit welcher er unter Geltendmachung eines verschlechterten Gesundheitszustands ein «umfassendes Revisionsgesuch» gestellt hat, aufgrund des hängigen Beschwerdeverfahrens zuständigkeitshalber an das Bundesverwaltungsgericht (BVGer-act. 12).

**C.h** 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 (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. d<sup>bis</sup> 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; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

**2.**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 15. Januar 2020, mit welcher die Vorinstanz bei einem festgestellten IV-Grad von 2 % das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Aufgrund der Rechtsbegehren ist Prozessthema respektive streitig und zu prüfen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat und in diesem Zusammenhang vorab, ob die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt in medizinischer und erwerblicher Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt hat.

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

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

**2.3** Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6, 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C\_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1, n. publ. in: BGE 140 V 220).

**2.4** Das Sozialversicherungsverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen

nicht uneingeschränkt. Zum einen findet er sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen); zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, Bern 1983, S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des BGer 8C\_843/2016 vom 8. März 2017 E. 2; zum Ganzen auch BGE 144 V 427 E. 3.2).

**2.5** Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (BGE 125 V 351 E. 3a).

### **3.**

**3.1** Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom

16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004).

**3.2** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 15. Januar 2020) 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; Urteil des BGer 8C\_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3).

**3.3** In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 15. Januar 2020 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind. Im vorliegenden Fall sind damit insbesondere die erst 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 Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV [SR 831.201]) sowie im ATSG nicht anwendbar (vgl. Urteil des BGer 9C\_339/2021 vom 27. Juli 2022 E. 2.1).

#### **4.**

**4.1** 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).

**4.2** Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Zusätzliche kumulative Voraussetzung für einen Rentenanspruch ist, dass der Versicherte im Sinne von Art. 36 Abs. 1 IVG beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters- Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Falls die Mindestbeitragsdauer mit schweizerischen Versicherungszeiten nicht erfüllt ist, müssen bei Schweizern und Angehörigen von EU/EFTA-Staaten Beitragszeiten mitberücksichtigt werden, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind. Beträgt allerdings die Beitragszeit in der Schweiz weniger als ein Jahr, so besteht kein Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente (ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 36 N. 4; Art. 6 VO 883/04; vgl. auch Rz. 3003 ff. des Kreisschreibens über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV [KSBIL; gültig ab 4. April 2016; Stand: 1. Januar 2020]).

Der Beschwerdeführer hat gemäss dem in den Akten der Suva enthaltenen Auszug aus dem individuellen Konto (IK) vom 19. November 2019 während 24 Monaten Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (Suva-act. 112 S. 3; im Exposé der Vorinstanz vom 2. November 2018 [IVSTA-act. 66] sind nur die Versicherungszeiten der Jahre 2015 und 2016 berücksichtigt). Darüber hinaus hat er ab 1993 in Deutschland für die Begründung des Anspruchs auf alle Rentenarten eine Gesamtversicherungszeit von 222 Monaten zurückgelegt (IVSTA-act. 42 S. 5). Er erfüllt mithin die Voraussetzung der ein- bzw. dreijährigen Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente.

**4.3** Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2).

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

**4.5** 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).

**4.6** 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 Beweiswürdigung 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).

## **5.**

Nachfolgend ist zunächst zu prüfen, ob die Vorinstanz den medizinischen Sachverhalt entsprechend der ihr gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG obliegenden Pflicht rechtsgenügend abgeklärt hat respektive ob mit den vorliegenden

Akten eine rechtsgenügende Grundlage zur Beurteilung des Gesundheitszustands sowie der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers vorgelegen hat. Dabei ist das vom Beschwerdeführer mit Eingabe vom 11. August 2022 bei der Vorinstanz eingereichte und von dieser in der Folge an das Bundesverwaltungsgericht übermittelte Fallchirurgische Zusammenhangsgutachten der Klinik F. \_\_\_\_\_ vom 8. Juni 2022 nicht zu berücksichtigen, da es einen Sachverhalt betrifft, der sich nach dem vorliegend zu beurteilenden Zeitraum zugetragen hat (vgl. E. 3.2 hiervor). Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im für die Beurteilung eines allfälligen Rentenanspruchs massgebenden Zeitraum lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**5.1** Beim Arbeitsunfall vom 9. August 2017 hat sich der Beschwerdeführer eine mehrfragmentäre proximale Tibiafraktur rechts (AO 41-C2) mit Weichteiltrauma nach Tscherne (GII) und einem manifesten Kompartmentsyndrom sowie eine Trümmerfraktur der Patella rechts (AO 34-C3) zugezogen, die am selben Tag notfallmässig im Kantonsspital D. \_\_\_\_\_ operativ versorgt wurden. Der Beschwerdeführer war in der Folge vom 9. August 2017 bis zum 1. September 2017 in stationärer Behandlung im Kantonsspital D. \_\_\_\_\_, wobei sich im Verlauf ein kompletter Ausfall der motorischen Funktion des Nervus peroneus bei erhaltener Sensibilität am Fussrücken zeigte; im Rahmen eines operativen Eingriffs vom 16. August 2017 konnte jedoch eine makroskopische Schädigung des Nervs ausgeschlossen werden. Ebenfalls am 16. August 2017 erfolgte die definitive Versorgung der Tibia mittels LISS-Platte sowie Schrauben und am 18. August 2017 wurde die Patella osteosynthetisch versorgt. Am 28. August 2017 erfolgte schliesslich der Wundverschluss des rechten Unterschenkels. Am 1. September 2017 wurde der Beschwerdeführer schliesslich in die Rehabilitation entlassen. Im Austrittsbericht des Kantonsspitals D. \_\_\_\_\_ werden abschliessend die folgenden Diagnosen aufgeführt: mehrfragmentäre proximale Tibiafraktur rechts (AO 41-C2) und Trümmerfraktur der Patella rechts (AO 34-C3) vom 9. August 2017; manifestes Kompartmentsyndrom des Unterschenkel rechts i.R. Diagnose 1 vom 9. August 2017; Neurapraxie des N. peroneus rechts bei komplettem motorischem Ausfall sowie sensibler leichter Hyposensibilität interdigital (Dig. I/II); iatrogene Urethraläsion (Via falsa bei frustranem DK-Einlegeversuch am 16.08.2017; mit Dauerkatheter vom 16. bis 30. August 2017; Nachkontrolle mit Uroflowmetrie nach Katheter-Entfernung am 30. August 2017: kein Restharn und Miktion problemlos); oberflächliche trockene Hautnekrose 3 x 3 cm am Unterschenkel rechts (ED am 30. August 2017) bei erhaltener Sensibilität (vgl. IVSTA-Act. 6 S. 15-30).

## 5.2

**5.2.1** Die weitere medizinische Behandlung des Beschwerdeführers erfolgte heimatnah in Deutschland, wobei es postoperativ zu Komplikationen hinsichtlich des Heilverlaufs kam. Beim Beschwerdeführer wurde ein Implantat-assoziiertes Kniegelenksinfekt rechts nach osteosynthetischer Versorgung der Patellatrümmerfraktur (AO 34-C3) diagnostiziert, der von 2. bis 18. Oktober 2017 im Klinikum G. \_\_\_\_\_ in (...) stationär behandelt wurde. Direkt im Anschluss daran erfolgten von 18. Oktober 2017 bis 8. November 2017 sowie von 13. bis 21. November 2017 weitere stationäre Behandlungen in der Klinik F. \_\_\_\_\_. Die Komplikationen hatten zur Folge, dass im Rahmen der stationären Behandlungen die Patella exstirpiert werden musste und es dadurch zum vollständigen Verlust der Streckfunktion des rechten Beines im Kniegelenk kam (vgl. IVSTA-act. 6 S. 5-14, vgl. auch IVSTA-act. 54; vgl. Suva-act. 29 S. 2 f.).

## 5.2.2

**5.2.2.1** Bezüglich des weiteren Verlaufs ist den weiteren Berichten der Klinik F. \_\_\_\_\_ zu entnehmen, dass es danach keinen Anhalt für ein Infektrezidiv gegeben habe. Jedoch stellten die Ärzte im weiteren Verlauf zusätzlich eine Ausbildung einer Pseudarthrose im Bereich der mehrfragmentären intraartikulären Tibiakopffraktur (AO 41-C2) fest. Bei lediglich langsamer Knochenheilung konnte am 28. März 2018 in den Röntgenaufnahmen eine zunehmende Durchbauung der Fraktur festgestellt werden. Am 10. April 2018 war die Heilung soweit fortgeschritten, dass nunmehr die Durchführung von mehreren Serien einer erweiterten ambulanten Physiotherapie (EAP) empfohlen wurde (hierzu vgl. E. 5.2.2.4 hiernach). Schliesslich teilte die Klinik F. \_\_\_\_\_ mit Bericht vom 15. Mai 2018 den Abschluss der chirurgischen Behandlung mit. Dabei hätten sich vollständig reizlose Narbenverhältnisse im Bereich des rechten Kniegelenkes gezeigt. Die aktive Streckfähigkeit im Knie sei bekanntermaßen aufgehoben, jedoch sei die Beugefähigkeit aktiv und passiv gut. Zeichen einer Infektion fänden sich nicht. Die Vollbelastung sei erreicht, jedoch würden vom Beschwerdeführer aufgrund der fehlenden Stabilität im Kniegelenk zur Sicherheit Unterarmgehstützen verwendet. In der aktuellen Röntgenuntersuchung des Kniegelenkes und des Unterschenkels zeige sich eine zunehmende Konsolidierung der proximalen Unterschenkelfraktur bei weiterhin regelrechter Lage des Osteosynthese-Materials. Bei erfreulichem Heilverlauf könne die Behandlung in der Spezialsprechstunde abgeschlossen werden. Alle Therapieoptionen seien mit dem Beschwerdeführer besprochen worden; dieser wünschte ausdrücklich keine Versteifung des Kniege-

lenkes, jedoch eine spezielle Kniegelenksorthese zur Stabilisierung, welche entsprechend verordnet worden sei. Schliesslich wurde darauf hingewiesen, dass eine Minderung der Erwerbsfähigkeit verbleiben werde, weshalb nach Abschluss der Behandlung eine Begutachtung empfohlen werde (zum ganzen Verlauf vgl. IVSTA-act. 6 S. 1-4 und IVSTA-act. 57; Suva-act. 5 S. 45-47, S. 81-83, S. 85-87, S. 89 f., S. 113-115, S. 120 f. sowie S. 133 f.).

**5.2.2.2** Aufgrund der Ausführungen im Abschlussbericht vom 15. Mai 2018 wurde der Beschwerdeführer von den behandelnden Ärzten der Klinik F. \_\_\_\_\_ mit entsprechenden Attesten vom gleichen Tag – unter Hinweis auf eine Minderung der Erwerbsfähigkeit – ab dem 14. Juni 2018 für arbeitsfähig erklärt (vgl. Suva-act. 5 S. 56 und S. 77).

**5.2.2.3** Im radiologischen Befundbericht der Klinik F. \_\_\_\_\_ vom 31. Mai 2018 bestätigten sich eine tendenziell progrediente knöcherne Konsolidierung der Tibia-Schaft-Fraktur dorsalseitig sowie eine weitgehend knöchern konsolidierte proximale Fibula-Fraktur. Jedoch wurde auch ein persistierender abgrenzbarer ca. 3 mm breiter Frakturspalt ventral beschrieben (vgl. Suva-act. 5 S. 29).

**5.2.2.4** Mit den Berichten vom 14. Mai 2018 (Suva-act. 5 S. 73-75), vom 1. Juni 2018 (Suva-act. 5 S. 25-27) sowie vom 2. Juni 2018 (recte: wohl 2. Juli 2018 [vgl. Kopfzeile im Dokument, Suva-act. 5 S. 18-20]) berichtete der bei der Therapieeinrichtung H. \_\_\_\_\_ als Chefarzt tätige Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, Sportmedizin, Chirotherapie sowie Sozialmedizin, über die durchgeführten drei Staffeln der verordneten erweiterten ambulanten Physiotherapie (EAP). Im Verlauf der Therapie sei eine Belastungssteigerung erfolgt, die gut toleriert worden sei; eine regelmässige Schmerzmedikation sei nicht erforderlich gewesen. Obwohl zuvor besprochen, konnte auch die dritte Staffel der Physiotherapie mangels Fertigstellung nicht mit einer Kniegelenksorthese durchgeführt werden. Bezüglich des Therapieergebnisses wird berichtet, dass der Beschwerdeführer aus subjektiver Sicht über eine gute Verträglichkeit aller therapeutischen Massnahmen berichtet habe, indes noch nicht mit dem Rehabilitationsergebnis zufrieden sei. Jedoch gebe er subjektiv gebesserte Bewegungsabläufe an sowie, dass er sicherer gehen könne, wobei kurze Strecken auch in der Wohnung ohne Gehilfen realisiert würden. Die Beweglichkeit im Knie habe sich aber nicht wirklich geändert. Er empfinde jedoch, dass das rechte Bein insgesamt gekräftigt sei. Objektiv sei ein kleinschrittiger Gang an zwei Unterarmstützen mit angelegtem Heidelberger Winkel

unter weitestgehender Vollbelastung im Wechselschritt beobachtbar gewesen. Der Unterschenkel sei aufgrund des fehlenden Streckapparates beim Anheben des rechten Beines mit dem Versuch, das Kniegelenk zu strecken, weiterhin deutlich abgeknickt. Nach der dritten Staffel habe eine Fussheberparese mit einem Kraftgrad (KG) 3 von 5 (vorher KG 2 von 5) fortbestanden. Es seien keine objektivierbaren sensiblen Störungen im Bereich der unteren Extremitäten festgestellt worden (vgl. Suva-act. 5 S. 18-20, S. 25-27 und S.71 f.).

### **5.3**

**5.3.1** Mit Kurz-Bescheinigung vom 12. Juni 2018 attestierte der behandelnde Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Chefarzt am Klinikum G. \_\_\_\_\_ (ohne Angabe eines Facharztstitels), eine Arbeitsunfähigkeit bis 23. Juli 2018 (Suva-act. 5 S. 22).

**5.3.2** Am 13. Juni 2018 hielt der Suva-Kreisarzt Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, in Würdigung der medizinischen Akten fest, dass der medizinische Zustand stabil und die Behandlung abgeschlossen sei; mit einer weiteren Verbesserung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit sei nicht zu rechnen (vgl. Suva-act. 5 S. 31).

### **5.4**

**5.4.1** Nachdem der Beschwerdeführer am 1. Juli 2018 im häuslichen Bereich erneut einen Unfall erlitten hatte (Sturz mitsamt maximal beugebelastetem Knie), wurde er am 3. Juli 2018 von Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Oberarzt am Klinikum G. \_\_\_\_\_ (ohne Angabe eines Facharztstitels), erneut ärztlich untersucht, wobei zusätzlich zur klinischen Untersuchung auch Röntgenaufnahmen angefertigt wurden. Im dazu ergangenen Durchgangsarztbericht vom 3. Juli 2018 berichtet Chefarzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ zuhanden der deutschen Verbindungsstelle UV über die durchgeführte Untersuchung. Der Patient habe im Wesentlichen von einem nachfolgend deutlichen Schmerz berichtet. Äusserlich seien jedoch weder Verletzungszeichen noch ein Hämatom festgestellt worden; zudem seien die Beschwerden insgesamt rückläufig. Im Weiteren führte der Arzt aus, die Kniegelenkskontur sei verstrichen. Im Weiteren sei das Kniegelenk hinsichtlich der Seitenbandführung stabil und es bestünden keine Schubladenzeichen. Eine aktive Kniestreckung sei bei fehlendem Streckapparat und fehlender Patella nicht möglich. Die Beweglichkeit passiv entspreche 0/5/70°, wobei in der 70°-Beugestellung Schmerzen aufträten. Die Sensibilität des Fusses sei intakt und der Fuss könne nunmehr aktiv bis etwa 0° gehoben werden; die Peroneusparese sei somit insgesamt rückläufig. Hinsichtlich der Dorsalextension

bestehe noch eine Kraftminderung. Gemäss Röntgenaufnahmen habe es keinen Anhalt für eine frische Fraktur gegeben. Im Weiteren schein die Tibiakopfmehrfragmentfraktur ausgeheilt. Am Übergang zum Schaft sei hingegen ein Frakturspalt noch angedeutet sichtbar. Zudem sei eine gelenknahe Osteopenie ersichtlich. Es bestehe auch eine Gelenkspaltasymmetrie mit deutlicher Gelenkspaltverschmälerung lateral. Die von lateral angebrachte winkelstabile Tibiaplatte liege indessen regelrecht ein. Ebenfalls bestehe eine regelrechte Lage der beiden Zugschrauben im Tibiakopf. Auch die Fibulakopf-Fraktur sei ausgeheilt mit deutlicher Kallusbildung. Aufgrund der Untersuchungsergebnisse sei eine Arbeitsunfähigkeit bis zum 1. September 2018 attestiert worden (vgl. Suva-act. 5 S. 10 f.).

**5.4.2** Aus dem tags darauf erstellten Bericht von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ ergibt sich überdies, dass die (erneute) Kniegelenksdistorsion konservativ behandelt worden sei, und dass die Pseudoarthrose im Bereich des Tibiakopfes auszuheilen schein. Im Weiteren habe sich die Peroneusparese dahingehend verbessert, dass eine aktive Fusshebung bis zur Neutralstellung wieder möglich sei, diese jedoch noch kraftlos sei. Infektzeichen hätten dagegen keine bestanden. Für die weiterhin verordnete Physiotherapie sei eine Pause von einer Woche verordnet worden. Ausserdem laufe zur Stabilisierung des Kniegelenkes eine Orthesen-Anpassung. Schliesslich empfahl der Arzt die Verordnung einer CPM-Schiene (vgl. IVSTA-act. 59 und Suva-act. 5 S. 13 f.).

**5.4.3** Mit Kurz-Attest vom 20. August 2018 attestierte Dr. med. J. \_\_\_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit bis zum 7. Oktober 2018 (Suva-act. 7 S. 2).

**5.5** Mit Stellungnahme vom 26. September 2018 teilte der Suva-Kreisarzt med. pract. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, auf Anfrage hin mit, dass das Fortführen der Physiotherapie sowie der medizinischen Trainingstherapie wie auch eine CPM-Maschine indiziert seien. Im Weiteren führte er aus, dass aus versicherungsmedizinischer respektive unfallchirurgischer Sicht die zuletzt ausgeübte Tätigkeit für den Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar sei. Jedoch sollten sehr leichte bis leichte adaptierte, wechselbelastende Tätigkeiten (überwiegend sitzend, gehend und stehend) ganztätig zumutbar sein, wobei Gerüstarbeiten und Tätigkeiten, welche das Besteigen von Leitern und Treppen sowie das Begehen von unebenem Gelände wie auch das Einnehmen von Zwangshaltungen, wie zum Beispiel Kauern oder Knien, nicht mehr zumutbar seien (vgl. Suva-act. 12).

## 5.6

**5.6.1** Im Bericht vom 2. Oktober 2018 führt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ aus, dass der Beschwerdeführer inzwischen mit der Streckorthese versorgt sei, mit der er relativ gut zurechtkomme. Da der Beschwerdeführer sicherlich nicht mehr in seinem Beruf arbeiten könne, sei eine Umschulung in einen anderen Beruf angezeigt. Den Beschwerdeführer habe er weiter krankgeschrieben (vgl. Suva-act. 13 S. 2).

**5.6.2** Mit Bericht vom 29. Oktober 2018 berichtet Dr. med. J. \_\_\_\_\_ erneut über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Bezüglich der verordneten und zwischenzeitlich angepassten Streckorthese wird mitgeteilt, dass der Beschwerdeführer damit gut zurechtkomme. Laufen könne er nur mit dieser Streckorthese, allerdings sei die Wegstrecke deutlich limitiert. Bei Zustand nach Fibularisparese habe sich der Befund gebessert, aber die Streckfunktion des Fusses sei noch nicht wiederhergestellt; es sei auch keine vollständige Rückbildung mehr zu erwarten. Seitens der Urethraverletzung gebe es keine Beschwerden mehr. Die Infektion schein zumindest zum gegenwärtigen Zeitpunkt beherrscht. Eine sekundäre Exazerbation der Infektion sei aber jederzeit möglich. Der Verlust der Streckfunktion im Kniegelenk stelle eine erhebliche Dauerbeeinträchtigung des Gesundheitszustandes dar (vgl. IVSTA-act. 54 und Suva-act. 29 S. 2 f.).

**5.7** Am 22. November 2018 nahm der Suva-Kreisarzt med. pract. M. \_\_\_\_\_ auf entsprechendes Ersuchen des Beschwerdeführers hin eine vorläufige Schätzung des zu erwartenden Integritätsschadens vor, den er einstweilig auf 10 % festlegte. Eine exakte Beurteilung behielt sich der Suva-Arzt für die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vor (Suva-act. 31).

**5.8** In Würdigung der medizinischen Unterlagen stellte der RAD-Arzt Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, in seiner Stellungnahme vom 11. Dezember 2018 die folgenden Hauptdiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: St.n. osteosynthetischer Versorgung einer Patellatrümmerfraktur am 18. August 2017 (ICD-10: S82.0); Reosteosynthese der Patella am 13. Oktober 2017; St. n. Materialentfernung (IVSTA-act. 6 S. 6) und Entfernung von Patellafragmenten am 16. Oktober 2017; St.n. Osteosynthese am 16. August 2017 einer mehrfragmentären intraartikulären Tibiakopffraktur vom 9. August 2017 mit Platte und Schrauben (ICD-10: S82.18); St.n. Kompartmentsyndromspaltung rechts am 9. August 2017 (ICD-10: Z98.8 G); Pseudarthrose

am Tibiakopf (ICD-10: M84.16); Peronäusläsion rechts und St.n. Wundrevision am 20. Oktober 2017, am 2. November 2017 und am 14. November 2017 bei implantatassoziiertem Kniegelenksinfekt. Ausserdem erwähnte er als Nebendiagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen St.n. iatrogener Uretraläsion bei Einlegeversuch Dauerkatheter am 16. August 2017. Im Weiteren führte er aus, dass sich der Beschwerdeführer beim Arbeitsunfall vom 9. August 2017 schwere Verletzungen des rechten Unterschenkels sowie des Kniegelenkes zugezogen habe. Ausserdem sei es zu einem Kompartmentsyndrom gekommen, das habe gespalten werden müssen (am 9. August 2017 wurde intraoperativ eine Faszien-spaltung zur Drucksenkung durchgeführt, vgl. IVSTA-act. 6 S. 15 f.). Danach sei es aufgrund einer Infektion zu postoperativen Komplikationen gekommen, die den Heilverlauf erheblich verzögert hätten. Die notwendige Entfernung der Kniescheibe habe zu einem Verlust der Streckfähigkeit der unteren Extremität geführt; es sei eine Streckprothese angepasst worden. Des Weiteren bestehe eine Fussheberschwäche bei Peronäusläsion, die mit einer Schiene versorgt worden sei. Aufgrund seiner Feststellungen hielt der RAD-Arzt betreffend die Arbeitsfähigkeit fest, dass der Patient stark gehbehindert sei, weshalb die bisherige Tätigkeit als Gipser/Bauhilfsarbeiter ausscheide. Leidensadaptierte Tätigkeiten ohne langes Gehen, Stehen, Bücken und Knien seien aber ganztags möglich, dies etwa ab Austritt aus der Rehaklinik im Juli 2018. Die chirurgische Behandlung in der Klinik F.\_\_\_\_\_ sei (zwar) im Mai 2018 abgeschlossen worden, doch erst nach diesem Reha-Aufenthalt sei der Patient für kurze Strecken ohne Gehhilfen gehfähig gewesen (vgl. IVSTA-act. 63).

**5.9** Nach Eingang des begründeten Einwands des Beschwerdeführers vom 9. Juli 2019 ergänzte die Vorinstanz – nachdem sie nach telefonischer Rücksprache mit der Suva vom 7. August 2019 (IVSTA-act. 79 f.; Suva-act. 93) die weiteren Abklärungsergebnisse des Unfallversicherers abgewartet hatte – ihre Akten mit den folgenden medizinischen Unterlagen:

**5.9.1** Mit Folge-Bescheinigungen vom 26. November 2018 und vom 7. Januar 2019 attestierte Dr. med. J.\_\_\_\_\_ bis zum 4. Januar 2019 respektive bis zum 29. März 2019 weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit (vgl. Suva-act. 43 S. 2 f. und 49 S. 2). Gemäss seinem Bericht zuhanden der deutschen Verbindungsstelle UV vom 11. April 2019 habe er die attestierte Arbeitsunfähigkeit bis zum 30. April 2019 verlängert (vgl. Suva-act. 64 S. 2). Mit am 22. Juli 2019 nachgereichter Folgebescheinigung vom 26. März 2019 wurde die Arbeitsunfähigkeit nochmals bis zum 19. Juli 2019 verlängert (vgl. Suva-act. 86).

**5.9.2** Eine von der Suva über ihre deutsche Verbindungsstelle veranlasste Arbeitserprobung zwecks Einschätzung der Umschulungsfähigkeit bei der Akademie O.\_\_\_\_\_, (...), welche vom 17. Juni 2019 bis zum 12. Juli 2019 vorgesehen war, wurde am 3. Juli 2019 vorzeitig abgebrochen, da der Beschwerdeführer Probleme mit dem vielen Sitzen bekundet habe. Die Ärztin der Einrichtung, Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, bescheinigte gestützt auf die arbeitsmedizinische Untersuchung vom 3. Juli 2019, dass aufgrund von befristeten gesundheitlichen Bedenken keine Eignung der Fortführung der Arbeitserprobung bestanden habe und empfahl eine Nachuntersuchung in einem halben Jahr. Zudem merkte sie an, nach Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit sei später ein Einsatz in einem zeitlich flexiblen Beruf, der abwechselnd Sitzen, Stehen und Gehen beinhalte, möglich (vgl. IVSTA-act. 79; Suva-act. 75 f., Suva-act. 83 und Suva-act. 100 [insb. S. 18]).

**5.9.3** Dr. med. J.\_\_\_\_\_ bescheinigte nach erfolgter Konsultation vom 26. Juni 2019 eine Arbeitsunfähigkeit bis zum 19. Juli 2019 (vgl. Suva-act. 86 und Suva-act. 121 S. 2).

**5.9.4** In den auf Wunsch des Suva-Kreisarztes med. pract. M.\_\_\_\_\_ über die deutsche Verbindungsstelle UV beim Klinikum G.\_\_\_\_\_ veranlassten radiologischen Befundberichten vom 19. Juli 2019 konnten eine relevante Gonarthrose beim rechten Knie sowie eine posttraumatische OSG-Arthrose ausgeschlossen werden. Im Weiteren wurden betreffend das rechte Knie weitgehend regelrechte Knochen- und Bandstrukturen festgestellt. Bezüglich des rechten oberen Sprunggelenks wurde zwar eine Osteopenie, ansonsten jedoch knöchern kein pathologischer Befund festgestellt (vgl. Suva-act. 77 und 95-98).

**5.9.5** Gemäss Bericht von PD Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, vom 13. November 2019 umfasste die von der Suva veranlasste funktionsorientierte medizinische Abklärung (FOMA), welche am 10. und 11. Oktober 2019 stattgefunden hat, ein strukturiertes Interview, eine klinische Untersuchung inklusive einer Anamnese sowie eine angepasste Form der Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL). Nebst der Nennung der bereits bekannten Diagnosen führte der Arzt gestützt auf seine Untersuchungen aus, dass bei der aktuellen klinischen Untersuchung objektiv ein rechtshinkender Gang, der Verlust der Streckfunktion des rechten Beines, eine Fussheber-Parese rechts sowie ein Unterschied des Oberschenkelumfangs von Minus 4 cm rechts eruiert worden seien. Des Weiteren

seien palpatorische Schmerzen im Kniegelenksbereich festgestellt worden. Bei der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit habe sich der Versicherte bei zuverlässiger Leistungsbereitschaft und guter Konsistenz bis zum leicht bis mittelschweren Bereich belasten lassen. Das Hauptproblem sei die instabile, schmerzhaft eingeschränkte Funktion des rechten Beines, vorwiegend im Knie rechts. Zusammengefasst bestünden strukturell-organische Veränderungen im rechten Bein, vorwiegend im Kniebereich sowie im Bereich der Muskulatur (Beinstrecker und Fussheber), was eine Leistungsminderung bei dem Versicherten medizinisch erkläre. Bei der angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers handle es sich um eine schwere Tätigkeit, weshalb diese nicht mehr zumutbar sei. Hingegen seien ganztägige maximal leicht bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten mit vorwiegend sitzendem Anteil zumutbar. Dabei seien das Heben von Gewichten von Boden zu Taillenhöhe sowie von Taillen- bis Kopfhöhe bis max.17.5 kg, das Heben horizontal bis max.15 kg, das Tragen vorne bis max. 15 kg, das Tragen mit der rechten Hand bis max.12.5 kg und das Tragen mit der linken Hand bis max.10 kg zumutbar. Stehen (an Ort und vorgeneigt) sollte lediglich manchmal (bis maximal 3 Stunden pro Tag) vorkommen. Gehen, Treppensteigen sowie Ziehen und Stossen sollten lediglich selten (bis maximal 30 Minuten pro Tag) vorkommen. Alle tiefen Beinpositionen wie wiederholtes Knie beugen, Hocke, Knien, Kriechen sowie auf Leitern steigen sollten vermieden werden. Aufgrund von ausgeprägten Einschränkungen einzelner Aufgaben bestehe eine Verlangsamung bei Positionsänderungen; im Weiteren sei eine Kumulation von Beschwerden anzunehmen. Deshalb seien vermehrte Pausen von einer Stunde über den Tag verteilt begründbar; höhere zeitliche Einschränkungen seien nicht gerechtfertigt, da im Rahmen der EFL keine Reizerscheinungen oder eindeutige Ermüdungszeichen festgestellt worden seien (vgl. Suva-act. 111).

**5.10** In Würdigung der neuen medizinischen Unterlagen bestätigte Dr. med. N. \_\_\_\_\_ am 13. Januar 2020 seine Einschätzung vom 11. Dezember 2018. Zur Begründung weist er darauf hin, dass die Beurteilung durch PD Dr. E. \_\_\_\_\_ vollumfänglich mit seiner Beurteilung korreliere. Bezüglich des vom Beschwerdeführer einwandweise geltenden gemachten erneuten Traumas vom 2. Juli 2018 (recte: 1. Juli 2018) führte der RAD-Arzt aus, dass es sich dabei um ein Bagateltrauma ohne knöcherne Verletzungen oder Verletzungen der Weichteile respektive Bänder und Sehnen gehandelt habe. Das Osteosynthesematerial habe regelrecht gelegen und sei nicht beschädigt worden. Der Bericht des Durchgangsarztes Dr. L. \_\_\_\_\_ spreche zudem von einer verbesserten Peroneusparese mit

nun aktiver Fusshebung bis zur Neutralstellung; ein Erguss habe nicht vorgelegen, ebenso wenig eine vordere Schublade. Die Sensibilität sei intakt gewesen und die Tibiakopffraktur habe sich ausgeheilt gezeigt. Es handle sich hier also bestenfalls um eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit nach einem Distorsionstrauma des Kniegelenkes. In der Tat empfehle Dr. J.\_\_\_\_\_ am 2. Oktober 2018 eine Umschulung, was lediglich Sinn mache, wenn eine Arbeitsfähigkeit bestehe. Im Weiteren zeige das MRI vom 19. Juli 2019 keinen Erguss, keinen Kniebinnenschaden und auch keine Arthrose. Unstrittig sei also eine volle Arbeitsunfähigkeit in leichten adaptierten Tätigkeiten. Zwar führte der RAD-Arzt betreffend die Arbeitsunfähigkeit aufgrund des zweiten Trauma zunächst aus, dass eine der verordneten Physiotherapiepause von einer Woche entsprechende Arbeitsunfähigkeit angemessen gewesen wäre. Dennoch hielt Dr. med. N.\_\_\_\_\_ zum Schluss fest, dass aufgrund des Traumas vom 1. Juli 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 4 Wochen begründet werden könne (vgl. IVSTA-act. 82).

## **6.**

Zur Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers stützte sich die Vorinstanz auf die Beurteilungen des RAD-Arztes Dr. med. N.\_\_\_\_\_ vom 11. Dezember 2018 und vom 13. Januar 2020 (siehe oben E. 5.8 und E. 5.10). Dieser hat den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht, sondern eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen. Dass dem RAD-Arzt dabei hauptsächlich medizinische Unterlagen aus dem Suva-Dossier unterbreitet wurden, ist nicht zu beanstanden. Wie sich aus den soeben dargelegten medizinischen Unterlagen ergibt (E. 5 hiervor), sind die Beeinträchtigungen der Gesundheit des Beschwerdeführers allein auf die Unfallfolgen zurückzuführen.

**6.1** Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2<sup>bis</sup> IVG). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen

(vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil des BGer 8C\_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3).

**6.2** Die Stellungnahmen des RAD, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je 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). Zu prüfen ist somit, ob die vorliegenden medizinischen Akten es dem RAD erlaubten, sich ein umfassendes Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Verlauf und gegenwärtiger Status) und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen, und ob seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind.

**6.3** Dem RAD-Arzt standen für seine Aktenbeurteilung die unter E. 5 dargelegten Berichte aus dem Zeitraum von August 2017 bis November 2019 zur Verfügung. Gemäss den medizinischen Akten ist widerspruchsfrei erstellt, dass sich der Beschwerdeführer beim Arbeitsunfall vom 9. August 2017 schwere Verletzungen am rechten Unterschenkel wie auch am rechten Kniegelenk mit bleibenden Schäden (fehlende Kniescheibe, Verlust der Streckfähigkeit der unteren rechten Extremität, Fussheberschwäche) zugezogen hat. Diverse Behandlungsberichte enthalten dabei eine Anamnese, die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden, Angaben über klinische Befunde, Diagnosen sowie Empfehlungen zur weiteren Behandlung. Zusätzlich sind auch radiologische Befundberichte sowie Laborbefunde in den Akten enthalten. Zudem stand dem RAD-Arzt auch der von der Suva in Auftrag gegebene ausführliche Bericht von PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ betreffend die FOMA vom 13. November 2019 zur Verfügung. Dieser Bericht basiert auf einer eingehenden klinischen Untersuchung unter Berücksichtigung der Anamnese, der geklagten Beschwerden, der bildgebenden Befunde und der Aktenlage. Darüber hinaus beruht er auf einer Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL). Diese beinhaltete ein rehabilitationsorientiertes Interview, eine Beurteilung der Konsistenz sowie eine ausführliche Prüfung von arbeitsbezogenen

Funktionen. Aufgrund dieser ausführlichen Tests erfolgte eine fachärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mitsamt einer Umschreibung des funktionellen Leistungsvermögens des Beschwerdeführers (betreffend Notwendigkeit einer qualitativen und quantitativen Analyse der Funktionsstörung des Bewegungsapparates vgl. Urteil des BGer 9C\_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.2.2). Der RAD-Arzt konnte sich somit anhand der ihm zur Verfügung gestellten Akten ein vollständiges Bild über die Anamnese, den Krankheitsverlauf sowie den gegenwärtigen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschaffen, zumal die medizinische Aktenlage hinsichtlich der Diagnosen klar und widerspruchsfrei ist und auch die im Verlauf berichteten Beschwerden und erhobenen Befunde ausführlich dokumentiert sind. Aufgrund des Dargelegten ist insgesamt von einem feststehenden medizinischen Sachverhalt auszugehen, der es dem RAD erlaubte, auch ohne persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers eine Beurteilung vorzunehmen.

## **6.4**

**6.4.1** Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers liegen vorliegend keine Anhaltspunkte vor, welche auch nur geringe Zweifel an der Beurteilung des RAD-Arztbeschlusses zu begründen vermögen. Die Einschätzung des RAD bezüglich Arbeitsfähigkeit sowie bezüglich des Zumutbarkeitsprofils steht dabei im Einklang mit der schlüssigen und nachvollziehbaren Beurteilung von PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 13. November 2019, der seine Einschätzung wiederum auf eigene eingehende Untersuchungen gestützt hat. Den im Beschwerdeverfahren geltend gemachten subjektiven Aussagen des Beschwerdeführers, wonach ihn das Tragen-Müssen der Orthese – welche er jedoch gemäss den eigenen, im Rahmen der FOMA getätigten Aussagen entgegen der ärztlichen Verordnung (vgl. E. 5.2.2.1 in fine, E. 5.4.2 und 5.6.1 f. hiervor) offenbar nicht immer getragen habe (vgl. Suva-act. 111 S. 3 Ziff. 4) – stark beeinträchtigt und er diese nach nur wenigen Stunden ausziehen sowie sich hinlegen müsse, ist entgegenzuhalten, dass die medizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht auf Grundlage von subjektiven Aussagen von Versicherten, sondern vielmehr nach objektiven Kriterien zu erfolgen hat. Zudem hat PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ – worauf Dr. med. N. \_\_\_\_\_ in seiner im Beschwerdeverfahren eingereichten ergänzenden Stellungnahme vom 30. März 2020 zutreffend hinweist (vgl. Beilage zu BVGer-act. 6) – in casu den ausgeprägten Einschränkungen des Beschwerdeführers bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit Rechnung getragen und einen vermehrten Pausenbedarf von einer Stunde im Rahmen der vollschichtigen Tätigkeit bescheinigt. Ebenso hat er nachvollziehbar und

schlüssig begründet, dass sich eine höhere zeitliche Einschränkung mangels Reizerscheinungen oder eindeutigen Ermüdungszeichen im Rahmen der EFL nicht rechtfertigt (vgl. Suva-act. 111 S. 4 Ziff. 5.2).

**6.4.2** An dieser Einschätzung vermögen auch die beiden mit Beschwerdeschrift vom 14. Februar 2020 eingereichten Kurzberichte von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 30. Januar 2020 und vom 7. Februar 2020, wonach die Minderung der Erwerbsfähigkeit auf 30 % zu schätzen und eine sitzende Tätigkeit von 8 Stunden nicht zumutbar sei, nichts zu ändern. Zum einen handelt es sich bei der von Dr. J. \_\_\_\_\_ erwähnten Minderung der Erwerbsfähigkeit um einen rechtlichen Begriff nach deutschem Unfallversicherungsrecht gemäss siebten Sozialbuch (vgl. § 56 SGB VII), der weder mit der Arbeitsunfähigkeit gemäss Art. 6 ATSG noch mit der Erwerbsunfähigkeit gemäss Art. 7 ATSG (vgl. E. 4.1 hiervor) gleichzusetzen ist. Zum anderen setzt sich der behandelnde Arzt überhaupt nicht mit der auf einer ausführlichen, funktionsorientierten ärztlichen Untersuchung gründenden abweichenden Einschätzung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ auseinander und begründet für das Gericht weder schlüssig noch nachvollziehbar, wie er zu seiner Einschätzung gelangt. Auch zielt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ Einwand, es sei nicht zumutbar, dass der Beschwerdeführer 8 Stunden am Tag im Sitzen arbeite, ins Leere, scheint er doch zu übersehen, dass sich die von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ und PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ als zumutbar beurteilte ganztägige Arbeitsfähigkeit auf leichte *wechselbelastende* Tätigkeiten bezieht. Das heisst, die Verweistätigkeit sollte gemäss überzeugender Beurteilung von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ und PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ gelegentliche Positionswechsel wie Gehen und Stehen beinhalten. Dennoch sollte die Verweistätigkeit gemäss den beiden Ärzten überwiegend sitzend (mit entsprechenden Positionswechseln) erfolgen, was mit Blick auf die widerspruchsfrei festgestellten ausgeprägten körperlichen Einschränkungen am rechten Unterschenkel des Beschwerdeführers nachvollziehbar ist.

**6.4.3** Bleibt darauf hinzuweisen, dass auch die diversen Kurz-Atteste respektive Folge-Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 5.3.1, E. 5.4.3 und E. 5.9.1 f. hiervor) mangels einlässlicher Begründung an der überzeugenden RAD-ärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nichts zu ändern vermögen. Zudem erscheint es widersprüchlich, wenn Dr. med. J. \_\_\_\_\_ zwar eine berufliche Umschulung empfiehlt, gleichzeitig aber den Beschwerdeführer weiterhin krankschreibt (vgl. den Bericht vom 2. Oktober 2018, E. 5.6.1 hiervor). Auch die Kurzbescheinigung der Arbeitsmedizinerin Dr. med. P. \_\_\_\_\_ vom 5. August

2019 betreffend eine (befristete) Arbeitsunfähigkeit erweist sich mangels einlässlicher Begründung als nicht nachvollziehbar (Suva-act. 100 S. 18).

**6.5** Im Weiteren ist auch der vom RAD-Arzt festgelegte Zeitpunkt vom 1. September 2018, ab welchem dem Beschwerdeführer leichte adaptierte Tätigkeiten vollschichtig zumutbar sind, nicht zu beanstanden. Dabei hat der RAD-Arzt entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers das zweite Distorsionstrauma vom 1. Juli 2018 ebenfalls in seine Beurteilung einfließen lassen. Zwar trifft es zu, dass Dr. med. N. \_\_\_\_\_ diesen Aspekt im Rahmen seiner ersten Stellungnahme vom 11. Dezember 2018 noch nicht berücksichtigt hat. Allerdings hat er dies mit abschliessender Stellungnahme vom 13. Januar 2020 auf berechtigten Einwand des Beschwerdeführers vom 9. Juli 2019 hin nachgeholt und seine Beurteilung entsprechend korrigiert. Hierzu hat der RAD-Arzt nachvollziehbar und schlüssig begründet, dass das zweite Ereignis lediglich eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit begründet hat, weil es sich bei diesem zweiten Ereignis um nichts mehr als einen Bagatellunfall ohne knöchernen Verletzungen oder Verletzungen der Weichteile, Bänder, Sehnen usw. gehandelt hat. Der RAD-Arzt hat dabei zutreffend darauf hingewiesen, dass gemäss Ausführungen von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ sich die Peroneusparese verbessert hat mit nun aktiver Fusshebung bis zur Neutralstellung. Zudem hat gemäss Dr. med. L. \_\_\_\_\_ weder ein Erguss noch eine vordere Schublade vorgelegen. Ebenso war die Sensibilität intakt und die Tibiakopffraktur hat sich als ausgeheilt gezeigt (vgl. die Berichte vom 3. und 4. Juli 2018 [Suva-act. 5 S. 10 f. und S. 13f.]). Auch hat sich Dr. med. N. \_\_\_\_\_ kritisch mit der vom behandelnden Arzt infolge des zweiten Traumas attestierten Arbeitsunfähigkeit bis zum 1. September 2018 auseinandergesetzt. Er hat dabei die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zwar als etwas zu grosszügig empfunden, die Einschätzung der behandelnden Ärzte am Ende aber dennoch gestützt und bei seiner Beurteilung übernommen. Dass die am 13. Januar 2020 vorgenommene Korrektur seiner Beurteilung betreffend die Arbeitsfähigkeit schliesslich keinen Eingang in die angefochtene Verfügung vom 15. Januar 2020 gefunden hat (vgl. die Begründung der angefochtenen Verfügung), ist mangels dessen Zuständigkeit für den Erlass der Verfügung nicht dem RAD-Arzt anzulasten, sondern der Vorinstanz, und durch das Gericht vorliegend entsprechend zu korrigieren.

**6.6** Insgesamt ist demzufolge die Einschätzung des RAD, wonach dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung eines vermehrten Pausenbedarfs von einer Stunde (über den Tag verteilt) eine leichte, den Leiden angepasste wechselbelastende Tätigkeit (kein Heben von Lasten über 15 kg,

ohne langes Gehen/Stehen/Bücken/Knien) ganztags zumutbar ist, nachvollziehbar und schlüssig. Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine entscheidungswesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 E. 4b; 122 V 162 E. 1d).

## 7.

Bleibt noch die vorinstanzliche Invaliditätsbemessung zu prüfen, wobei vom Beschwerdeführer einzig die Höhe des leidensbedingten Abzugs vom Invalideneinkommen von 5 % bestritten wird. Er macht geltend, es sei ein leidensbedingter Abzug von 25 % zu berücksichtigen.

**7.1** Zu Recht unbestritten ist, dass die Vorinstanz die Invaliditätsbemessung anhand der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG vorgenommen hat, da der Beschwerdeführer aufgrund der Akten ohne den erlittenen Gesundheitsschaden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nach wie vor als Gipser/Hilfsarbeiter bei der B. \_\_\_\_\_ AG tätig wäre (vgl. insb. Fragebogen für den Versicherten vom 17. Oktober 2018 [IVSTA-act. 46]; zur allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs vgl. BGE 130 V 343 E. 3.4.2 und Urteil des BGer 8C\_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1). Ebenso ist nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz einerseits zur Ermittlung des hypothetischen Valideneinkommens am zuletzt erzielten Einkommen angeknüpft hat (vgl. dazu Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin im Fragebogen vom 13. September 2018 [IVSTA-act. 44]; vgl. BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 134 V 322 E. 4.1; Urteil des BGer 8C\_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 3.1) und andererseits – da der Beschwerdeführer nach Eintritt des Gesundheitsschadens im vorliegend zu beurteilenden massgebenden Zeitraum keine ihm an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat – zur Festsetzung des hypothetischen Invalideneinkommens die Tabellenlöhne gemäss LSE herangezogen und dabei rechtsprechungsgemäss auf die LSE-Tabelle TA1 sowie aufgrund des medizinisch festgestellten Zumutbarkeitsprofils auf den darin enthaltenen Totalwert für Männer des Kompetenzniveaus 1 abgestellt hat (vgl. BGE 139 V 592 E. 2.3 mit Hinweis; Urteile des BGer 9C\_422/2017 vom 17. Mai 2017 E. 4.1, 8C\_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 6.2 und 9C\_358/2017 vom 2. Mai 2018 E. 5.2 mit Hinweisen).

**7.1.1** Allerdings hat die Vorinstanz vorliegend fälschlicherweise auf Werte des Jahres 2016 statt 2018 abgestellt. Denn für den Einkommensvergleich

sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; Urteil des BGer 8C\_61 vom 23. März 2018 E. 6.1). In casu würde ein allfälliger Rentenanspruch unter Berücksichtigung der massgeblichen Rentenanmeldung des Beschwerdeführers vom 12. Januar 2018 [IVSTA-act. 4 S. 8] und nach Erfüllung des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG frühestens im August 2018 entstehen.

**7.1.2** Im Weiteren hätte die Vorinstanz beim Valideneinkommen keine Parallelisierung vornehmen dürfen. Denn mit Urteil 8C\_141/2016, 8C\_142/2016 vom 17. Mai 2016 hat das Bundesgericht erkannt, dass das Einkommen von ungelernten Bauarbeitern, das dem Mindestverdienst gemäss dem Landesmantelvertrag für das schweizerische Bauhauptgewerbe (GAV-LMV) entspreche oder diesen gar übersteige, nicht als unterdurchschnittlich im Sinne der Rechtsprechung qualifiziert werden könne, auch wenn es erheblich unter dem in der LSE ausgewiesenen Durchschnittslohn im Bauhauptgewerbe liege (vgl. E. 5.2.2.3). Das Bundesgericht hat diese Rechtsprechung damit begründet, dass der Mindestverdienst gemäss GAV-LMV das branchenübliche Einkommen präziser abbilde als der entsprechende LSE-Lohn. Diese Rechtsprechung hat das Bundesgericht in der Folge bestätigt (vgl. Urteile des BGer 9C\_138/2019 vom 29. Mai 2019 E. 6.2 m. H.; 8C\_607/2018 vom 20. Februar 2019 E. 2.2.2; 8C\_759/2017 vom 8. Mai 2018 E. 3.2.2). Der Beschwerdeführer hat vor Eintritt des Gesundheitsschadens in den Jahren 2016 und 2017 ein monatliches Einkommen erzielt (Fr. 4'800.– und Fr. 4'825.– [vgl. IVSTA-act. 44]), welches den im GAV 2016-2019 für das Maler- und Gipsergewerbe (abrufbar unter [www.smgv.ch](http://www.smgv.ch), zuletzt besucht am 8. September 2022) angegebenen Mindestlohn für Gipser/Hilfsarbeiter von Fr. 4'393.– überstiegen hat (vgl. Art. 9.3 des GAV). Ohne Gesundheitsschaden hätte er im Jahr 2018 gemäss Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin ein monatliches Einkommen von Fr. 4'851.– erzielt (vgl. IVSTA-act. 44 S. 5), welches nach wie vor über dem Mindestlohn gemäss Zusatzvereinbarung zum GAV 2016-2019 (gültig per 1. April 2018; ebenfalls abrufbar unter [www.smgv.ch](http://www.smgv.ch)) von Fr. 4'406.– gelegen hätte.

## **7.2**

**7.2.1** Entsprechend des soeben Ausgeführten ist für die Invaliditätsbemessung auf Zahlen des Jahres 2018 abzustellen und somit entgegen der

vorinstanzlichen Feststellung einerseits von einem hypothetischen monatlichen Valideneinkommen von Fr. 4'851.– (IVSTA-act. 44 S. 5) auszugehen.

**7.2.2** Andererseits ist das hypothetische Invalideneinkommen gestützt auf die LSE 2018 anhand der Tabelle TA1, Privater Sektor, Totalwert Männer, Kompetenzniveau 1 zu ermitteln, indem der entsprechende Totalwert von Fr. 5'417.– an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche (entspricht durchschnittlich 8.34 Stunden pro Tag) umgerechnet wird (vgl. hierzu die Tabelle "Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008], in Stunden pro Woche" des Bundesamtes für Statistik, abrufbar unter [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) > Statistiken finden > Kataloge und Datenbanken > Tabellen]), was zu einem hypothetischen Invalideneinkommen von monatlich Fr. 5'647.22 (Fr. 5'417.– / 40 x 41.7) führt. Zusätzlich ist in casu zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer gemäss der schlüssigen medizinischen Beurteilung zwar nicht auf eine eigentliche Teilarbeitszeit angewiesen ist, er aber im Rahmen einer Vollzeiterwerbstätigkeit – über den Tag verteilt – einen vermehrten Pausenbedarf von insgesamt einer Stunde aufweist. Diese bei einer Vollzeiterwerbstätigkeit gesundheitlich bedingte, zeitliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ist entgegen der Ansicht der Vorinstanz bei der Arbeitsfähigkeit in Abzug zu bringen (und nicht unter dem Titel Leidensabzug; vgl. statt vieler Urteile des BGer 9C\_228/2019 vom 27. August 2019 E. 4.2.3.3; 8C\_403/2017 vom 25. August 2017 E. 4.3; 9C\_40/2011 vom 1. April 2011 E. 2.3.1). Da bei einem Arbeitspensum von durchschnittlich 8.34 Stunden pro Tag (E. 7.2.2 hiervor) ein gesetzlicher Pausenanspruch von einer halben Stunde besteht (vgl. Art. 15 Abs. 1 Bst. b ArG [SR 822.11]), entspricht die Leistungsminderung des Beschwerdeführers von einer Stunde einer Einbusse von gerundet 13 % (1 Std x 100 % / 7.84 Std. = 12.76 %). Unter Berücksichtigung der Leistungseinbusse von 13 % resultiert somit ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 4'913.08 (Fr. 5'647.22 x 0.87). Dieses liegt über dem hypothetischen Valideneinkommen, welches der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden erzielen würde.

**7.3** Schliesslich ist noch auf den Einwand des Beschwerdeführers einzugehen, wonach die Vorinstanz mit lediglich 5 % einen zu niedrigen leidensbedingten Abzug gewährt habe. Der Beschwerdeführer macht geltend, aufgrund seiner umfangreichen Einschränkungen und des vermehrten Pausenbedarfs von mindestens einer Stunde pro Tag selbst bei leichten Tätigkeiten sei ein Maximalabzug von 25% gerechtfertigt.

**7.3.1** Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten (Bundesamt für Statistik, Schweizerische Lohnstrukturerhebung [LSE]) ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 142 V 178 E. 1.4 und 2.5.9; 124 V 321 E. 3b/aa). Ein (behinderungsbedingt oder anderweitig begründeter) Abzug kann aber nur vorgenommen werden, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer der genannten Kriterien ihre gesundheitlich bedingte (Rest-) Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Erfolg erwerblich verwerten kann (BGE 135 V 297 E. 5.2 mit Hinweisen; Urteil des BGer 8C\_379/2011 vom 26. August 2011 E. 4.2.2). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2; 126 V 75 E. 5b m.H.; Urteil des BGer 9C\_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.1). Weiter ist darauf hinzuweisen, dass das Bundesverwaltungsgericht sein Ermessen hinsichtlich des leidensbedingten Abzugs nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen darf. Es muss sich hierzu auf Gegebenheiten stützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (vgl. hierzu BGE 126 V 353 E. 5d, 123 V 150 E. 2; Urteil des BGer 8C\_552/2017 vom 18. Januar 2018 E. 4.3 m.w.H.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Bundesgericht] C 43/06 vom 19. April 2006 E. 1.2).

**7.3.2** Die Vorinstanz führte in der angefochtenen Verfügung aus, der leidensbedingte Abzug sei nach den Nachteilen festzusetzen, welche ein Versicherter auf dem realen Arbeitsmarkt erleiden würde. Da der Versicherte noch sehr jung sei und auch noch nicht auf das Ende seiner Karriere zugehe, da er einen Beschäftigungsgrad von 100% aufweise, was statistisch gesehen besser entlohnt werde als Teilzeitarbeit, und ihm eine überaus grosse Palette angepasster Tätigkeiten offenstehe, sei ein Leidensabzug von 5% angemessen. Mit Vernehmlassung vom 16. April 2020 ergänzte die Vorinstanz, dass der erhöhte Pausenbedarf als einziges einkommensenkendes Merkmal in Betracht komme (BVGer-act. 6 S. 3 in fine). Wie jedoch bereits ausgeführt (E. 7.2.2 hiervor), ist bei einer Vollzeiterwerbstätigkeit mit gesundheitlich bedingt eingeschränkter Leistungsfähigkeit die

entsprechende Leistungsminderung bei der Arbeitsfähigkeit in Abzug zu bringen; wurde diese Leistungsminderung – wie vorliegend seitens des Gerichts (E. 7.2.2 hiervor) – bereits bei der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt, darf diese beim allenfalls zu gewährenden leidensbedingten Abzug nicht nochmals als abzugsrelevant herangezogen werden (vgl. Urteile des BGer 9C\_494/2018 vom 6. November 2018 E. 6; 8C\_303/2018 vom 6. Juni 2019 E. 6). Ob die Vorinstanz vorliegend trotz des soeben Dargelegten zu Recht vom hypothetischen Invalideneinkommen einen leidensbedingten Abzug vorgenommen und dabei ihr Ermessen mit einem Abzug von 5% rechtskonform ausgeübt hat, was das Bundesverwaltungsgericht praxisgemäss wie dargestellt nur mit Zurückhaltung prüft, kann in casu jedoch offengelassen werden. Denn selbst unter Berücksichtigung eines vom Beschwerdeführer geforderten maximal möglichen leidensbedingten Abzugs von 25 % resultierte kein rentenbegründender IV-Grad. Dies darum, weil bei einem maximal möglichen leidensbedingten Abzug von 25 % das hypothetische monatliche Invalideneinkommen Fr. 3'684.81 betragen würde (Fr. 4'913.08 x 0.75), was bei der Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen einer Erwerbseinbusse von gerundet 24 % ( $[(Fr. 4'851.- - Fr. 3'684.81) \times 100 / Fr. 4'851.-]$ ) entspricht, womit ebenfalls kein Anspruch auf eine IV-Rente begründet würde.

#### **8.**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Beschwerde aufgrund des insgesamt Ausgeführten im Ergebnis als unbegründet erweist, weshalb sie abzuweisen ist.

#### **9.**

Was die vom Beschwerdeführer bei der Vorinstanz eingereichte und von dieser aufgrund des hängigen Beschwerdeverfahrens an das Bundesverwaltungsgericht übermittelte Eingabe vom 11. August 2022 betrifft, mit welcher unter Verweis auf das beigelegte Fallchirurgische Zusammenhangsgutachten der Klinik F. \_\_\_\_\_ vom 8. Juni 2022 eine Verschlechterung des Gesundheitszustands infolge eines am 20. September 2021 erlittenen Unfallereignisses geltend gemacht wird, so ist diese Eingabe samt Beilagen nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zwecks Prüfung einer Neuanmeldung an die Vorinstanz zu überweisen.

#### **10.**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und die Parteientschädigung.

**10.1** Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> i.V.m. Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 800.– festzusetzen. Der Betrag wird dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 834.88 entnommen. Der Restbetrag von Fr. 34.88 wird dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

**10.2** Weder der unterliegende Beschwerdeführer noch die obsiegende Vorinstanz haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario und Art. 7 Abs. 3 VGKE).

### **Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Die Verfahrenskosten von Fr. 800.– werden dem Beschwerdeführer auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 834.88 entnommen. Der Restbetrag von Fr. 34.88 wird dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

**3.**

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

**4.**

Die Eingabe des Beschwerdeführers vom 11. August 2022 inkl. Beilagen (Fallchirurgisches Zusammenhangsgutachten der Klinik F.\_\_\_\_\_ vom 8. Juni 2022 und USB-Stick) geht nach Rechtskraft des vorliegenden Urteils zwecks Prüfung einer Neuanmeldung an die Vorinstanz.

**5.**

Dieses Urteil geht an den Beschwerdeführer, die Vorinstanz und das Bundesamt für Sozialversicherungen.

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Christoph Rohrer

Milan Lazic

### **Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). 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 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: