

BVGer C-1813/2017 vom 18. Januar 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-01-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1813_2017

FR: TAF C-1813/2017 du 18 janvier 2019

IT: TAF C-1813/2017 del 18 gennaio 2019

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 24. Februar 2017, mit welcher das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers um Ausrichtung einer IV-Rente abgewiesen wurde.

E. 1.2

Das Bundesverwaltungsgericht hat seine Zuständigkeit von Amtes wegen zu prüfen (Art. 7 Abs. 1 VwVG). Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen von Grenzgängern die IV-Stelle zuständig, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen. Entsprechend war die IV-Stelle des Kantons C. _____ für die Entgegennahme und Prüfung des Rentengesuchs zuständig und hat die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 24. Februar 2017 erlassen. Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, Art. 32 und Art. 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]).

E. 1.3

Der Beschwerdeführer ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, womit er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]).

E. 1.4

Der Kostenvorschuss wurde fristgerecht geleistet, sodass auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 24. März 2017 einzutreten ist (Art. 60 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 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).

E. 2.2

Das Gericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es 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. Urteil des BGer 2C_393/2015 vom 26. Januar 2016 E. 1.2; BGE 132 II 47 E. 1.3 m.H.).

E. 2.3

Nach ständiger Rechtsprechung beschränkt sich die Prüfung des Sozialversicherungsgerichts auf die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verwaltungsverfügung (hier: 24. Februar 2017) entwickelt haben (vgl. Urteil des BGer 8C_489/2016 vom 29. November 2016 E. 5.2 m.H. auf BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist italienischer Staatsangehöriger, wohnt aktuell in Italien und war als Grenzgänger in der Schweiz erwerbstätig. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681, in Kraft getreten am 1. Juni 2002) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA zur Anwendung. Der Invaliditätsgrad bestimmt sich jedoch auch nach dem Inkrafttreten des FZA allein nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 3.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 24. Februar 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.

E. 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. Diese Voraussetzungen müssen kumulativ gegeben sein; ist eine davon nicht erfüllt, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere zu bejahen ist. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (vgl. k-act. 10), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

E. 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).

E. 5.2

Anspruch auf eine Rente haben laut Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, 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.

E. 5.3

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 ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Bestimmungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (vgl. Art. 4 und Art. 7 Verordnung [EG] Nr. 883/2004 [SR 0.831.109.268.1]; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1). Die Regelung in Art. 29 Abs. 4 IVG stellt dabei nicht eine blosse Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

E. 5.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 5.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der

medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

E. 6

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

E. 6.1

Laut Schadenmeldung UVG an die Suva habe sich der Beschwerdeführer bei Schalungsarbeiten am 14. November 2013 an auf dem Boden liegendem Baumaterial das linke Fussgelenk verstaucht/verdreht (vgl. k-act. 89 S. 119, 121). Der Beschwerdeführer konsultierte erst am 21. November 2013 einen Arzt und arbeitete zunächst noch bis am 3. Dezember 2013 weiter (k-act. 89 S. 116). Für die Zeit ab 21. November 2013 bis im Januar 2014 attestierten diverse Ärzte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (vgl. k-act. 89 S. 91, 106 f., 117 f.).

E. 6.2

Am 31. Dezember 2013 wurde eine Magnetresonanztomographie (MRT) des linken Sprunggelenks durchgeführt. Nach Beurteilung von Dr. med. E. _____, habe die Untersuchung einen entzündlich veränderten Innen- und Aussenbandapparat jedoch bei durchgängigen Faserzügen gezeigt. Weiter liege keine Fraktur vor. Insgesamt sei die Untersuchung verdächtig für eine Oligoneurodystrophie bei diffusem osteopenischem Aspekt der Knochen sowohl des oberen Sprunggelenks, des unteren Sprunggelenks und der mitdargestellten Mittelfussknochen, dies assoziiert zu einem ausgedehntem Ödem der Weichteilgewebe (k-act. 89 S. 93 f.; 90 S. 11 f.). Gemäss Arztzeugnis vom 31. Dezember 2013 von Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, habe beim Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % ab 21. November 2013 bis 18. Dezember 2013 bestanden (k-act. 89 S. 106).

E. 6.3

Gemäss Bericht vom 28. Januar 2014 von Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, leide der Beschwerdeführer seit dem Unfall unter sehr starken Schmerzen. Im Befund finde sich unter anderem ein linksbetontes humpelndes Gangbild unter Einsatz einer Unterarmgehstütze rechts, Druckschmerz und palpatorisch keine höhergradigen Instabilitäten. Unter Berücksichtigung der MRT bestehe insgesamt der Verdacht auf eine Algoneurodystrophie bei diffusem osteopenischen Aspekt der Knochen assoziiert mit einem Ödem der Weichteilgewebe (k-act. 89 S. 84).

E. 6.4

Der Beschwerdeführer wurde am 17. März 2014 kreisärztlich untersucht. Dabei erklärte der Beschwerdeführer seit dem Unfall schmerzbedingt seinen linken Fuss nahezu nicht mehr belasten zu können. Seine angeborene Fussfehlstellung sei bisher noch nie behandelt worden. Beim Barfussgehen bestehe kein Instabilitätsgefühl. Kreisarzt H. _____, Facharzt für Chirurgie FMH, stellte die Diagnose OSG-Distorsionstrauma links am 14. November 2013 mit Verdacht auf Partialläsion im Bereich des Aussenbandapparates sowie Bone Bruise Malleolus medialis. Als unfallrelevante Nebendiagnosen nannte er zudem ausgeprägter Pes planus et valgus beidseits und asymptomatischer Calcaneussporn. Im Weiteren führte Kreisarzt H. _____ aus, der Beschwerdeführer klagte fünf Monate nach

dem Distorsionstrauma des linken OSG über persistierende bewegungs- und belastungsabhängige Beschwerden im Bereich des linken OSG. Gemäss der vorliegenden MRT sechs Wochen nach Unfallereignis gebe es Hinweise für eine Partialläsion im Bereich des Aussenbandapparates, der sich heute stabil zeige, und ein ausgeprägter Bone Bruise im Bereich des medialen Knöchels. Aufgrund dieser Befunde sei ein protrahierter Beschwerdeverlauf zu erwarten. Weiter sei aufgrund der persistierenden Beschwerden eine gewisse Inaktivitätsdystrophie des Knochens zu erwarten und als normal zu bewerten und damit differentialdiagnostisch gegenüber der postulierten Algodystrophie zu diskutieren. Bei dem ausgeprägten Pes planus et valgus komme es naturbedingt schon zu einer Überlastung des Bandapparates und eine schmerzfreie Ausheilung desselben sei schon aus diesem Grund protrahiert zu erwarten. Abschliessend wurde eine weitere 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit für vier Wochen attestiert (k-act. 89 S. 72 ff.).

E. 6.5

Gemäss Bericht vom 25. März 2014 stellte Dr. med. G. _____ aufgrund seiner Untersuchung vom 21. März 2014 als Diagnose Verdacht auf Algodystrophie im Bereich des linken Fusses nach Distorsion. Als Befunde nannte er humpelndes Gangbild an zwei Unterarmgehstützen, mässige diffuse Weichteilschwellung im Bereich des OSG und des Fussrückens, diffuse Druckdolenz, keine Glanzhaut, keine höhergradigen Bewegungseinschränkungen. Er ordnete eine kernspintomographische Kontrolluntersuchung an (k-act. 89 S. 47).

E. 6.6

Am 25. März 2014 wurde eine zweite MRT des linken Sprunggelenks durchgeführt. In der Folge hielt der Radiologe Dr. med. I. _____ im Rahmen seiner Beurteilung fest, die Befunde seien verdächtig auf einen Morbus Sudeck, eine arthritische Komponente könne letztlich nicht ausgeschlossen werden. Zum Ausschluss von zusätzlichen Stressfrakturen sei eine ergänzende Darstellung der Vorfuss-/Mittelfuss-Region in Betracht zu ziehen (k-act. 90 S. 9 f.). Entsprechend hielt auch Dr. med. G. _____ in seinem Bericht vom 7. April 2014 fest, die kernspintomographische Befunde seien verdächtig auf einen Morbus Sudeck (vgl. k-act. 89 S. 46 und S. 67 f.).

E. 6.7

Gemäss Bericht vom 20. Mai 2014 von Dr. med. G. _____ habe der Beschwerdeführer berichtet, dass mittlerweile eine deutliche Beschwerdelinderung zu verzeichnen sei. Mit den hochschaffigen stabilen Schuhen und den Einlagen nach Mass könne er nun wieder kleinere Wegstrecken zurücklegen. Die Restbeschwerden lokalisiere er noch auf die Sprunggelenksregion. Im Befund stellte Dr. med. G. _____ noch eine leichte Schwellung rund um das OSG fest. Weiterhin würden die Kriterien eines Pes planovalgus sowie einer konsekutiven Hallux valgus Fehlstellung bestehen. Sodann habe er zu einem Arbeitsversuch ab Anfang der kommenden Woche zunächst in einem Pensum von 50 % geraten (k-act. 89 S. 32).

E. 6.8

Am 16. Juli 2014 wurde eine dritte MRT des linken Sprunggelenks durchgeführt. Dr. med. J. _____, FMH Medizinische Radiologie, stellte dabei Knochenödeme im Mittelfussbereich fest, die mit einem Morbus Sudeck respektive einer Algodystrophie vereinbar seien. Als Differentialdiagnose nannte er ausgeprägter Bone Bruise bei

Fehlbelastungen/Überlastungen (k-act. 89 S. 15 f.).

E. 6.9

Mit Bericht vom 30. Juli 2014 stellte Dr. med. G._____ im Befund ein linksbetontes Gangbild, leichte Schwellung im Bereich des Sprunggelenks und der Aussenknöchelregion sowie Druckdolenzen fest. Weiter äusserte er den Verdacht auf Morbus Sudeck nach Distorsionsereignis. Gleichzeitig bestehe eine hochgradige Pes planovalgus-Situation. Aufgrund der komplexen Situation wollte er eine Zweitmeinung im Spital K._____ einholen (k-act. 90 S. 7 f.).

E. 6.10

Im fusschirurgischen Bericht vom 9. September 2014 des Spitals K._____ wurde als Diagnose Verdacht auf fibulocalcanears Impingement bei Tibialis posterior-Insuffizienz Grad III mit Pes planovalgus links genannt. Ferner bestehe eine Vorfussdeformität mit ausgeprägtem Hallux valgus. In der Beurteilung wurde ausgeführt, die MRT vom März 2014 mit diesem diffusen Ödem rund um das Chopartgelenk spreche eine etwas andere Sprache, was nicht wirklich im Zusammenhang gebracht werden könne. Zur weiteren Diagnostik wurde die Durchführung eines Spect-CT empfohlen, um das Aktivitätsmaximum besser lokalisieren zu können (k-act. 92 S. 37 f.).

E. 6.11

Dr. med. F._____ nannte in seinem Bericht vom 13. Oktober 2014 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Status nach OSG Distorsionstrauma rechts [recte: links], Algoneurodystrophie, persistierende Schmerzsymptomatik und Gehstörung. Seit dem am 14. November 2013 bei der Arbeit erlittenen OSG Distorsionstrauma sei der Beschwerdeführer praktisch immer arbeitsunfähig gewesen. Es bestehe eine persistierende ausgeprägte, invalidisierende Schmerzsymptomatik im OSG und Vorfussbereich links. Aufgrund der Minderbelastbarkeit des Fusses und der Schmerzsymptomatik würden deutliche körperliche Einschränkungen bestehen. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Jedoch bezifferte Dr. med. F._____ das Ausmass der verminderten Leistungsfähigkeit nicht. Abschliessend wies er auf die noch laufende Abklärung am Spital K._____ hin (k-act. 11 S. 2 ff.).

E. 6.12

Gemäss Bestätigung vom 13. Oktober 2014 verordnete Dr. L._____ dem Beschwerdeführer wegen Diskushernie L4-L5 Ruhetage vom 13. bis 31. Oktober 2014 (k-act. 96-2).

E. 6.13

Im fusschirurgischen Bericht vom 21. Oktober 2014 des Spitals K._____ wurden die Diagnosen symptomatische CC-Arthrose sowie Talonavicular bei fixiertem Pes planovalgus links sowie Vorfussdeformität mit Hallux valgus gestellt. Im Rahmen der Beurteilung wurde festgehalten, das Spect-CT bestätige das Bild in der MRT mit einer Aktivitätssteigerung calcaneocuboidal sowie talonavulär im Sinne einer aktivierten Arthrose. Zudem würden auch degenerative Veränderungen im ventralen OSG vorliegen. Aufgrund der Klinik sei am ehesten die CC-Arthrose symptomführend, weshalb zur weiteren Schmerzlokalisierung dieses Gelenks eine Infiltration des Gelenks empfohlen werde (k-act. 92 S. 10 f.; 92 S. 26 ff.).

E. 6.14

Gemäss Bericht vom 6. November 2014 von Dr. M._____ wurde am 5. November 2014 in Italien eine vierte MRT des linken Knöchels und des linken Fusses durchgeführt. Im Wesentlichen zeigten sich dabei die vorbekannten Veränderungen. Zudem erwähnte Dr. M._____ eine Verbesserung der auf die Algodystrophie zurückzuführende Veränderungen sowie eine Reduktion des Ödems (k-act. 93 S. 4).

E. 6.15

Im ärztlichen Zeugnis vom 24. November 2014 hielt Dr. med. F._____ fest, der Beschwerdeführer leide an zunehmenden Vorfusschmerzen. Gemäss des MRT-Befunds vom 5. November 2014 handle es sich um eine Algodystrophie, welche unfallbedingt vorhanden sei (k-act. 88 S. 12).

E. 6.16

Gemäss Bericht vom 26. November 2014 des Neurochirurgen Dr. N._____ wurde der Beschwerdeführer wegen einer Diskushernie L4-L5 am 24. November 2014 operativ behandelt. Der postoperative Verlauf sei regelrecht gewesen (k-act. 93 S. 5).

E. 6.17

Sodann liegen für das Jahr 2014 diverse Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zunächst zu 100 % vor (vgl. k-act. 89 S. 55). Ab 26. Mai 2014 nahm der Beschwerdeführer die Arbeit teilweise wieder auf und es wurde nur noch eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bescheinigt (vgl. k-act. 89 S. 22, 33 f., 42). Für die Zeit ab Juli 2014 bis April 2015 liegen - mit kleinen Unterbrüchen - wieder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zu 100 % vor (vgl. k-act. 89 S. 17; 90 S. 17; 92 S. 2, 17, 56; 98 S. 12, 62).

E. 6.18

Im fusschirurgischen Bericht des Spitals K._____ vom 17. Februar 2015 wurde zunächst (Partial-)Ruptur des Ligamentum deltoideum, Überbelastung der lateralen Säule mit aktivierter CC-Arthrose und fibulocalcanearem Impingement bei Pes planovalgus links 15 Monate nach Distorsionstrauma OSG/Fuss als Diagnose genannt. Differentialdiagnostisch wurde sodann ein CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) angeführt. Zudem wurde ein asymptomatischer Hallux valgus genannt. Das mitgebrachte digitale, in Italien durchgeführte MRT vom November 2014 zeige eine Signalalteration und Ruptur des Ligamentum deltoideum pars profunda, ein Bone Bruise im gesamten Mittelfuss und eine Elongation der FHL-Sehne. Es wurde die Abklärung eines CRPS bei den Kollegen der Handchirurgie empfohlen (k-act. 97 S. 2 f.).

E. 6.19

Die RAD-Ärzte Dr. O._____, Fachärztin Innere Medizin, und Dr. P._____, Facharzt Allgemeine Medizin, führten im Schlussbericht vom 23. März 2015 folgende Hauptdiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit an: Status nach OSG Distorsionstrauma links 14. November 2013; persistierende Schmerzsymptomatik, Gehstörung; symptomatische CC Arthrose M19.0 sowie talonavikular bei fixiertem Pes planovalgus links sowie Vorfussdeformität mit Hallux valgus; Spect-CT 15. September 2014: aktivierte Arthrose talonavikular und calcaneocuboidal links, ausgeprägte degenerative Veränderungen des ventralen OSG links. Als weitere Diagnose nannten sie Diskushernie L4/5 intraforaminal, Status nach Mikrodiskektomie 24. November 2014. Im Rahmen der Beurteilung hielten die RAD-Ärzte fest, es liege eine symptomatische Arthrose

und Fussfehlstellung links vor, welche nach der OSG Distorsion vom 14. November 2013 zu persistierenden Schmerzen geführt habe. Die schwere Arbeit als Maurer/Bauarbeiter sei nicht günstig, auch angesichts der durchgeführten mikrochirurgischen Intervention im November 2014 im lumbalen Bereich. Eine angepasste Tätigkeit ohne schwere Belastung, wechselbelastend wegen des Rückens, mit sporadischem Heben von Gewichten (maximal 10 kg) und ohne längere Gehstrecken sei zu 100 % zumutbar ab 20. Oktober 2014. Vom 24. November 2014 sei für 30 Tage gemäss dem Neurochirurgen eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % gegeben (k-act. 33 S. 3 ff.).

E. 6.20

Im handchirurgischen Bericht des Spitals K. _____ vom 14. April 2015 wurden folgende Diagnosen genannt: Status nach Distorsionstrauma OSG/Fuss links am 14. November 2013 mit konsekutiver Partialruptur des Ligamentum deltoideum, Überlastung der lateralen Säule mit aktivierter Calcaneocuboidalarthrose und fibulocalcanareem Impingement bei Pes planovalgus. Zur Anamnese und zum Befund wurde unter anderem ausgeführt, dass die konventionelle Röntgenuntersuchung vom 8. September 2014 eine regelrechte Knochenmineralisation zeige. Ferner zeige die Spect-CT-Untersuchung vom 15. September 2014 eine aktivierte Arthrose talonavikular und calcaneocuboidal links, degenerative Veränderungen des ventralen OSG links ohne korrespondierende entzündliche Veränderungen sowie eine Stressreaktion im Bereich des Malleolus medialis rechts, bei ansonsten altersentsprechendem unauffälligem Skelettszintigramm. Inspektorisch zeige sich sodann ein minimales lokalisiertes Ödem über dem Calcaneo-cuboidalgelenk, keine Seitendifferenz bezüglich Hautkolorit, Trophik, Behaarung, Temperatur oder Schwitzen, keine Hyperästhesie bei Berührung, Schmerzen ausschliesslich und lokalisiert bei der Palpation des calcaneocuboidalen Gelenkspaltes sowie des medialen anterioren OSG. Klinisch zeige sich kein Anhaltspunkt für ein CRPS, auch kein Hinweis für ein Nervenentrapment als Ursache für die Beschwerden. Nach Rücksprache mit den Kollegen der Nuklearmedizin würden sich in der Untersuchung vom 15. September 2014 (Spect-CT) ausschliesslich Zeichen einer aktivierten Arthrose zeigen, explizit ohne Zeichen eines CRPS (k-act. 98 S. 9 f.).

E. 6.21

Anlässlich der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 30. Juli 2015 durch Kreisarzt H. _____ wurde folgende Diagnose genannt: OSG-Supinationstrauma links am 14. November 2013 mit Partialläsion Ligamentum collaterale laterale OSG links, Status nach primär konservativer Therapie, Status nach zweimaliger Kortisoninfiltration OSG und Mittelfussbereich links, aktuell Bandapparat lateral stabil ausgeheilt; kein Anhalt für eine CRPS, weder anamnestisch noch aktuell. Als unfallrelevante Nebendiagnosen wurden aufgeführt: bis 2014 unbehandelter Pes planovalgus beidseits mit konsekutiver Überlastung der lateralen Säule und Überdehnung des medialen Seitenbandapparates (Ligamentum deltoideum) und überlastungsbedingter Bone Bruise mehrerer beteiligter Knochen im Rückfussbereich; symptomatische talonaviculare und calcaneocuboidale Arthrose links; intermittierend symptomatische, ventral betonte OSG-Arthrose links; asymptomatischer Calcaneussporn links. Im Rahmen der Beurteilung führte Kreisarzt H. _____ aus, 1 ½ Jahre nach der letzten kreisärztlichen Beurteilung und Einleiten der konservativen orthopädischen Therapie des Pes planovalgus beidseits mit entsprechenden das Fusslängsgewölbe unterstützenden Einlagen, welche zwischenzeitlich rezeptiert vom Hausarzt Dr. med. F. _____ bei einem Orthopäden angefertigt worden seien, sei der

Beschwerdeführer von seinen Beschwerden im Mittel- und Rückfussbereich zwischenzeitlich deutlich entlastet und könne auch wieder ganztätig laufen und stehen. Die zwischenzeitlich von den Radiologen am Spital K. _____ ausgewerteten externen MRT-Bilder aus Italien würden im Verlauf nur die genannten Diagnosen bestätigen. Der von einem Radiologen geäusserte Verdacht auf ein CRPS sei von den hinzugezogenen Orthopäden und Handchirurgen am Spital K. _____ klinisch ausgeschlossen worden. Da mit der konservativen Therapie die allenfalls zu postulierende Aussenbandruptur durch das Supinationstrauma im OSG-Bereich bereits zum Zeitpunkt der kreisärztlichen Voruntersuchung ausgeheilt gewesen sei, aktuell kein Instabilitätsgefühl bestehe und die krankheitsbedingten Probleme durch die Einlagen therapeutisch aktuell zumindest zufriedenstellend gelöst seien, wünsche der Beschwerdeführer jetzt einen Arbeitsversuch zu starten (k-act. 101).

E. 6.22

Dr. med. F. _____ stellte mit Bericht vom 9. November 2015 die Diagnose Status nach Distorsionstrauma rechts [recte: links] am 14. November 2013 mit Algodystrophie. Als aktuelle Symptome nannte er Schmerzen im Bereich des Vorfusses sowie Gehprobleme. Die Prognose sei eher schlecht. Eine angepasste Tätigkeit beschrieb er wie folgt: keine fussbelastende Tätigkeit, keine längeren Gehstrecken, kein Heben von schweren Lasten (k-act. 105 S. 2).

E. 6.23

Gemäss Bericht vom 18. Mai 2016 von Dr. Q. _____, Facharzt Innere Medizin und Pädiatrie, bestehe als Folge der OSG Distorsion im November 2013 ein Ödem am tibiotarsalen Gelenk links mit verminderter, schmerzhafter Bewegungseinschränkung. Zudem bestehe ein Pes planovalgus und ein Hallux valgus (k-act. 56 S. 4).

E. 6.24

RAD-Ärztin Dr. O. _____, Fachärztin Innere Medizin FMH, führte in ihrer Stellungnahme vom 2. September 2016 im Wesentlichen aus, dass sich aus dem Bericht vom 18. Mai 2016 keine neuen Aspekte ergeben würden. Eine angepasste Tätigkeit mit Schonung des betroffenen Fusses und der Beachtung der damals angegebenen funktionellen Einschränkungen sei nach wie vor zu 100 % möglich (k-act. 61 S. 2 ff.).

E. 6.25

Gemäss Bericht vom 11. November 2016 von Dr. R. _____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, würden beim Beschwerdeführer trotz erfolgter Behandlung persistierende Schmerzen am linken Fuss bestehen. Es liege eine Algoneurodystrophie am linken Sprunggelenk vor. Abschliessend empfahl Dr. R. _____, den Beschwerdeführer nicht länger als 2-3 Stunden zum Laden und Transportieren von Lasten auf der betreffenden Gliedmasse einzusetzen («Consiglio pertanto di non adibire il lavoratore a sforzi di carico e trasporto di pesi sull'arto interessato per un periodo maggiore di 2/3 ore.»). Sodann bestehe keine Operationsindikation. Hingegen seien die fortgesetzte Verwendung von Orthesen und eine physiotherapeutische Behandlung angezeigt (k-act. 74; vgl. auch Beilage zu BVGer act. 1).

E. 6.26

Nach Bericht vom 5. Dezember 2016 von Dr. Q. _____ habe sich das klinische Bild betreffend den linken Fuss trotz Behandlung zu einer Algodystrophie entwickelt, die durch

eine MRT-Untersuchung im Jahr 2016 ausgewiesen sei. Das Heben und Transportieren von Lasten während eines Zeitraums von mehr als 2-3 Stunden täglich sei aufgrund des Krankheitsbildes nicht möglich («Tale quadro clinico [...] impedisce lo svolgimento di attività lavorative che comportino sforzi di carico e spostamento di pesi per un periodo superiore alle 2/3 ore giornaliere.»; k-act. 88 S. 14; vgl. auch Beilage zu BVGer act. 1).

E. 6.27

RAD-Ärztin Dr. O. _____ erachtete auch in ihrer Stellungnahme vom 7. Februar 2017 eine angepasste Tätigkeit mit Schonung des betroffenen Fusses und der Beachtung der funktionellen Einschränkungen als nach wie vor zu 100 % möglich. Dies werde auch durch die Anamnese und den Befund anlässlich der Schlussuntersuchung durch den Kreisarzt vom 30. Juli 2015 unterstrichen. Weiter führte sie aus, Dr. R. _____ komme zum Schluss, dass die betroffene Gliedmasse nicht länger als 2-3 Stunden täglich einer schweren Belastung ausgesetzt werden solle. Chirurgische Interventionen seien keine möglich, aber die Orthesen (Einlagen) und die Physiotherapie sollten weiter zur Anwendung kommen. Hier gehe er sogar weiter als der RAD, welcher keine schwere Arbeit mehr als angepasst sehe. Die vorliegenden Berichte der diversen involvierten Ärzte seien schliesslich entweder ohne Angabe zur Arbeitsfähigkeit oder würden eine fussgelenkbelastende Tätigkeit als nicht angepasst ansehen. Die von Seiten des Beschwerdeführers abgeleitete zeitliche Einschränkung (höchstens teilweise) in einer leichten angepassten Tätigkeit könne nicht nachvollzogen werden (k-act. 82 S. 2 ff.).

E. 6.28

Schliesslich liege beim Beschwerdeführer gemäss Bestätigung vom 24. März 2017 von Dr. Q. _____ - die erst nach Verfügungsdatum vom 24. Februar 2017 ausgestellt wurde - als Folge des Distorsionstraumas im November 2013 eine Algoneurodystrophie am linken Fuss vor (k-act. 88 S. 16; vgl. auch Beilage zu BVGer act. 1).

E. 7

Unbestritten und aufgrund der vorliegenden Akten nachvollziehbar ist, dass der Beschwerdeführer infolge des am 14. November 2013 erlittenen Unfalls am linken Fussgelenk, seine bisherige Tätigkeit als Maurer/Bauarbeiter nicht mehr ausüben kann. Hingegen umstritten und zu prüfen ist, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmass dem Beschwerdeführer die Ausübung einer angepassten Tätigkeit zumutbar ist.

E. 7.1

Während die Vorinstanz der Ansicht ist, dem Beschwerdeführer sei eine angepasste Tätigkeit ohne schwere Belastung, wegen des Rückens wechselbelastend, ohne längere Gehstrecken zu 100 % zumutbar, stellt sich der Beschwerdeführer auf dem Standpunkt, auch eine angepasste Tätigkeit sei ihm nur noch teilweise zumutbar.

E. 7.2

Aus den vorliegenden medizinischen Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer infolge des Unfalls am 14. November 2013 noch lange Zeit unter Schmerzen am linken Fuss litt. Er konnte den Fuss kaum noch belasten, humpelte und verwendete Gehstützen. Ab der ärztlichen Erstkonsultation am 21. November 2013 wurde ihm wiederholt eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert. In der Diagnostik bestand der Verdacht eines CPRS (auch Morbus Sudeck oder Algodystrophie genannt), wobei aufgrund der MRT vom 25. März 2014 eine arthritische Komponente nicht ausgeschlossen werden konnte. Im Mai

2014 konnte dann mit Hilfe spezieller Schuhe und Einlagen nach Mass eine deutliche Beschwerdelinderung verzeichnet werden. Gemäss MRT vom 16. Juli 2014 erschien das Untersuchungsergebnis mit einem CPRS vereinbar, jedoch wurde als Differentialdiagnose ein ausgeprägter Bone Bruise bei Fehlbelastungen/Überlastungen angeführt. Wegen der komplexen Situation wurden weitere Abklärungen vorgenommen. Die daraufhin durchgeführte Spect-CT ergab eine aktivierte Arthrose. Die beigezogenen Handchirurgen am Spital K._____ kamen aufgrund konventioneller Röntgenuntersuchungen, der Spect-CT sowie ihrer eigenen Untersuchung und Befundaufnahme in ihrem Bericht vom 14. April 2015 in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass sich klinisch kein Anhaltspunkt für ein CRPS zeige (vgl. insbesondere E. 6.20 vorstehend). Diese Beurteilung wird auch vom Kreisarzt H._____ gestützt. Demgegenüber wird die in den späteren Berichten von Dr. med. F._____ und Dr. R._____ gestellte Diagnose einer Algo(neuro)dystrophie bzw. eines CRPS im Einzelnen nicht weiter begründet. Auch nehmen sie keinen Bezug auf die umfangreichen Abklärungen am Spital K._____. Diese von Seiten des Beschwerdeführers eingereichten Berichte vermögen daher keine Zweifel an der Schlüssigkeit der Berichte des Spitals K._____ zu erwecken.

E. 7.3

Neben der Fussproblematik wurde in den medizinischen Akten im Oktober 2014 eine Diskushernie dokumentiert, die im November 2014 operativ behandelt wurde. Darüber hinaus wurden aus dieser Diagnose keine weiteren Beschwerden dokumentiert. Der Beschwerdeführer selbst hat ebenfalls keine solchen geltend gemacht.

E. 7.4

Die RAD-Ärzte erachteten eine angepasste Tätigkeit mit Schonung des betroffenen Fusses, ohne schwere Belastung, wegen des Rückens wechselbelastend und ohne längere Gehstrecken als dem Beschwerdeführer zu 100 % zumutbar (vgl. RAD-Berichte vom 23. März 2015, 2. September 2016 und 7. Februar 2017). Auch gemäss Bericht vom 9. November 2015 von Dr. med. F._____ sollte die angepasste Tätigkeit nicht fussbelastend sein, keine längere Gehstrecken beinhalten und kein Heben von schweren Lasten erfordern. Davon, dass eine angepasste Tätigkeit in zeitlicher oder qualitativer Hinsicht nur eingeschränkt möglich wäre, ist dagegen nicht die Rede. Sodann hielten sowohl Dr. R._____ als auch Dr. Q._____ in ihren Berichten vom 11. November 2016 bzw. 5. Dezember 2016 sinngemäss fest, dass der Beschwerdeführer fussbelastende Tätigkeiten nicht länger als 2-3 Stunden täglich ausüben sollte. Eine angepasste, den linken Fuss nicht belastende Tätigkeit wird damit weder eingeschränkt noch ausgeschlossen. Im Ergebnis stimmen die vorliegenden medizinischen Einschätzungen der funktionellen Leistungsfähigkeit insofern überein, als dem Beschwerdeführer eine nicht fussbelastende, angepasste Tätigkeit vollumfänglich zumutbar ist. Dafür spricht auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 30. Juli 2015 mit Hilfe spezieller Einlagen von seinen Beschwerden im Mittel- und Rückfussbereich zwischenzeitlich deutlich entlastet war und auch wieder ganztägig habe laufen und stehen können, sodass selbst der Beschwerdeführer gewünscht habe, einen Arbeitsversuch zu starten.

E. 7.5

Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass die Einschätzung des RAD, wonach der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Maurer/Bauarbeiter nicht mehr ausüben

könne, ihm jedoch eine angepasste, fussschonende Tätigkeit, ohne schwere Belastung, ohne längere Gehstrecken und wegen des Rückens wechselbelastend zu 100 % zumutbar sei, sich auf die vorliegenden medizinischen Akten stützt und im Wesentlichen auch im Einklang mit den Leistungseinschätzungen der behandelnden Ärzte steht. Darauf ist abzustellen.

E. 8

Nachfolgend ist die Invalidität zu bemessen und der daraus resultierende Invaliditätsgrad zu bestimmen (vgl. Art. 28a IVG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

E. 8.1

Das Valideneinkommen bestimmt sich danach, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns bzw. der Rentenvision (hier: 2015; vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) tatsächlich verdient hätte (BGE 129 V 222 E. 4.3.1). Dabei ist in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Lohn anzuknüpfen, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre; Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte darf nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2). Gemäss Auskunft des letzten Arbeitgebers habe der Grundlohn des Beschwerdeführers ab 1. Januar 2014 Fr. 31.55 pro Stunde zuzüglich 16.1 % Ferien- und Feiertagsentschädigung sowie 8.3 % 13. Monatslohn/Gratifikation betragen, dies bei einer allgemeinen Arbeitszeit im Betrieb von 40-46.25 Stunden pro Woche (k-act. 9 S. 4 und 9). Ausgehend von 40 Stunden pro Woche resultieren rechnerisch 2'080 Jahresarbeitsstunden (40 x 52). Dabei handelt es sich nicht um die Dauer effektiv geleisteter Arbeit, sondern um einen theoretisch zwar möglichen, aber rein rechnerisch ermittelten Wert, welcher im Ergebnis zwar verlässliche Auskunft zur gesamthaft zur Verfügung stehenden Arbeitszeit zu liefern vermag, jedoch keine realitätsbezogenen Aufschlüsse über den in zeitlicher Hinsicht effektiv erfolgten Einsatz an einzelnen Tagen oder in einzelnen Wochen, Monaten und Jahren gibt. Die errechneten 2'080 Jahresarbeitsstunden umfassen jedenfalls auch Zeiten, an welchen - etwa wegen Ferien oder arbeitsfreien Feiertagen - keine Arbeit geleistet wird und für welche im Stundenlohn entlohnten Angestellten daher auch kein Lohn direkt ausbezahlt wird. Würden nur die tatsächlichen Arbeitsstunden berücksichtigt, wäre als Ausgleich zum gesetzlich vorgesehenen Ferienanspruch ein Zuschlag zum Stundenlohn zu gewähren. Wird hingegen bei Einkommensangaben - rein rechnerisch - auch der in der arbeitsfreien Zeit zumindest theoretisch mögliche Lohn - obschon er nicht zur Ausrichtung gelangt ist - mitberücksichtigt, verbleibt für solche prozentualen Zuschläge unter dem Titel «Ferien- und Feiertagsentschädigung» kein Raum. Solche rechtfertigen sich nur, so lange der Lohn während des Bezugs von Ferien und an Feiertagen nicht ausbezahlt und auch rechnerisch nicht berücksichtigt wird. Nur unter dieser Voraussetzung ist der während der effektiven Arbeitszeit erzielte Stundenlohn um einen prozentualen Zuschlag zu erhöhen (vgl. Urteile des BGer 8C_193/2013 vom 4. Juni 2013 E. 3.1.3; 8C_188/2016 vom 14. Juni 2016 E.

4.2.1). Um das massgebende Jahreseinkommen für die - rein rechnerischen - 2'080 Jahresarbeitsstunden zu ermitteln, ist demzufolge zum Grundlohn von Fr. 31.55 pro Stunde lediglich der Zuschlag von 8.3 % für 13. Monatslohn/Gratifikation zu berücksichtigen, was einen Stundenlohn von Fr. 34.17 ergibt. Daraus resultiert ein Jahreseinkommen von Fr. 71'073.60 (2'080 x Fr. 34.17). Da vorliegend das hypothetische Valideneinkommen im Jahr 2015 massgebend ist, ist das auf den Stundenlohn für 2014 basierende Jahreseinkommen an die Nominallohnentwicklung anzupassen. Für das Jahr 2015 resultiert (gemäss Tabelle des Bundesamtes für Statistik, T39 Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1910-2017) ein Valideneinkommen von Fr. 71'265.70 (Fr. 71'073.60 : 2220 [Index Männer 2014] x 2226 [Index Männer 2015]).

E. 8.2

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2; 129 V 472 E. 4.2.1; 126 V 75 E. 3b). Im Verfügungszeitpunkt am 24. Februar 2017 waren die Tabellen der LSE 2014 bereits publiziert (Publikation am 30. November 2015), sodass diese hier zur Anwendung gelangen. Die Vorinstanz ist vom Kompetenzniveau 1 ausgegangen, das einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art umfasst. Dagegen ist nichts einzuwenden, zumal die im Rahmen beruflicher Massnahmen begonnene Umschulung zum Maschinenführer abgebrochen wurde (vgl. k-act. 50 und 54). Gemäss Tabelle TA1 der LSE 2014 beträgt der durchschnittliche Lohn für Männer im Kompetenzniveau 1 Fr. 5'312.- bei 4 1/3 Wochen zu 40 Arbeitsstunden bzw. 2'080 Jahresarbeitsstunden (4 1/3 x 40 x 12). Nach Anpassung an die Nominallohnentwicklung entspricht dies einem durchschnittlichen Jahreslohn von Fr. 63'916.30 (Fr. 5'312.- : 2220 [Index Männer 2014] x 2226 [Index Männer 2015] x 12).

E. 8.3

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen (BGE 134 V 322 E. 5.2). Praxismässig können persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad einen auf höchstens 25 % begrenzten Leidensabzug von dem nach Tabellenlöhnen zu ermittelnden Invalideneinkommen rechtfertigen, soweit anzunehmen ist, dass die trotz des Gesundheitsschadens verbleibende Leistungsfähigkeit infolge eines oder mehrerer dieser Merkmale auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwertet werden kann (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2 m.H. auf 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75).

E. 8.3.1

Die Vorinstanz gewährte dem Beschwerdeführer unter dem Titel Abzug für körperlich leichte Arbeit einen Abzug von 5 %. Demgegenüber machte der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung aller gesundheitlichen Probleme, der arbeitsmarktlichen Situation und sämtlicher funktionellen Einschränkungen einen Abzug von mindestens 15 % geltend.

E. 8.3.2

Der Beschwerdeführer war im Verfügungszeitpunkt fast 57 Jahre alt. Dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als invaliditätsfremder Faktor grundsätzlich unberücksichtigt bleiben. Ausserdem wirkt sich das Alter bei Männern im Alterssegment von 50 bis 64/65 bei Stellen ohne Kaderfunktion eher lohn erhöhend aus (vgl. Urteile des BGer 8C_312/2017 vom 22. November 2017 E. 3.3.2; 8C_552/2017 vom 18. Januar 2018 E. 5.4.1). Unter diesem Titel kann daher kein Leidensabzug vom Tabellenlohn gewährt werden.

E. 8.3.3

Hingegen gewährt die Rechtsprechung insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (vgl. Urteil des BGer 8C_480/2017 vom 1. Februar 2018 E. 3.1 m.H. auf BGE 126 V 75 E. 5a/bb und Urteil 8C_434/2017 vom 3. Januar 2018 E. 7.3.1). Das Anforderungsprofil des Beschwerdeführers umfasst nur eine fusschonende Tätigkeit, ohne schwere Belastung, ohne längere Gehstrecken und wegen des Rückens wechselbelastend. Insofern bleibt der Beschwerdeführer auch hinsichtlich gewisser einfacher körperlicher oder handwerklicher Tätigkeiten eingeschränkt, sodass die Gewährung eines Leidensabzugs vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist. Da sich die Einschränkung hauptsächlich aus der erforderlichen Schonung des linken Fusses ergibt und dem Beschwerdeführer ansonsten ein Arbeitspensum von 100 % zumutbar ist, erscheint der von der Vorinstanz gewährte Abzug von 5 % angemessen. Das Invalideneinkommen von Fr. 63'916.30 ist entsprechend um Fr. 3'195.80 (5 % von Fr. 63'916.30) auf Fr. 60'720.50 zu reduzieren.

E. 8.4

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 71'265.70, einem reduzierten Invalideneinkommen von Fr. 60'720.50 resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 10'545.20, was einem Invaliditätsgrad von 15 % (aufgerundet) entspricht. Da der Invaliditätsgrad unter der Mindestgrenze von 40 % gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG liegt, besteht kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Abschliessend ist anzumerken, dass selbst bei Gewährung eines höheren Leidensabzugs der Invaliditätsgrad unter der Mindestgrenze von 40 % liegen würde. Die Beschwerde ist demzufolge abzuweisen.

E. 9.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die auf Fr. 800.- festzusetzenden Verfahrenskosten dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

E. 9.2

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). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht

[VGKE, SR 173.320.2]).

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