

BVGer C-5749/2022 vom 26. März 2026

Bundesverwaltungsgericht, 2026-03-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5749_2022

FR: TAF C-5749/2022 du 26 mars 2026

IT: TAF C-5749/2022 del 26 marzo 2026

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 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, in der bis zum 31. Dezember 2021 gültigen Fassung]). Der Beschwerdeführer, der eine rechtsgültige Vollmacht zur Beschwerdeführung an Rechtsanwältin Fiona Furrer erteilt hat (IVSTA-act. 91), 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 [SR 830.1, in der bis zum 31. Dezember 2021 gültigen Fassung]; Art. 48 Abs. 1 VwVG. Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist - nachdem die Pflicht zu Leistung eines Kostenvorschusses infolge der Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege entfallen ist (vgl. Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG i.V.m. Art. 63 Abs. 4 VwVG; BVGer-act. 11) - somit einzutreten (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

Gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen ist das Bundesverwaltungsgericht 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).

E. 2.3

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt und findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Partei (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG; BGE 125 V 195 E. 2 und 122

V 158 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist portugiesischer und brasilianischer Staatsangehöriger und seit dem (...) wohnhaft in Brasilien. Die Prüfung seines Anspruchs auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich ungeachtet des am 3. April 2014 abgeschlossenen, am 9. Juni 2015 von der Bundesversammlung genehmigten und am 1. Oktober 2019 in Kraft getretenen Abkommens zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Republik Brasilien über soziale Sicherheit (SR 0.831.109.198.1) allein nach den schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 3.2.1

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechts-folgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1).

E. 3.2.2

Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV [AS 2021 705; BBl 2020 5535]; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBl 2017 2535]) sowie die Änderungen vom 3. November 2021 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201; AS 2021 706) in Kraft getreten. Leistungsansprüche, die nach Inkrafttreten dieser Änderungen entstanden sind, sind nach den neuen Normen zu prüfen. Erfolgt die Verfügung über die erstmalige Rentenzusprache nach dem 1. Januar 2022, welche aber einen Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 begründet, sind die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 massgebend (vgl. Kreisschreiben des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Juli 2022, Rz. 9100 f; Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystem [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Januar 2022, Rz. 1007-1010). Der Zeitpunkt der massgebenden Änderung bestimmt sich nach Art. 88a IVV (SR 831.201; vgl. Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_55/2023 vom 11. Juli 2023 E. 2.2).

E. 3.2.3

Vorliegend hat die IVSTA mit Verfügung vom 7. November 2022 einen über den 30. Juni 2017 hinausgehenden Rentenanspruch verneint und ist - in Beachtung von Art. 88a IVV von einer rentenrelevanten Änderung des Gesundheitszustandes per 31. März 2017 ausgegangen. Für die Beurteilung des hier befristet vom 1. August 2016 bis 30. Juni 2017 zugesprochenen und des vom Beschwerdeführer beantragten weiteren Rentenanspruchs über den 31. März 2017 hinaus beziehungsweise eines in Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 IVV zu prüfenden weiteren Rentenanspruchs ab 1. Juli 2017 kommen deshalb die oben genannten altrechtlichen Bestimmungen zur Anwendung.

E. 3.2.4

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 7. November 2022) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die

jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteile des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1; 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1). Die mit Eingabe vom 19. März 2026 eingereichten Arztberichte (alle datierend von 2025 und 2026) liegen zeitlich ausserhalb des vorliegend zu beurteilenden Prüfzeitraums. Soweit sie Aussagen enthalten, die auf aktuellen Untersuchungen basieren, sind sie deshalb nicht zu berücksichtigen. Soweit sie allgemeine Aussagen zur medizinischen Situation vor dem angefochtenen Entscheid enthalten (vgl. Arztbericht vom 25. Februar 2026), kann auf die nachfolgenden Ausführungen in E. 8 bis 10 verwiesen werden.

E. 4

Anfechtungsobjekt und somit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 134 V 418 E. 5.2; 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 7. November 2022, mit welcher die Vorinstanz die Gewährung einer ganzen Rente vom 1. August 2016 bis zum 30. Juni 2017 sinngemäss bestätigt und den Rentenanspruch des Versicherten ab 1. Juli 2017 im Rahmen der Erstanmeldung abgewiesen hat. Ungeachtet dessen, dass der Beschwerdeführer vorliegend nur die Renteneinstellung ab 1. Juli 2017 bestreitet, prüft das Gericht einen Rentenanspruch ab frühestmöglichem Anspruchszeitpunkt bis zum Ergehen der angefochtenen Verfügung (vgl. hierzu nachfolgend E. 5.3; BGE 125 V 413 E. 2; Urteil des BVer C-1005/2021 vom 28. April 2023 E. 2 m.w.H.).

E. 5.1

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. dazu Art. 8 Abs. 1 ATSG sowie nachfolgend E. 5.2) und bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG). Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge in diesem Sinn geleistet (vgl. IVSTA-act. 108 S. 1 und 148 S. 4), so dass die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer erfüllt ist.

E. 5.2

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).

E. 5.3

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss 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 zudem vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. Aufgrund der vorliegend nach wie vor relevanten Erstanmeldung vom 26. Januar 2016 sowie der seit dem Unfall vom 12. August 2015 geltend gemachten vollständigen Arbeitsunfähigkeit, können im vorliegenden Fall allfällige Leistungsansprüche gestützt auf Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab 1. August 2016 entstehen.

E. 5.4

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Betrag der Invaliditätsgrad weniger als 50%, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der EU haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

E. 5.5.1

Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; Susanne Leuzinger-Naef, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 413 f.).

E. 5.5.2

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

9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

E. 5.5.3

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich, wenn sie wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.).

E. 5.5.4

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

E. 6.1

Die Vorinstanz stellte in der angefochtenen Verfügung in erster Linie auf das polydisziplinäre Gutachten des ZMB (...) vom 11. Mai 2022 ab, welchem volle Beweiskraft zukomme, und ging davon aus, dass beim Beschwerdeführer eine Gesundheitsbeeinträchtigung bestehe, die ab dem 12. August 2015 eine Arbeitsunfähigkeit in der festgelegten üblichen Tätigkeit von 100% verursache. Angepasste Tätigkeiten seien

hingegen zu 100% ab dem 31. März 2017 unter Berücksichtigung der folgenden wesentlichen Einschränkungen zumutbar: keine kniende oder kauernde Position, kein Besteigen von Leitern und Gerüsten, kein Gehen auf unebenen Böden, kein längeres Stehen und Gehen. Eine einfache, repetitive Tätigkeit mit der Möglichkeit, in wechselnden Positionen zu arbeiten, und mit häufigen Pausen auf Verlangen sei hingegen möglich. Die Experten hätten im Gutachten sodann keine psychische Arbeitsunfähigkeit, sondern eine Rendement-Verminderung von 10% festgestellt. Entsprechend ergebe die durchgeführte Berechnung eine Erwerbseinbusse von 100% ab dem 12. August 2015 und von 15% ab dem 31. März 2017.

E. 6.2

In der Beschwerde wird hinsichtlich der somatischen Beschwerden des Beschwerdeführers geltend gemacht, aus dem letzten Arztbericht des nachbehandelnden Spezialisten Dr. K. _____ vom 11. September 2018 gehe als Diagnose ein eingesteifter Rückfuss hervor, der kein Abrollen erlaube und den Einsatz eines Gehstockes erfordere. Die chronifizierte Schmerzsituation sei selbst in einer angepassten, mehrheitlich sitzenden Tätigkeit einschränkend und könne psychische Beschwerden hervorrufen; eine Evaluation der Funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL-Testung) sowie ein Assessment sei als sinnvoll zu erachten. Als Nebendiagnosen sei eine Depression, Kopfschmerzen, Angst sowie eine Handfraktur festgestellt worden. Gemäss der Einschätzung von Dr. K. _____ sei im angestammten Bereich eine Arbeitsunfähigkeit von 100% und in einer sitzenden Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50% anzunehmen. Dieser Arztbericht, der sich als vollständig, schlüssig und nachvollziehbar erweise, sei im Gutachten des ZMB (...) unberücksichtigt geblieben. Die im Gutachten erwähnte insuffiziente Schuhversorgung, die drastische Gewichtszunahme, die Einnahme von Tramadol sowie die fehlende Physiotherapie seien von Dr. K. _____ hingegen nicht genannt worden. Es sei daher davon auszugehen, dass das Schuhwerk nicht entscheidend sei, dem Beschwerdeführer aufgrund der chronischen Schmerzen keine Alternative als die Einnahme von Tramadol zur Verfügung stehe und er entgegen der gutachterlichen Meinung sich durchaus in Physiotherapie befinde. Es sei völlig unplausibel, wenn im Vorbescheid von einer Arbeitsfähigkeit von 90% ab dem 31. März 2017 und gleichzeitig einer Erwerbseinbusse von 15% ab dem 31. März 2017 ausgegangen werde, zumal die genauen Berechnungsgrundlagen nicht bekannt seien. Aus dem Bericht der Schmerzlinik D. _____ vom 9. Januar 2018 gehe sodann unter anderem hervor, dass es bereits bei Berührung der narbigen Veränderungen über der Achillessehne zu ausstrahlenden Schmerzen bis zum medialen Rückfuss und bis in die Unterschenkelmuskulatur komme. Der festgestellten dynamischen Schmerzempfindlichkeit (Allodynie) im Bereich des lateralen Rückfusses bis zum Vorderfuss, der Erfüllung der Budapester Kriterien für ein Komplexes Regionales Schmerzsyndrom (Complex Regional Pain Syndrome, CPRS) sowie die Schädigung des Suralisnervs (Suralisneuropathie) hätte im Gutachten des ZMB (...) mittels eines neurologischen und eines rheumatologischen Teilgutachtens Rechnung getragen werden müssen, was vorliegend aber fehle. Dem Bericht des behandelnden Orthopäden Dr. I. _____ vom 11. Dezember 2020 sei im Weiteren zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in physiotherapeutischer Behandlung sei und nebst den bekannten Fusschmerzen auch an bedeutenden Knieschmerzen leide, wobei die Magnetresonanztomographie (MRT) vom 10. November 2020 eine beginnende Knorpelerkrankung hinter der Kniescheibe (Chondropathia Patellae), einen partialen Riss des medialen Kollateralbandes (Innenband; MCL) sowie eine Baker-Zyste zeige. Der Folgebericht vom 9. November 2021 halte fest, der Beschwerdeführer sei nicht arbeitsfähig

und pflegebedürftig. Wiederum widerspreche dieser Arztbericht dem Gutachten des ZMB (...): Einerseits habe Dr. I. _____, wie auch schon Dr. K. _____, das Schuhwerk für nicht erwähnenswert gehalten, andererseits seien von Seiten der Gutachterstelle betreffend die Kniebeschwerden lediglich ein Röntgen und keine darüber hinausgehenden Untersuchungen geschweige denn Ausführungen gemacht worden. Dass dem Beschwerdeführer im Gutachten der Vorwurf der Gewichtszunahme und der missbräuchlichen Einnahme von Tramadol gemacht werde, sei verfehlt, zumal er die Medikamente offensichtlich zur Schmerzbewältigung benötige und die Gewichtszunahme auch ein Beweis der schweren chronischen Depressionen, verursacht durch die Schmerzen, sein dürfte. Des Weiteren würden auch die psychiatrischen Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. L. _____ gegen eine Arbeitsfähigkeit in einem angepassten Bereich seit Ende März 2017 sprechen. So sei ihrem letzten Bericht vom 28. November 2019, der den Gutachtern im Übrigen nicht vorgelegen habe, zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer an einer mittelgradigen depressiven Symptomatik nebst Alpträumen sowie Erinnerungen an den Unfall und die Nachbehandlungen leide. Ausserdem sei eine andauernde Persönlichkeitsänderung und eine chronische posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) diagnostiziert worden. Die im Gutachten vertretene Ansicht, die Alpträume seien Folge der pharmakologischen Behandlung mit Sequase/Quetiapin sei mithin unglaubhaft. Vielmehr spreche die Einnahme von Sequase/Quetiapin für das Vorliegen einer schweren Depression. Diesbezüglich wären die Testresultate des psychiatrischen Gutachters zu edieren gewesen, wenn dieser Werte festgestellt haben sollte, die nur für eine leichte depressive Episode sprechen würden. Die PTBS sei sodann ausgeschlossen worden und zur Persönlichkeitsstörung habe sich der Gutachter nicht geäussert, obschon zur Feststellung einer Persönlichkeitsstörung eine neuropsychologische Untersuchung notwendig gewesen wäre. Das Gutachten sei daher auch in dieser Hinsicht mangelhaft. Der nachbehandelnde Psychiater in Brasilien, Dr. M. _____, habe in seiner Diagnose vom 19. November 2021 bestätigt, dass eine rezidivierende depressive Störung und eine PTBS vorliegen würden, wobei die Symptome erst nach dem Unfall entstanden seien. Zugleich habe er die Einnahme von Sequase/Quetiapin und Duloxetin bestätigt, was wiederum für eine schwere depressive Episode spreche. Die psychiatrische Prognose sei unbestimmt und hänge auch von der Entwicklung und Anpassung des Patienten ab. Auch dieser ärztliche Bericht habe im Gutachten des ZMB (...) im Übrigen keine Beachtung gefunden. Schliesslich sei am 22. Juni 2018 eine Begutachtung durch den Vertrauensarzt der Krankentaggeldversicherung E. _____, Dr. med. F. _____, erfolgt, in welcher eine sonstige Reaktion auf schwere Belastung (ICD-10 43.8) diagnostiziert und eine Arbeitsfähigkeit von 50% sowohl in einem angestammten als auch in einem angepassten Bereich aus psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht festgestellt worden sei. Insgesamt seien die Diskrepanzen zwischen der Arbeitsfähigkeitseinschätzung der Gutachter und den behandelnden Spezialisten inakzeptabel und eine neue Begutachtung sei angezeigt. Es sei eine völlig unzureichende somatische Abklärung und keine kritische Würdigung der Arztberichte betreffend den Fuss, das Knie und den Rücken vorgenommen worden. Auch die psychiatrische Abklärung sei mangelhaft, indem ein neuropsychologisches Teilgutachten sowie Testresultate fehlen würden. Das psychiatrische Leiden sei ungeachtet einer zwischenzeitlichen Verbesserung im Sinne einer Komorbidität zu berücksichtigen, zumal es zwischen chronischen Schmerzen und Depressionen zu ungünstigen Wechselwirkungen kommen könne.

E. 6.3

In ihrer Vernehmlassung vom 12. Dezember 2022 führte die Vorinstanz aus, soweit der Beschwerdeführer geltend mache, in der angefochtenen Verfügung seien nicht sämtliche seiner gesundheitliche Beschwerden berücksichtigt worden, die medizinischen Abklärungen seien unzureichend und es gebe konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens sprechen würden, und er zudem die Einholung eines neuen Gutachtens beantrage, welches die Disziplinen Rheumatologie, Neurologie und Neuropsychologie mitumfasse, sei Folgendes festzustellen: Die beschwerdeweise eingereichten medizinischen Unterlagen seien den Experten ordnungsgemäss zur Verfügung gestellt und das gesamte Dossier sei im Rahmen des Gutachtens berücksichtigt worden. Einzig der Bericht vom 28. November 2019 sei von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers erst nach der Erstellung des Gutachtens eingereicht worden. Der ärztliche Dienst der IVSTA habe sich mit Stellungnahme vom 22. Juli 2022 eingehend zum Beweiswert des Gutachtens geäussert und dabei insbesondere festgestellt, dass das Gutachten umfassend und von Ärzten mit der entsprechenden medizinischen Qualifikation erstellt worden sei. Die Experten hätten eine detaillierte Studie der strittigen Punkte auf der Grundlage umfassender Untersuchungen gemacht und die beklagten Beschwerden des Versicherten berücksichtigt. Die Beschreibung des medizinischen Kontexts und der medizinischen Situation sei klar und die Schlussfolgerungen der Experten seien hinreichend begründet. Der Bericht enthalte zudem ausreichende Elemente bezüglich der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281, wobei diese bei der Erstellung der Schlussfolgerungen berücksichtigt worden seien. Entsprechend erfülle das polydisziplinäre Gutachten vom 11. Mai 2022 die vom Bundesgericht an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen. Die von der Rechtsvertreterin vertretenen medizinischen Schlussfolgerungen seien wissenschaftlich unbelegt. Dem Gutachten komme volle Beweiskraft zu, womit sich die Erstellung eines neuen polydisziplinären Gutachtens erübrige.

E. 6.4

Mit Eingabe vom 13. Februar 2023 wurde ein Bericht von Dr. G. _____ des Hospital H. _____, Brasilien, vom 2. Februar 2023 eingereicht (auf Englisch; BVGer-act. 9), wonach der Beschwerdeführer an depressiven Beschwerden im Zusammenhang mit dem Unfall, an Wiedererleben der Ereignisse und damit zusammenhängend an einer Verschlechterung der Symptome leide, die seine kognitiven und körperlichen Funktionen beeinflusse (ICD-10 F33.1, F43 und F13.2 [rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode/Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen/Abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika]). Er leide sodann an einer gedrückten Stimmung, an Entmutigung, geringem Selbstwertgefühl, sozialer Isolation und Schlaflosigkeit, was die Arbeitsfähigkeit beeinträchtige. Medikamentös werde er behandelt mit Desvenlafaxin (antriebssteigerndes Antidepressivum), Trazodon (schlafanstossendes Antidepressivum) und Alprazolam (Benzodiazepin/Anxiolytikum). Derzeit sei er nicht arbeitsfähig. Im am 5. April 2023 eingereichten Bericht von Dr. I. _____ vom 10. März 2023 (BVGer-act. 10) wurde dargelegt, dass die Funktion des Fusses und des Sprunggelenks um 60% eingeschränkt sei und der Beschwerdeführer an einer nicht näher bezeichneten Verletzung der unteren Extremität (ICD-10 T93.9) leide. Das Vorliegen einer systemischen degenerativen Erkrankung, hauptsächlich das zentrale Nervensystem betreffend (ICD-10 G13), sei hingegen zu verneinen. Gemäss mit Eingabe vom 24. April 2023 eingereichtem Bericht von Dr. K. _____ vom 23. April 2023 (BVGer-act. 13) würden sich die Schmerzen des Beschwerdeführers nicht durch besser

angepasste Schuhe lindern lassen, da damit lediglich ein besseres Abrollen der Füsse ermöglicht würde. Ausserdem wäre die Kostenübernahme für deren Anfertigung im Ausland nicht gewährleistet. Das Knieproblem könnte mit der Fehlstellung des Fusses in Spitzfussstellung zusammenhängen oder eine Ursache haben, die in keinem Zusammenhang mit dem Unfall stehe. Dr. K._____ räumte aber gleichzeitig ein, den Beschwerdeführer seit langer Zeit nicht mehr untersucht zu haben und daher keine neuen klinischen Erkenntnisse liefern zu können. Replikweise liess der Beschwerdeführer einen Bericht seines behandelnden Arztes in Brasilien, Dr. G._____ des «Hospital H._____» einreichen (in portugiesischer Sprache; deutsche Übersetzung nachgereicht mit Eingabe vom 1. August 2023 [BVGer-act. 19]). Darin wurde festgehalten, dass er zusätzlich mit Valproat (Antiepileptikum, Stimmungsstabilisierer), Amitriptylin (schlafanstossendes Antidepressivum) und Zolpidem (Benzodiazepin-ähnliches Schlafmittel) behandelt werde, worauf er teilweise anspreche. Hauptursache für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seien aber die körperlichen Einschränkungen und chronischen Schmerzen. Die Frage nach der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers lasse sich nicht beantworten und sei von verschiedenen Faktoren abhängig. Sicherlich sei eine angemessene medikamentöse Behandlung sowie eine regelmässige psychotherapeutische Betreuung zur Symptomlinderung hilfreich, wobei gewisse Kosten der Medikamente vom Patienten selbst getragen werden müssten, was die angemessene therapeutische Unterstützung teilweise einschränke. Des Weiteren wurde der Replik ein an Dr. G._____ gerichteter Fragekatalog der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers beigelegt (in englischer Sprache).

E. 6.5

Mit Duplik vom 1. September 2023 verwies die Vorinstanz vordergründig auf die Stellungnahmen des ärztlichen Dienstes der IVSTA. Im Bericht vom 18. August 2023 legte Dr. N._____, Facharzt Innere Medizin, Rheumatologie sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, dar, dass die vor und mit der Replik eingereichten medizinischen Berichte keine neuen Informationen den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers betreffend enthalten würden und nicht geeignet seien, die vorliegende medizinische Beurteilung in Frage zu stellen. In Bezug auf die Kniebeschwerden sei festzuhalten, dass selbst wenn sich der Beschwerdeführer einer arthroskopischen Operation unterziehen würde, dies bloss zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit führen würde. Im Bericht vom 29. August 2023 hielt Dr. O._____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie sowie Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, fest, dass die neu eingereichten Berichte ein depressives Syndrom sowie eine Abhängigkeit von Sedativa/Hypnotika bestätigen würden, wobei diese Störungskomplexe bereits im ZMB-Gutachten beschrieben und im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers diskutiert worden seien. Die aufgeführten Symptome könnten zudem mindestens teilweise auf die dysfunktionale Einnahme von Schmerz- und Beruhigungsmitteln zurückgeführt werden. Den eingereichten Berichten seien aber keine neuen objektiven Befunde zu entnehmen. Erwähnenswert sei, dass im jüngsten Bericht des behandelnden Arztes die Auswirkungen der psychischen Störung auf die Arbeitsfähigkeit sehr zurückhaltend formuliert worden seien. Insgesamt seien diese Ausführungen zum psychischen Befund sehr knapp und oberflächlich ausgefallen. Zudem sei seitens des behandelnden Arztes keine hohe Dringlichkeit einer regelmässigen Behandlung zu erkennen, nachdem nach einer Erstkonsultation neue Medikamente verordnet worden seien, eine Kontrolle aber erst acht Wochen später durchgeführt worden sei. Ohnehin seien den Unterlagen keine Angaben zur Frequenz der Behandlungen zu entnehmen. Insgesamt sei die Einordnung der Symptomatik als mittelgradige Depression

und die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit als blosse abweichende Einschätzung desselben Sachverhaltes anzusehen.

E. 6.6

In der Triplik wurde zu den Berichten des ärztlichen Dienstes der IVSTA Stellung genommen und in Bezug auf den Bericht von Dr. N. _____ ausgeführt, dass dessen Argument, Dr. K. _____ habe den Beschwerdeführer seit seiner Ausreise aus der Schweiz weder gesehen noch untersucht, ins Leere schlage. So habe Dr. K. _____ den Beschwerdeführer zuvor behandelt und habe sich anhand des Bildmaterials von Dr. I. _____ ein Bild seiner Beschwerden machen können. Ebenso wenig könne die Kritik, die von Dr. I. _____ neurologisch diagnostizierte Neuropathie (ICD-10 G13) stehe ausserhalb des vorliegenden Kontexts, gehört werden. Insbesondere müsse diese Diagnose bereits längere Zeit bestanden haben und ursächlich für die chronischen Schmerzen sein. Der Beschwerdeführer habe im Übrigen lediglich aus finanziellen Gründen nicht früher einen Neurologen aufgesucht. Entsprechend sei auf den Folgebericht von Dr. I. _____ vom 24. November 2023 (und damit zusammenhängend auf die neurologische Testung bei P. _____ von Dr. Q. _____ vom 16. November 2023 sowie den Arztbericht des Neurologen Dr. R. _____ vom 24. November 2023) zu verweisen, wonach der Beschwerdeführer aufgrund der bereits gestellten Diagnosen und der Neuropathie nicht arbeitsfähig sei. Indem keine neurologische Untersuchung durchgeführt worden sei, erweise sich das Gutachten des ZMB (...) als unvollständig. Ausserdem seien die im Gutachten gezogenen Schlüsse, dass auch eine vorwiegend sitzende angepasste Tätigkeit in einem Vollzeitpensum möglich wäre und durch eine adäquate Therapie eine Beruhigung des Reizzustandes sowie eine Steigerung der Geh- und Stehfähigkeit zu erwarten sei, falsch, zumal es bei einer Neuropathie keine Heilung gebe. Daher dürfte weder eine adäquate Schuhversorgung noch ein Gewichtsverlust den fortschreitenden neurologischen Prozess verhindern können. In Bezug auf das Knie widerspreche Dr. N. _____ mit der Empfehlung zur Durchführung einer Kniearthroskopie der Diagnose von Dr. K. _____, der eine solche nur empfehle, wenn starke Schmerzen vorliegen würden. Ausschlaggebend sei, dass die Kniebeschwerden beziehungsweise die Beschädigung des medialen Seitenbandes von den Gutachtern des ZMB übersehen worden sei. Des Weiteren wurde in der Triplik festgehalten, dass sich Dr. O. _____ mit den viel detaillierteren Vorbefunden von Dr. L. _____ und dem Gutachten des Vertrauensarztes der Krankentaggeldversicherung E. _____ nicht befasst, lediglich die neueren Berichte berücksichtigt und ausserdem den Umstand, dass der Beschwerdeführer fünfmal habe operiert werden müssen, ausser Acht gelassen habe. Der neue Psychiater des Beschwerdeführers, zu welchem er lediglich gewechselt sei, weil dieser die Berichte den schweizerischen Behörden auf Englisch und nicht nur auf Portugiesisch einreichen könne, habe sich zurückhaltend bezüglich der Arbeitsunfähigkeit geäussert, da er den Beschwerdeführer noch nicht lange behandle. Die geringe Anzahl Konsultationen sei sodann auf die prekäre finanzielle Lage des Beschwerdeführers zurückzuführen. Insgesamt sei von verschiedener Seite bereits die Diagnose der PTBS und der mittelgradigen Depression gestellt worden. Die Ausführungen von Dr. O. _____ zur Medikation seien sodann unschlussig: Einerseits seien dem Beschwerdeführer Schmerzmittel wie Tramadol aufgrund der chronischen Schmerzen verschrieben worden; deren Einnahme als dysfunktional zu bezeichnen, überschreite ausserdem die fachliche Kompetenz von Dr. O. _____. Andererseits sei die Verschreibung von Psychopharmaka als lege artis zu erachten und die Abgabe von Neuroleptika spreche für das Vorliegen einer schweren

psychischen Störung.

E. 6.7

Mit Eingabe vom 2. Januar 2024 wurde ein Bericht von Dr. I. _____ vom 29. Dezember 2023 (in portugiesischer Sprache) nachgereicht (BVGer-act. 29). Nach einer Übersetzung durch das Bundesverwaltungs-gericht wurde die Vorinstanz zur Einreichung einer weiteren Stellungnahme gebeten. In ihrer Quadruplik verwies die Vorinstanz auf die Stellungnahmen ihres ärztlichen Dienstes, wobei Dr. N. _____ mit Berichten vom 5. und 16. Januar 2024 festhielt, dass sich aus osteo-artikulärer Hinsicht aus den neu eingereichten Berichten keine Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ergebe. Der Zustand der operierten linken Achillessehne, begleitet von einer neurologischen Beeinträchtigung, verringere zwar die Funktion der unteren linken Extremität sowie die Gehfähigkeit. Dies führe aber nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Ausserdem sei, wie bereits im Gutachten von Dr. S. _____ dargelegt, darauf hinzuweisen, dass die Funktionsbeeinträchtigung des Sprunggelenks und des Fusses durch das Tragen eines orthopädisch angepassten Schuhs erheblich korrigiert werden könne. In Bezug auf die neurologische Beurteilung sei festzustellen, dass die Sensibilitätsstörung bereits durch Swiss T. _____ am 13. Februar 2018 diagnostiziert und untersucht worden sei. Der Code ICD-10 G13 beziehe sich überdies auf systemische degenerative Erkrankungen, die hauptsächlich das zentrale Nervensystem betreffen würden, wohingegen der Beschwerdeführer eine periphere neurologische Läsion der linken unteren Extremität mit sensorischen Beschwerden infolge eines Unfalls aufweise. Das Gutachten des ZMB (...) habe ferner beim linken Unterschenkel das Problem der Achillessehne, die eingeschränkte Beweglichkeit des Sprunggelenks, die Muskelatrophie des Mallet, die Beeinträchtigung des linken Knöchels sowie die regelmäßige Einnahme von Opioiden berücksichtigt. Dr. U. _____, Spezialistin Neurologie, hielt in ihrer Stellungnahme vom 12. Januar 2024 zu Händen der IVSTA fest, dass die neu eingereichten ärztlichen Berichte eine posttraumatische neurologische Schädigung des linken Sprunggelenks beschreiben würden, wobei die Diagnose einer suralen Neuropathie mit Schmerzen im linken Fuss bereits in der Begutachtung erwähnt und berücksichtigt worden sei. Die im Jahre 2018 durchgeführte Elektroneuromyographie (ENMG)-Untersuchung habe eine sensorische Schädigung des Suralisnervs ohne weitere Anomalien bei den anderen Nerven ergeben; ebenso sei eine Hypästhesie und eine Hypoalgesie des linken Fusses festgestellt worden. Die Untersuchung vom 16. November 2018 zeige demgegenüber zwar eine stärkere Schädigung des Nervus suralis und des Nervus peroneus links im Bereich des Sprunggelenks. Gleichzeitig sei aber die Beschreibung der klinischen Symptome ähnlich geblieben, mit Schmerzen und einer Beweglichkeitseinschränkung im Bereich des Sprunggelenks, was das Gehen beeinträchtige. Im Weiteren sei auch die Wirkung der Einnahme von Opioiden/Tramadol-Abhängigkeit, welche in den neu eingereichten Berichten thematisiert werde, bereits im Gutachten abgehandelt worden.

E. 6.8

In der Quintuplik wurde zunächst bemängelt, dass sich Dr. N. _____ trotz fehlender Qualifikation zur neurologischen Diagnose ICD-10 G13 geäussert und diese kritisiert habe. Er verkenne, dass die Untersuchungen in Brasilien umfassender gewesen seien als die der Swiss T. _____, so dass die neurologische Diagnose von Swiss T. _____ hätte übersehen werden können. Die Feststellung von Dr. U. _____, es sei bereits im Gutachten des ZMB (...) von einer Neuropathie die Rede gewesen, sei überdies unzutreffend: Wären

die begutachtenden Experten von einem neurologischen Leiden ausgegangen, wäre wohl eine neurologische Untersuchung und in der Folge ein neurologisches Teilgutachten erfolgt. Im Gutachten seien die Experten aber auf die Schmerzsituation des Fusses gar nicht erst eingegangen. Es bestünden mithin erhebliche Zweifel an den Ausführungen von Dr. U._____ wenn sie festhalte, den neurologischen Beschwerden sei mit der orthopädischen Untersuchung und Begutachtung durch das ZMB (...) genügend Rechnung getragen worden.

E. 6.9

Die Vorinstanz verwies in ihrer Sextuplik auf ihre Vernehmlassung, die Duplik sowie die Quadruplik und enthielt sich weiteren ergänzenden Ausführungen.

E. 7

Vorab streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz in der vorliegend angefochtenen Verfügung zu Recht davon ausging, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit seit 12. August 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % sowie in einer angepassten Tätigkeit seit 31. März 2017 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (mit wesentlichen funktionellen Einschränkungen) aufweist beziehungsweise ob der Sachverhalt im vorinstanzlichen Verfahren rechtsgenügend abgeklärt wurde (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; siehe hiernach E. 9). Aus den Akten ergibt sich zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie zur Einschränkung seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit Folgendes:

E. 8.1

In somatischer Hinsicht:

E. 8.1.1

Der Unfall, bei welchem ein Gabelstapler von hinten in die linke Ferse des Beschwerdeführers gefahren ist, ereignete sich am 12. August 2015. Der Beschwerdeführer wurde notfallmässig im Stadtspital V._____ D._____ operiert, wobei eine offene Achillessehnenruptur links diagnostiziert und diese mit einer Wundrevision und einer offenen Achillessehnennaht operativ versorgt wurde (IVSTA-act. 10 S. 56 f., IVSTA-act. 178). Beim Austritt am 15. August 2015 befand sich der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand mit reizlosen Wundverhältnissen (IVSTA-act. 8 S. 2, IVSTA-act. 10 S. 54 f., IVSTA-act. 177). Aufgrund einer Schmerzexazerbation wurde der Beschwerdeführer am 22. August 2015 erneut im Stadtspital V._____ vorstellig; ihm wurde zur Behandlung der Schmerzen Paracetamol, Novalgin 500 mg und Voltaren verschrieben (IVSTA-act. 10 S. 47, IVSTA-act. 8 S. 3, IVSTA-act. 185). In der Verlaufskontrolle vom 4. November 2015 im Stadtspital V._____ D._____ wurde wegen der instabilen Wundsituation eine operative Sanierung der Wundläsion diskutiert (IVSTA-act. 10 S. 45 f., IVSTA-act. 184). Der Beschwerdeführer wurde, zugewiesen von seiner Hausärztin Dr. W._____, am 3. Dezember 2015 notfallmässig in der Universitätsklinik X._____ D._____ ambulant untersucht; es wurde eine Wundheilungsstörung diagnostiziert und der Verdacht eines low grade Infektes im Bereich der Achillessehne geäussert (IVSTA-act. 10 S. 37 f., IVSTA-act. 191). Das MRT vom 10. Dezember 2015 zeigte eine erheblich verdickte und signalalterierte Achillessehne mit erhaltener Kontinuität und Suszeptibilitätsartefakten sowie ein ausgeprägtes Knochenmarködem des Fersenbeinhöckers mit Läsion (IVSTA-act. 10 S. 26, IVSTA-act. 20 S. 44). In der Folge wurde der Beschwerdeführer am 11. und am 18. Dezember 2015 in der Universitätsklinik X._____ D._____ operiert, wobei eine

Wundreinigung (Débridement) und anschliessend eine Resektion der Achillessehne durchgeführt wurde (IVSTA-act. 10 S. 10 f. und S. 12 f., IVSTA-act. 198 und 199). Der Austritt aus der Universitätsklinik X. _____ erfolgte am 31. Dezember 2015; dem Beschwerdeführer wurde Dafalgan (1 g), Novalgin (500 mg), Clexane (0.4 ml) sowie Bactrim forte (800/160 mg) verschrieben (IVSTA-act. 10 S. 6 ff., IVSTA-act. 203, IVSTA-act. 10 S. 16, IVSTA-act. 20 S. 12). Die Verlaufskontrolle vom 2. Februar 2016 zeigte sich regelrecht (IVSTA-act. 20 S. 8 f.). Am 19. Februar 2016 erfolgte der operative Flexor-hallucis-longus-Sehnen (FHL)-Transfer in der Universitätsklinik X. _____ (IVSTA-act. 20 S. 17 f.), woraufhin der Beschwerdeführer am 25. Februar 2016 entlassen und ihm die Medikamente Dafalgan (4 x 1 g), Voltaren Retard (2 x 75 mg), Pantozol (40 mg), Clexane (40 mg/0.4 ml) und Stilnox (10 mg) verschrieben wurden (IVSTA-act. 16 S. 2 f., IVSTA-act. 20 S. 15 ff., IVSTA-act. 213). Aufgrund anhaltender Kopfschmerzen wurde beim Beschwerdeführer am 7. April 2016 ein MRT seines Schädels durchgeführt (IVSTA-act. 16 S. 7). In den Verlaufskontrollen in der Universitätsklinik X. _____ vom 14. April und 24. Mai 2016 (IVSTA-act. 17, IVSTA-act. 20 S. 28 f., IVSTA-act. 220, IVSTA-act. 19, IVSTA-act. 20 S. 34 f., IVSTA-act. 225) berichtete der Beschwerdeführer zwar über Schmerzen und Beschwerden nach der Physiotherapie, der Verlauf zeigte sich aber regelrecht. Der behandelnde Arzt verschrieb ihm nochmals Physiotherapie zur Kräftigung der Unterschenkelmuskulatur, welche nun konsequent durchgeführt werden sollte. Nachdem der Beschwerdeführer in der Physiotherapie am 20. Juni 2016 gestürzt war, liess er sich in der Notfallstation Chirurgie im Spital Y. _____ untersuchen (IVSTA-act. 28 S. 20), wobei ein am 21. Juni 2016 durchgeführtes Röntgen keine Ruptur und ein intaktes Sehnentransplantat zeigte (IVSTA-act. 28 S. 9 und S. 17 ff.). In den Verlaufskontrollen vom 28. Juli und 20. September 2016 berichtete der Beschwerdeführer über eine zunehmende Besserung der Beschwerden bei stagnierender Beweglichkeit, wobei ihm zur Weiterführung der Physiotherapie, zum Tragen des orthopädischen Schuhs sowie zur weiteren Verwendung der Gehstützen geraten und ihm Xarelto (10 mg) zur Thromboseprophylaxe verschrieben wurde (IVSTA-act. 28 S. 39 f., IVSTA-act. 28 S. 72 f.). Es folgte eine ambulante Rehabilitation in der Rehaklinik Z. _____ vom 7. September bis zum 7. Oktober 2016 (IVSTA-act. 26, IVSTA-act. 28 S. 74 f. und S. 76 f., IVSTA-act. 301). Laut dem provisorischen Kurzbericht vom 7. Oktober 2016 und dem Austrittsbericht der Reha-Klinik Z. _____ vom 21. Oktober 2016 waren beim Austritt weiterhin bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen über der Achillessehne und medial/lateral am oberen Sprunggelenk (OSG) links, eine stark eingeschränkte Beweglichkeit des OSG links, eine rezidivierende, belastungsabhängige Schwellung des distalen Unterschenkels links, belastungs- und positionsabhängige, linksseitige Gesässschmerzen sowie intermittierende Durchschlafprobleme zu verzeichnen. Die Mobilität war nur mittels zwei Gehstützen unter schmerzbedingter und vollständiger Entlastung des linken Fusses gegeben. Ebenso wurde festgehalten, dass die bisherige berufliche Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei, dass die Fortführung von Physiotherapie und eine allmähliche Entwöhnung der Gehstützen notwendig sei; gleichzeitig wurde Dafalgan (1 g) bei Bedarf verschrieben. Ein erneutes MRT vom 7. Dezember 2016 in der Universitätsklinik X. _____ zeigte weiterhin einen intakten Transfer und eine zunehmende Vernarbung der Achillessehne (IVSTA-act. 42 S. 13 f., IVSTA-act. 321). In den Sprechstunden der Universitätsklinik X. _____ vom 24. November und 12. Dezember 2016 wurde festgestellt, dass trotz intensiv betriebener adäquater konservativer Therapie kein Fortschritt hinsichtlich der Dorsalextensionsfähigkeit erkennbar und der Verlauf frustrierend sei (IVSTA-act. 42 S. 15 f.,

IVSTA-act. 322, IVSTA-act. 328). Der Beschwerdeführer holte am 1. Februar 2017 eine Zweitmeinung der a. _____ Klinik hinsichtlich einer erneuten Operation mittels Narben-Débridement ein, wobei diagnostisch ein Dorsalextensionsdefizit mit deutlichen Restbeschwerden am Rückfuss links festgehalten und ihm mitgeteilt wurde, es sei fraglich, ob eine Operation eine komplette Schmerzfreiheit oder eine langfristige signifikante Verbesserung der Beweglichkeit herbeiführen könne (IVSTA-act. 353). Die Untersuchung des C. _____-Kreisarztes vom 31. März 2017 bestätigte im Wesentlichen die bislang gestellten Diagnosen in somatischer Hinsicht und die Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit (IVSTA-act. 373). Nachdem der Beschwerdeführer einen erneuten operativen Eingriff Anfang des Jahres 2017 absagte, wurde in der Sprechstunde der Universitätsklinik X. _____ vom 8. Juni 2017 aufgrund der unverändert starken Schmerzen, des hohen Leidensdruckes und der starken Behinderung im Alltag dennoch eine operative Revision geplant (IVSTA-act. 53 S. 60 f., IVSTA-act. 393; s. auch IVSTA-act. 53 S. 66 und IVSTA-act. 396 betreffend die entsprechende radiologische Untersuchung vom 16. Juni 2017 in der Universitätsklinik X. _____).

E. 8.1.2

Der Beschwerdeführer wurde am 19. September, 26. September und 28. November 2017 von Dr. K. _____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) des Fussinstituts D. _____ behandelt. Dabei wurde festgestellt, dass die Operationsnarbe reizlos, eine Dorsalflexion nicht möglich sei und gar eine leichte Spitzfussdeformität am Rückfuss von 5 Grad bestehe. Im Bereich des Achillessehnenrekonstrukts seien starke Schmerzen zu verzeichnen und die Sensibilität im Bereich des Nervus suralis sei gestört. Ausserdem herrsche eine massive Atrophie der gesamten Unterschenkelmuskulatur vor sowie eine Steifigkeit und fehlende Kraft. Die neurologischen Untersuchungen seien eingeschränkt und nicht aussagekräftig. Die aktuelle Situation sei durch weitere Interventionen schwierig zu beheben und eine Funktionswiederherstellung sei nicht mehr möglich. Der Integritätsschaden sei von der Achillessehne her eindeutig, aber die psychischen Auswirkungen seien relevant, nachdem der Beschwerdeführer nicht mehr in seiner bisherigen Tätigkeit arbeiten könne. Dr. K. _____ empfahl sodann ein MRT der Unterschenkelmuskulatur sowie eine Beurteilung der neurologischen Situation (IVSTA-act. 55 und 430). Zudem wurden im Sinne von Nebendiagnosen eine Depression, Kopfschmerzen und Angstzustände, eine Handfraktur rechts, eine Lebensmittelunverträglichkeit sowie eine Schleimbeutelentzündung am Ellbogen links (Hämato Bursa) festgestellt. Eine Beurteilung der Muskulatur durch die Klinik b. _____ am 22. September 2017 zeigte sodann einen Volumenverlust der Unterschenkelmuskulatur links und eine symmetrische beidseitige diskrete Verfettung Grad I nach Goutallier (IVSTA-act. 56).

E. 8.1.3

In einer Untersuchung durch die Schmerzklinik D. _____ am 5. Januar 2018 wurden insbesondere folgende Diagnosen gestellt: Die Budapester Kriterien für CRPS seien zwar formal erfüllt, zum Behandlungszeitpunkt sei das CRP aber normal gewesen; eine Suralisneuropathie sowie eine depressive Episode (ein Suizidversuch mittels Medikamenten im Juli 2017 habe durch den Sohn des Beschwerdeführers verhindert werden können, s. auch IVSTA-act. 429 S. 2, 436 S. 2). Es wurden transdermales DMSO sowie NO-Donator sowie eine Infiltration der Ischiadikus Wurzel erprobt sowie eine kombinierte Lymphdrainage und eine Faszientherapie versucht (IVSTA-act. 68, 429, 436, 442).

E. 8.1.4

Im Rahmen der Untersuchung von Swiss T. _____ am 13. Februar 2018 wurde festgestellt, dass aufgrund der deutlichen Atrophie der Unterschenkelmuskulatur links sich die Frage nach einer neurogenen Läsion stelle. Ausserdem sei der Nervus suralis links verletzt, was zu einer Sensibilitätsstörung führe (IVSTA-act. 74, 75, 434 und 444)

E. 8.1.5

Verlaufsberichte von Dr. K. _____, Fussinstitut D. _____, vom 31. August und 11. September 2018 bescheinigen, dass eine Achillessehnenrekonstruktion nicht mehr sinnvoll sei. Zwar könne auf somatischer Seite die Möglichkeit einer OSG-Arthrodeese geprüft werden, was jedoch die psychiatrischen Einschränkungen nicht verbessere. Im angestammten Bereich sei der Patient zu 100% arbeitsunfähig, eine Arbeitsfähigkeit im angepassten Bereich, rein somatisch gesehen, sei höchstens mit einer Wahrscheinlichkeit von 50-60% erreichbar (IVSTA-act. 94, IVSTA-act. 97 S. 3 f.).

E. 8.1.6

Dem Beschwerdeführer wurde von den behandelnden Ärzten insgesamt vom 12. August 2015 bis 14. April 2016 (IVSTA-act. 8, 10, 16, 20, 170, 179, 184, 194, 195, 198, 199, 210), vom 28. Juli 2016 bis 30. November 2016 (IVSTA-act. 23, 28, 294, 298, 313) sowie vom 16. Oktober 2017 bis 28. Februar 2018 (IVSTA-act. 76) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert.

E. 8.2

In psychiatrischer Hinsicht:

E. 8.2.1

Den Akten kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer erstmals am 23. März 2016 bei Dr. L. _____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung war, diese zunächst bis im August 2016 fortführte und im April 2017 wiederaufnahm (IVSTA-act. 16 S. 8; IVSTA-act. 436). Verschiedene Arztzeugnisse von Dr. L. _____ attestierten dem Beschwerdeführer aus medizinischen Gründen eine Arbeitsunfähigkeit zu 100% (IVSTA-act. 76 S. 61, IVSTA-act. 97, IVSTA-act. 114, IVSTA-act. 112), die Unfähigkeit, an einem Sprachkurs teilzunehmen (IVSTA-act. 76 S. 39) und seinen finanziellen Verpflichtungen nachzukommen (IVSTA-act. 76 S. 8). Während seines Aufenthalts in der Reha-Klinik Z. _____ vom 7. September bis zum 7. Oktober 2016 erfolgte durch Frau c. _____ eine psychosomatische Abklärung und es wurde eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) diagnostiziert (IVSTA-act. 28 S. 74 f., S. 76 ff. und S. 86 ff.; IVSTA-act. 301). Bereits in ihrem Bericht an die C. _____ vom 4. Juli 2016 diagnostizierte Dr. L. _____ beim Beschwerdeführer (zusätzlich) eine PTBS (IVSTA-act. 28 S. 24 f.). Ab April 2017 befand er sich in regelmässiger psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. L. _____ und ihm wurden zunächst die Psychopharmaka Trittico, Lyrics, Trimipramin, Remeron und Brintellix verordnet, später die Medikamente Duloxetin (60 mg), Sequase (300 mg) und Xanax (0.5 mg) (IVSTA-act. 78, IVSTA-act. 80). In ihren Berichten an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vom 27. Februar 2018 und 14. September 2018 sowie an die Taggeldversicherung E. _____ vom 15. März 2018 führte Dr. L. _____ aus, der Beschwerdeführer leide an einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.1), an einer PTBS (ICD10-F43.1) und chronischen Schmerzen, was sich auf seine

Arbeitsfähigkeit auswirke (IVSTA-act. 80, IVSTA-act. 436, IVSTA-act. 443). Er berichte unter anderem von Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten, reduziertem Antrieb, Freudlosigkeit, vermindertem Selbstwertgefühl, Zukunftsängsten, Erinnerungen und Albträumen des Unfalls, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Schmerzen an der Hand und Todessehnsucht. Insgesamt bestehe beim Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht eine 100% Arbeitsunfähigkeit; ein 50%-Pensum sei nur eventuell in einem geschützten Rahmen zumutbar (IVSTA-act. 97 S. 1 ff.; IVSTA-act. 446). Bei jeglicher Zunahme des bereits vorhandenen grossen psychischen und sozialen Druckes bestehe die Gefahr einer psychischen Dekompensation.

E. 8.2.2

Im psychiatrischen Gutachten von Dr. F. _____ vom 22. Juni 2018 zuhanden der Taggeldversicherung E. _____ wurde eine sonstige Reaktion auf eine schwere Belastung (ICD-10 F431.8) diagnostiziert, was sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Es bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei Berücksichtigung des bisherigen notwendigen psychointellektuellen Anforderungsniveaus. Ausserdem bestünden Einschränkungen für Umschulungs- und Qualifizierungsmassnahmen. Das Vorliegen einer PTBS verneinte Dr. F. _____ explizit; die vorliegende Störung sei aber reaktiv und Folge des Unfalls beziehungsweise der frustrierenden Behandlungsversuche. Ebenso wurde die in der Reha-Klinik Z. _____ diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) angezweifelt, insbesondere da sie durch eine nicht ärztliche Psychotherapeutin und ohne ausreichende Begründung erfolgt sei (IVSTA-act. 101 S. 19 f.).

E. 8.2.3

Die Hausärztin Dr. W. _____, Innere Medizin, hielt in ihrem Bericht vom 4. Oktober 2018 fest, dass eine psychische und körperliche 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Der Beschwerdeführer sei aus psychischen Gründen in seiner Aufmerksamkeit, seiner Konzentrationsfähigkeit und seinem Auffassungsvermögen stark limitiert. So sei beispielsweise der Besuch eines Deutschkurses nicht möglich. In körperlicher Hinsicht gehe er am Stock und habe Schmerzen dabei; entsprechend könne er keinen stehenden oder gehenden Job ausüben. Ausserdem habe er grosse Probleme mit seinem linken Handgelenk, welches am 4. Oktober 2018 operiert werde (IVSTA-act. 99). Die auf Beschwerdeebene eingereichten, mehrheitlich aus Brasilien stammenden Arztberichte und deren Inhalt wurden bereits in E. 6.2, 6.4 und 6.6 wiedergegeben, weswegen an dieser Stelle auf eine Wiederholung verzichtet wird.

E. 9

Zu prüfen ist im Folgenden, ob die Vorinstanz den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Hinblick auf den massgeblichen Zeitraum ab 31. März 2017 zutreffend festgestellt und gestützt darauf die ihm zumutbare Arbeitsfähigkeit korrekt eingeschätzt hat.

E. 9.1

Die Vorinstanz stützte ihre Beurteilung in der angefochtenen Verfügung auf das polydisziplinäre Gutachten des ZMB (...) vom 11. Mai 2022 (IVSTA-act. 565). Vorab fällt auf, dass das durch das ZMB (...) aufgeführte Aktenverzeichnis nicht vollständig ist. So fehlen in der Auflistung in der Anlage A des Gutachtens zahlreiche der im vorinstanzlichen Aktenverzeichnis enthaltenen medizinischen Akten (z.B. Bericht über die ambulante

Behandlung im Stadtpital V. _____ vom 22. August 2015 [IVSTA-act. 8 S. 3, 10 S. 47 und 185; Bericht vom 4. November 2015 über die Behandlung im chirurgischen Ambulatorium vom 26. August 2015 bis 3. November 2015 [IVSTA-act. 10 S. 45, 184]; Sprechstundenberichte der Universitätsklinik X. _____ vom 7. und 10. Dezember 2015 [IVSTA-act. 10 S. 26 und 37, 191 und 193]; Radiologiebericht der Universitätsklinik X. _____ vom 10. Dezember 2015 [IVSTA-act. 20 S. 44, 231]; Operationsberichte der Universitätsklinik X. _____ vom 11. und 18. Dezember 2015 sowie vom 19. Februar 2016 [IVSTA-act. 10 S. 10 und 12, IVSTA-act. 20 S. 17, 214]; Austrittsberichte der Universitätsklinik X. _____ vom 19. und 26. Februar 2016 [IVSTA-act. 16, 20 S. 15 und IVSTA-act. 213]; sämtliche Unterlagen des Spitals Y. _____ [IVSTA-act. 28, 269, 275]; Radiologiebericht der Universitätsklinik X. _____ vom 21. Juni 2016 (IVSTA-act. 28 S. 9, IVSTA-act. 262) und Sprechstundenbericht der Universitätsklinik X. _____ vom 23. Juni 2016 [IVSTA-act. 28 S. 17 f., IVSTA-act. 268]; Austrittsbericht sowie psychosomatisches Konsilium der Rehaklinik Z. _____ [IVSTA-act. 28 S. 76 und 86 und IVSTA-act. 301]; Radiologie- und Sprechstundenbericht der Universitätsklinik X. _____ vom 24. November 2016 und 7. Dezember 2016 [IVSTA-act. 42, 321 und 322]; Konsultationsbericht der Schulthess Klinik D. _____ vom 1. Februar 2017 [IVSTA-act. 353]; Bericht von Dr. K. _____ vom 19. September 2017 [IVSTA-act. 55, 430]). Entsprechend ist davon auszugehen, dass der Gutachterstelle kein aktualisiertes und vervollständigtes medizinisches Dossier vorlag. Insofern ist bereits aufgrund dessen fraglich, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt wurde (Art. 43 ATSG).

E. 9.2

Das interdisziplinäre/polydisziplinäre Gutachten des ZMB (...) vom 11. Mai 2022 (IVSTA-act. 565) umfasst eine allgemeine, psychiatrische und orthopädische Beurteilung.

E. 9.2.1

Der allgemeine Gutachter, Dr. d. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin, stellte fest, dass beim Beschwerdeführer eine Adipositas (31.0 kg/m²) und ein kleiner Schilddrüsenknoten links (laut Akten) vorliege und dass aus allgemein-internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege (S. 30-35).

E. 9.2.2

Der chirurgisch-orthopädische Gutachter, Dr. S. _____, FMH Chirurgische Orthopädie, hielt fest, es bestehe eine erhebliche Einschränkung der Geh- und Stehfähigkeit durch die Funktionsstörung des linken Fusses. Seit etwa zwölf Wochen nach dem letzten operativen Eingriff liege jedoch aus orthopädischer Sicht keine Diagnose vor, die die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angepasster Tätigkeit (überwiegend sitzend, zu vermeiden seien Tätigkeiten in kniender oder kauender Position, längeres Stehen und Gehen) beeinträchtige. Der Beschwerdeführer benötige dringend adäquate Schuhversorgung, welche vor allem die persistierende Spitzfussstellung berücksichtige. Sinnvoll wäre sodann eine Gewichtsreduktion, eine medizinische Trainingstherapie sowie der Verzicht auf Tramadol, zumal wahrscheinlich eine Opioid-induzierte Hyperalgesie (gesteigerte Schmerzempfindlichkeit) und eine induzierte Antriebsarmut bestehe. Diagnostiziert wurden eine komplexe Funktionsstörung des Rückfusses links mit schmerzhafter Tendinopathie (Sehnenleiden)/Paratenonitis achillea, eine eingeschränkte Beweglichkeit des oberen Sprunggelenks und speziell eine Spitzfussstellung. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein chronisches ilio-lumbosakrales Schmerzsyndrom bei freier

Beweglichkeit, ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik, mit symptomatischen lumbosakralen Facetten und Iliosakralgelenk, ein Status nach nichtdislozierter extraartikulärer distaler Radiusfraktur rechts (operativ im Jahre 2018 versorgt mit gutem Resultat), ein Status nach Bursektomie (Entfernung eines entzündeten Schleimbeutels) am linken Ellenbogen (am 24. Juli 2014, folgenlos ausgeheilt) sowie eine belastungsabhängige Gonalgie (Knieschmerzen) links mit Verdacht auf Innenmeniskusläsion links diagnostiziert (S. 36-46).

E. 9.2.3

Die psychiatrische Gutachterin, Dr. e. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte beim Beschwerdeführer eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) und hielt in ihrem Gutachten fest, dessen bisherige Tätigkeit als Logistiker, insbesondere mit dem Gebrauch eines Gabelstaplers, sei aus psychiatrischen Gründen aufgrund möglicher Erinnerungen an den Unfall nicht indiziert. Eine angepasste, das heisst repetitive, intellektuell nicht anspruchsvolle Tätigkeit, die unter Berücksichtigung der körperlichen Situation gewählt werden müsste, sei hingegen vollschichtig möglich. Eine solche Arbeit sei mit einer Rendement-Verminderung von 10% aus psychiatrischer Sicht möglich, sofern die Schmerzmedikation, insbesondere die Opioid-Medikation, (unter ärztlicher Überwachung) weiter abgebaut werde (S. 47-60).

E. 9.2.4

In der interdisziplinärer Gesamtwürdigung (S. 4 ff.) diagnostizierten die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - komplexe Funktionsstörung des Rückfusses links mit schmerzhafter Tendinopathie (Sehnenleiden)/Paratenonitis achillea, eine eingeschränkte Beweglichkeit des oberen Sprunggelenks und speziell eine Spitzfussstellung; bei - Status nach traumatischer offener Achillessehnenruptur links am 12. August 2015; - Status nach Wundrevision, offener Achillessehnennaht links am 12. August 2015; - Status nach FHL-Transfer am 19. Februar 2016; - Status nach diversen Débridements, VAC-Anlagen, Wundverschluss am 23. Dezember 2015 bei low grade-Infektion Achillessehne links mit Staphylokokkus aureus; - Risikofaktor: fehlende/nicht benutzte orthetische Versorgung, Adipositas, Opioid-induzierte Hyperalgesie; - Röntgen linkes Sprunggelenk auf zwei Ebenen vom 23. Februar 2022, Plattfuss (Pes planus), submalleoläre Arthrosezeichen medial und lateral. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Chronisches ilio-lumbosakrales Schmerzsyndrom bei freier Beweglichkeit ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik mit symptomatischen lumbosakralen Facetten und Iliosakralgelenk links; bei - Risikofaktoren: Zunehmende Adipositas (Gewichtszunahme 17kg seit dem Unfall), Verdacht auf Opioid-induzierte Hyperalgesie (Tramadol 2 x 100 mg) seit 2019, Dekonditionierung; - Röntgen LWS in zwei Ebenen: keine degenerativen Veränderungen an der LWS, möglicherweise an den ISG; - Status nach nichtdislozierter extraartikulärer distaler Radiusfraktur rechts, zunächst konservativ behandelt am 13. April 2015, operativ versorgt 2018 mit gutem Resultat; - Status nach Bursektomie am linken Ellenbogen am 24. Juli 2014, folgenlos ausgeheilt; - Gonalgie links, belastungsabhängig, Verdacht auf Innenmeniskusläsion links; - Röntgen 23. März 2020: linkes Knie im Stehen: geringe mediale Gelenkspaltniedrigung; - Anpassungsstörung mit leichter depressiver Episode (ICD-10 F43.21); - Störungen durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F11.25); - Adipositas BMI 31.0 kg/m²; - Kleiner Schilddrüsenknoten links (laut Akten). Es bestehe eine erhebliche Einschränkung der Geh-

und Stehfähigkeit durch die Funktionsstörung des linken Fusses. Diese Funktionseinschränkung wäre durch eine adäquate Schuhversorgung weitestgehend zu beheben. Dasselbe gelte für die ISG-Problematik links. Durch eine adäquate Berücksichtigung der Einflussfaktoren wie Dekonditionierung, Übergewicht und Tramadoleinfluss wäre eine entscheidende Funktionsverbesserung sowohl am linken Fuss als auch im Lumbalbereich zu erreichen. Aus allgemeinmedizinischer und psychiatrischer Hinsicht seien keine wesentlichen Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit zu nennen. Die letzte Tätigkeit des Beschwerdeführers als Staplerfahrer sei zwar aus orthopädischer Hinsicht nicht mehr durchführbar. Eine Tätigkeit mit deutlichen Sitzanteilen (z.B. 50%) sei seit zwölf Wochen nach der letzten Operation vollschichtig möglich, wobei Tätigkeiten in kniender oder kauender Position, das Besteigen von Leitern und Gerüsten, Gehen auf unebenen Böden, längeres Stehen und Gehen zu vermeiden seien.

E. 9.3.1

Die im Gutachten dokumentierten orthopädischen Befunde vermögen grundsätzlich zu überzeugen. Insbesondere die diagnostizierte komplexe Funktionsstörung des Rückfusses links mit schmerzhafter Tendinopathie (Sehnenleiden)/Paratenonitis achillea, die eingeschränkte Beweglichkeit des oberen Sprunggelenks sowie die Spitzfussstellung stimmen mit der Krankheitsgeschichte des Beschwerdeführers seit seinem Unfall im Jahre 2015 überein und zeichnen mit den medizinischen Unterlagen ein schlüssiges Bild seiner Beschwerden.

E. 9.3.2

Eher knapp und nur teilweise schlüssig sind die Ausführungen zu den Kniebeschwerden des Beschwerdeführers ausgefallen. So wurde von Seiten der Gutachterstelle zwar ein Röntgen angefertigt und die weiterführende Diagnostik im Sinne eines MRT mit der Frage nach einer Arthroskopie-Indikation beziehungsweise Meniskus-Operation empfohlen (IVSTA-act. 565 S. 42), nachdem eine geringe medialeseitige Erniedrigung der Gelenkspalt diagnostiziert wurde. Zu einer solchen weiterführenden Untersuchung kam es aber nicht, was vor dem Hintergrund der Knieschmerzen, die der Beschwerdeführer seit Längerem beklagt, und den teils anderslautenden Empfehlungen der behandelnden Ärzte (insbesondere Dr. K. _____) erstaunt. Des Weiteren haben sich die Gutachter mit dem Bericht des behandelnden Orthopäden, Dr. I. _____, vom 11. Dezember 2020, wonach ein MRT vom 10. November 2020 eine beginnende Knorpelerkrankung hinter der Kniescheibe (Chondropathia Patellae), einen partialen Riss des medialen Kollateralbandes (Innenband; MCL) sowie eine Baker-Zyste zeige (IVSTA-act. 482 S. 5 f.), nicht auseinandergesetzt und dessen Diagnosen nicht in ihre Beurteilung aufgenommen. Weitere Abklärungen diesbezüglich wären unabdingbar gewesen, zumal die Knieprobleme auch mit der Fehlstellung des Fusses in Spitzfussstellung zusammenhängen könnten.

E. 9.3.3

Soweit die Gutachter zum Schluss kommen, dass sich die insuffiziente Schuhversorgung, die Gewichtszunahme und die regelmässige Einnahme von Tramadol und damit die Gefahr einer Opioid-induzierten Hyperalgesie ungünstig auf Symptomatik und Verlauf auswirken würden, greift diese Einschätzung zu kurz. So kann den Akten einerseits entnommen werden, dass der Beschwerdeführer während seiner Behandlung in der Schweiz sowohl orthopädisches Schuhwerk getragen, als sich auch in zeitweise intensiver, regelmässiger Physiotherapie befunden habe (s. auch oben E. 8.1). Trotz dieser Begleitmassnahmen hätten

sich in dieser Zeit die Beschwerden des Beschwerdeführers kaum verbessert. Es ist mithin fraglich und bedarf einer weitergehenden Abklärung, ob das Tragen einer Schuheinlage eine erhebliche Besserung mit sich bringen würde. Folglich ist insbesondere die Aussage, dass die Funktionseinschränkung seines linken Fusses «durch eine adäquate Schuhversorgung weitestgehend zu beheben» wäre (IVSTA-act. 565 S. 10), zu kurz gegriffen und lässt die bisherigen Behandlungsansätze gänzlich unberücksichtigt.

E. 9.4.1

Im Gutachten wird sowohl durch die psychiatrische Gutachterin als auch in der interdisziplinären Gesamtwürdigung das Problem der Opioid- beziehungsweise Tramadol-Einnahme thematisiert und eine Störung durch Opioide, ein Abhängigkeitssyndrom sowie ein ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F11.25) diagnostiziert. Auffallend ist diesbezüglich, dass sich diese Beurteilung lediglich auf anamnestische Angaben der Gutachterin zu stützen scheint, insbesondere die Selbstaussage des Beschwerdeführers, zweimal täglich 100 mg Tramadol seit 2019 einzunehmen (s. IVSTA-act. 565 S. 37 und 54). Ein laborchemischer Befund fehlt gänzlich, nachdem der Beschwerdeführer gemäss den Ausführungen im Gutachten zu einer entsprechenden Laboruntersuchung nicht erschienen ist und ein Ersatztermin von Seiten der Gutachterstelle offenbar nicht angesetzt wurde (s. IVSTA-act. 565 S. 57) - dies, obschon die Gutachterin in ihrer Untersuchung festhielt, der Beschwerdeführer wirke zeitweise sediert (IVSTA-act. 565 S. 54). Das Gutachten nennt im Übrigen weitere Medikamente (bspw. Xanax, Chloralhydrat), die der Beschwerdeführer einnehme. Ohne einen laborchemischen Medikamentenspiegel bleibt aber unklar, welche Medikamente er in welcher Dosis, in welcher Frequenz und in welcher Kombination zu sich nimmt. Es fehlt mithin nicht nur an einem laborchemischen Befund und damit einer Grundlage für die getroffene Diagnose, sondern auch an einer differenzierten Auseinandersetzung mit dem Einfluss der möglichen übermässigen Einnahme von Opioiden auf das tägliche Leistungsvermögen und der Klärung, inwiefern das Suchtgeschehen primärer oder sekundärer Natur sei (vgl. dazu BGE 145 V 215 E. 3.2). Auch der Verlauf der Opioidproblematik bleibt weitgehend unklar. So ist weder den Akten noch dem Gutachten der Beginn beziehungsweise die Weiterentwicklung der (übermässigen) Tramadol-Einnahme zu entnehmen. Die Selbstaussage des Beschwerdeführers gegenüber der Gutachterin, zusammen mit dessen Verhalten während der Untersuchung, wonach er teilweise sediert wirkte, bleiben die einzigen Indizien für die gestellte Diagnose. Inwiefern beispielsweise eine Suchtstruktur, die gerade nicht mit Selbststeuerung und Krankheitseinsicht einhergeht (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer] C-2159/2018 vom 23. September 2020 E. 6.2.2 ff.) vorliegt, ergibt sich aus dem Gutachten nicht. Die blosser Empfehlung zum Verzicht auf eine weitere Tramadol-Einnahme verkennt die Komplexität einer Medikamentenabhängigkeit. Auch die Schlussfolgerung, dass sich die übermässige Tramadol-Einnahme «negativ auf den Antrieb zur körperlichen Aktivität auswirken dürfte» (IVSTA-act. 565 S. 44), wird im Teilgutachten nicht hergeleitet, sondern lediglich auf 10% geschätzt. Hinweise auf mögliche somatische, neuropsychologische oder affektive Folgeschäden wurden ebenso wenig untersucht wie eine Beurteilung des Behandlungspotentials, des Risikos von Rückfällen oder der allfälligen Integrationsprognose unter Suchtbedingungen. Angesichts der Komplexität der Störung ist die unterlassene interdisziplinäre Gesamtbetrachtung als wesentlicher Mangel zu werten, der eine tragfähige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausschliesst. Im psychiatrischen Teilgutachten fehlt des Weiteren eine strukturierte Prüfung der in BGE 141 V 281

entwickelten Standardindikatoren, welche bei psychischen Störungen - wozu auch substanzgebundene Abhängigkeitserkrankungen zählen (vgl. BGE 145 V 215) - zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zwingend heranzuziehen sind. Insbesondere fehlt eine Bewertung der funktionellen Auswirkungen im beruflichen Alltag, der Konsistenz der geschilderten Beschwerden, der Behandlungsmotivation sowie der Ressourcen- und Belastbarkeit. Ohne diese systematische Herangehensweise ist die Einschätzung der Leistungsfähigkeit nicht ausreichend nachvollziehbar. Zwar sind der interdisziplinären Würdigung (IVSTA-act. 565 S. 9 und 11) Ausführungen zur Konsistenz und Persönlichkeit zu entnehmen. Diese vermögen aber aufgrund ihrer Kürze und Knappheit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an die Begutachtung ebenso wenig zu genügen.

E. 9.4.2

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde sodann eine Anpassungsstörung mit leichter depressiver Episode (ICD-10 F43.21) diagnostiziert, was nicht mit den Diagnosen der behandelnden Ärzte des Beschwerdeführers übereinstimmt (s. oben E. 8.3). So wurde beispielsweise im Gutachten zuhanden der Krankentaggeldversicherung E. _____ eine sonstige Reaktion auf eine schwere Belastung (ICD-10 F431.8) diagnostiziert, was sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke und in einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere. Die behandelnde Psychiaterin in der Schweiz, Dr. L. _____, vertrat zudem die Ansicht, der Beschwerdeführer leide an einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.1) und an einer PTBS (ICD10-F43.1). Auch der behandelnde Psychiater in Brasilien, Dr. M. _____, bestätigte in seiner Diagnose vom 19. November 2021, dass eine rezidivierende depressive Störung und eine PTBS vorliegen würden. Im psychiatrischen Teilgutachten fehlt jegliche Auseinandersetzung mit den zuvor aufgeführten gegenteiligen beziehungsweise abweichenden psychiatrischen Beurteilungen und Diagnosestellungen. Es wurden auch keine fremdanamnestic Angaben (beim behandelnden Psychiater in Brasilien, bei Personen im Umfeld des Beschwerdeführers o.Ä.) eingeholt. Ebenso fehlen Angaben zum Verlauf seiner psychiatrischen und psychischen Beschwerden seit 2016 gänzlich. Dennoch kommt die Gutachterstelle zum Schluss, die psychische Situation sei mittlerweile chronifiziert (IVSTA-act. 565 S. 58), ohne darzulegen, wie sich dies auf seine Arbeitsfähigkeit auswirkt.

E. 9.4.3

Das psychiatrische Teilgutachten ist nach dem Gesagten weder umfassend noch basiert es auf allseitigen Untersuchungen, noch berücksichtigt es sämtliche geklagten und bislang diagnostizierten Beschwerden des Beschwerdeführers. Da aufgrund dieser ungeklärt gebliebenen Frage konkrete Zweifel an dessen Zuverlässigkeit bestehen, kommt dem Gutachten bereits aus diesem Grund kein genügender Beweiswert zu.

E. 9.5

Wie in der Beschwerde zu Recht gerügt wurde, fehlt es im polydisziplinären Gutachten des Weiteren an einer Auseinandersetzung mit den neurologischen Beschwerden des Beschwerdeführers. Dies, obschon den Akten eindeutig zu entnehmen ist, dass nebst den orthopädischen und psychischen Einschränkungen auch neurologische Schäden hinzugetreten sind. Insbesondere wurde sowohl durch den Orthopäden Dr. I. _____ als auch in der Untersuchung in der Schmerzlinik sowie bei Swiss T. _____ unter anderem eine neurologisch diagnostizierte Neuropathie (ICD-10 G13) festgestellt (s.o. E. 8.2.3 f.). Auch nach Erstellung des Gutachtens wurde der Beschwerdeführer in einer neurologischen

Testung bei P. _____ von Dr. Q. _____ sowie durch den Neurologen Dr. R. _____ in Brasilien untersucht (vgl. E. 6.6). Wieso die beauftragten Gutachter von einer Ergänzung des Gutachtens um die Fachdisziplin Neurologie und allenfalls Neuropsychologie abgesehen haben, erschliesst sich dem Gericht nicht. Rechtsprechungsgemäss muss die Einschätzung der Leistungsfähigkeit bei - wie in casu vorliegenden - komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf einer umfassenden, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierenden Grundlage erfolgen. Denn Zweck solcher interdisziplinären Gutachten ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Die Gutachter gehen jedoch nicht auf die geltend gemachten Schmerzen ein. Äusserst knapp und ohne jegliche Begründung wird stattdessen festgehalten, dass die vom Beschwerdeführer beschriebene Schmerzsymptomatik nicht einer somatoformen Schmerzstörung entspreche (IVSTA-act. 565 S. 57). Ebenso wenig wird im Gutachten begründet, weshalb vorliegend in dieser Hinsicht von einer Ergänzung des Gutachtens um weitere Disziplinen abgesehen werden könne. Umso überraschender ist sodann die tatsachenwidrige Aussage im Rahmen der Schriftenwechsels durch den ärztlichen Dienst der IVSTA, wonach das Gutachten des ZMB die Neuropathie des Beschwerdeführers diskutiert habe (s. BVGer-act. 33 Beilage 3 S. 3). Die Frage, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang sich die neurologisch bedingten Beschwerden im Rahmen der in casu vorzunehmenden Gesamtschau auf die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit auswirken, ist vorliegend vollständig ungeklärt geblieben. Die Gutachter sind mit Blick auf die Fragestellung ihrem pflichtgemässen Ermessen, über die erforderlichen Fachdisziplinen zu befinden, nicht rechtsgenügend nachgekommen (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1).

E. 9.6

Der Vollständigkeit halber bleibt darauf hinzuweisen, dass nach der neuesten Rechtsprechung des Bundesgerichts eine Adipositas eine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität bewirken kann, auch wenn sie grundsätzlich behandelbar ist und weder körperliche oder geistige Schäden verursacht noch die Folge von solchen Schäden ist (vgl. BGE 151 V 66 E. 5.9 und 5.11). Beim Beschwerdeführer wurde ein BMI von 31 kg/m² festgestellt, womit eine Adipositas Grad I nach WHO vorliegt. Die Änderung der Rechtsprechung erging zwar erst nach Erstellung des Gutachtens und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. November 2022. Allerdings ist eine als richtig erkannte neue Praxis im Grundsatz sofort auf alle im Zeitpunkt der Änderung - wie vorliegend - noch hängigen, nicht rechtskräftig verfügten oder beurteilten Fälle anzuwenden (vgl. Urteil des BGer 8C_513/2024 vom 15. April 2025 E. 6.2 mit Hinweis auf BGE 120 V 128 E. 3a mit Hinweisen). Die IV-Stelle wird im Rahmen der ergänzenden Sachverhaltsfeststellung auch diesbezüglich zusätzliche Abklärungen zu treffen haben, zumal im Gutachten die Gewichtsabnahme als medizinische Massnahme mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angeregt wurde.

E. 10.1

Im Lichte des insgesamt Ausgeführten ist die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen, weshalb die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Diese Rückweisung an die

Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage (hier: neurologische Auswirkungen) möglich ist. Ebenso steht es dem Bundesverwaltungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4). Bei dieser Sachlage ist von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweise abzusehen. Im Übrigen litte die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit ohnehin in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer C-1005/2021 vom 28. April 2023 E. 6.1).

E. 10.2

Zur Schaffung einer hinreichenden Entscheidungsgrundlage ist eine neue, interdisziplinär koordinierte medizinische Begutachtung erforderlich. Diese hat - unter Aktualisierung der medizinischen Aktenlage und Berücksichtigung der mit Eingabe vom 19. März 2026 zusätzlich eingereichten Arztberichte - die in E. 9 aufgezeigten Defizite zu berücksichtigen. Die Begutachtung ist von medizinischen Sachverständigen durchzuführen und hat neben internistischen, orthopädischen und psychiatrischen auch neurologische - allenfalls auch neuropsychologische und rheumatologische - Aspekte zu erfassen. Insbesondere ist die übermässige Einnahme von Opioiden nach den Grundsätzen des strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 analog zu beurteilen (vgl. BGE 145 V 215 E. 6.2), wobei die funktionellen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar festzuhalten sind. Zudem ist eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Abstinenzmotivation, dem möglichen Verlauf und allfälligen somatischen oder psychischen Folgeschäden vorzunehmen. Ob neben den genannten Fachdisziplinen weitere Spezialisten beizuziehen sind, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C_361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 4.4).

E. 10.3

Die interdisziplinäre Begutachtung hat in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (Art. 7m der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSV; SR 830.11, in der Fassung vom 1. Januar 2022]; vgl. auch Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.). Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen lassen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (Art. 44 Abs. 7 Bst. a ATSG i.V.m. Art. 72bis Abs. 2 IVV [beide in der Fassung vom 1. Januar 2022]; vgl. auch BGE 139 V 349 E. 5.2.1) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. insb. Art. 44 Abs. 2 und 3 ATSG).

E. 10.4

Der Vollständigkeit halber ist anzufügen, dass mit der Rückweisung der Sache zur erneuten Begutachtung im Hinblick auf den Rentenanspruch für die Dauer vom 1. August 2016 bis 30. Juni 2017 keine reformatio in peius verbunden ist (vgl. dazu BGE 137 V 314 E. 3): Die betreffende Rente wurde mit Verfügung der kantonalen IV-Stelle vom 28. Dezember 2018 gewährt und gemäss angefochtener Verfügung vom 7. November 2022 bereits ausbezahlt (IVSTA-act. 600 S. 3). Dem Schreiben der kantonalen IV-Stelle an die zuständige Ausgleichskasse vom 17. Februar 2021 kann sodann entnommen werden, dass die Rente spätestens zu diesem Zeitpunkt bereits ausbezahlt war (IVSTA-act. 129 S. 2). Ein allfälliger Rückforderungsanspruch des zuständigen Versicherungsträgers ist aufgrund der absoluten Verwirkungsfrist von fünf Jahren mittlerweile erloschen (s. Art. 25 Abs. 2 ATSG; BGE 150 V 305 E. 3.1 f.), womit dem Beschwerdeführer durch die vorliegende Rückweisung keine Rückforderung der ausbezahlten ganzen Rente und damit kein rechtlicher oder tatsächlicher Nachteil droht.

E. 11

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 11.1

Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (vgl. BGE 146 V 28 E. 7; 141 V 281 E. 11.1; Urteil des BGer 8C_554/2023 vom 16. Januar 2024 E. 5).

E. 11.2

Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weshalb die ihm mit Zwischenverfügung vom 21. April 2023 gewährte unentgeltliche Prozessführung nicht zum Tragen kommt. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten zu überbinden (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 11.3.1

Der obsiegende und anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die gewährte unentgeltliche Rechtsverbeiständung kommt damit ebenfalls nicht zum Tragen.

E. 11.3.2

Die Parteientschädigung für Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei, wobei unnötiger Aufwand nicht entschädigt wird (vgl. Art. 8 VGKE). Die Kosten der Vertretung umfassen gemäss Art. 9 Abs. 1 VGKE insbesondere das Anwaltshonorar, die Auslagen sowie die Mehrwertsteuer für diese Entschädigungen, soweit eine Steuerpflicht besteht. Hat die zu entschädigende Partei ihren Wohnsitz im Ausland, ist keine Mehrwertsteuer geschuldet (vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Mehrwertsteuer [MWSTG; SR 641.20]). Das Anwaltshonorar wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters oder der Vertreterin bemessen, wobei der Stundenansatz mindestens Fr. 200.- und höchstens 400.- beträgt (Art. 10 Abs. 1 und 2 VGKE).

E. 11.3.3

Dem Gericht steht bei der Festsetzung der Parteientschädigung ein weites Ermessen zu (Urteile des BGer 6B_375/2016 vom 28. Juni 2016 E. 2.2; 9C_637/2013 vom 13. Dezember 2013 E. 5.2; 8C_928/2012 vom 26. April 2013 E. 6). Das Abstellen auf die den jeweiligen Zeitaufwand detailliert ausweisende Honorarnote eines Rechtsvertreters erscheint grundsätzlich als sachgerecht (Urteil des BGer 9C_162/2013 vom 8. August 2013 E. 4.3.2). Dabei ist jedoch zu beachten, dass nur der notwendige Aufwand zu entschädigen ist (Urteil des BGer 8C_426/2018 vom 10. August 2018 E. 5.3). Parteikosten sind dann als notwendig zu betrachten, wenn sie zur sachgerechten und wirksamen Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung unerlässlich erscheinen (Moser et al., Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3. Aufl. 2022, S. 304 Rz. 4.68). Für den Fall, dass einzelne Posten der Honorarnote akzeptiert, andere hingegen herabgesetzt werden, ist jede Reduktion zumindest kurz zu begründen (BGE 141 I 70 E. 5.2 m.H.; Urteil des BGer 8C_833/2015 vom 10. März 2016 E. 4.2). Der Schwierigkeitsgrad der Sache ist im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen ebenso beachtlich (Urteile des BGer 8C_717/2014 vom 30. November 2015 E. 6.5; 9C_637/2013 E. 5.3) wie Synergieeffekte aus der Vertretung durch denselben Anwalt bereits im Verwaltungsverfahren (Urteil 9C_637/2013 E. 5.3; Urteil des BGer 8C_723/2009 vom 14. Januar 2010 E. 4.3; einschränkend aber: Urteil des BGer 9C_138/2010 vom 12. Mai 2010 E. 4.3.2.1.1).

E. 11.3.4

In der mit der Quintuplik eingereichten Kostennote vom 25. Februar 2024 wies die Rechtsvertreterin ein Honorar von Fr. 11'973.15 (inkl. Auslagen und MwSt.) aus, was dem Honorar für 49.6 Stunden bei einem Stundenansatz von Fr. 220.- zuzüglich Spesen (Fr. 164.-) und Mehrwertsteuer (Fr. 897.16) entspricht (BVGer-act. 35 Beilage 1).

E. 11.3.5

Der geltend gemachte Aufwand von 49.6 Stunden erscheint unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen als überhöht, weshalb die Honorarnote zu kürzen ist. Zwar ist der Aktenumfang für ein IV-Verfahren mit rund 3'100 Seiten als hoch einzustufen. Zudem kam es zu einem dreifachen Schriftenwechsel vor dem Bundesverwaltungsgericht. Allgemein handelt es sich aber vorliegend nicht um einen ausserordentlich komplexen IV-Fall. Hinzu kommt, dass die Rechtsvertreterin auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts spezialisiert und erfahren ist (Fachanwältin SAV für Haftpflicht- und Versicherungsrecht) und allfällige Aufwände für die Einarbeitung in die Materie ohnehin nicht entschädigungspflichtig wären (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 786/05 vom 12. September 2006 E. 4.1, 2. Abschnitt).

E. 11.3.6

Der geltend gemachte Aufwand für das Verfassen der Fristerstreckungsgesuche (BVGer-act. 14, 16, 23 und 25) ist nicht separat zu entschädigen (Urteil des BGer 9C_412/2015 vom 23. Oktober 2015 E. 5.3.1). Sodann werden mehrere Aufwände für diverse Mails an den Beschwerdeführer geltend gemacht, bei welchen es mehrheitlich um die Information über den Verfahrensstand geht oder es sich um Reminder handelt. Der damit verbundene Aufwand erweist sich als für die Vertretung nicht notwendig und kann insofern nicht entschädigt werden (vgl. bspw. Urteil des BVGer C-7391/2024 vom 12.

September 2025 E. 10.3.3 m.H.). Für die Ausarbeitung der Beschwerde wird ein Aufwand von acht Stunden geltend gemacht. In Bezug auf die vor der Ausarbeitung der Beschwerde geltend gemachten Aufwände (E-Mailverkehr mit dem Klienten, Einschreiben an die ZAS) ist festzuhalten, dass der Aufwand für das Zusammentragen der Arztberichte und weiterer Beilagen für die Rechtsschriften über den Aufwand für die Rechtsschriften abzugelten und nicht separat zu entschädigen ist. Entsprechend wird für die Ausarbeitung der Beschwerde und die weiteren zuvor genannten Aufwände insgesamt ein Aufwand von acht Stunden zu einem nicht zu beanstandenden Stundenansatz von Fr. 220.- anerkannt. Hinzu kommen die geltend gemachten Spesen in Höhe von Fr. 6.30. Das oben Gesagte gilt auch für die weiteren Schriftenwechsel: der notwendige Aufwand für das Zusammentragen der Arztberichte und weiteren Beilagen für die Rechtsschriften wird über den Aufwand für die Rechtsschriften abgegolten. Die über 20 Positionen an weiterem Zeitaufwand, insbesondere für Kontakte mit dem Beschwerdeführer und den behandelnden Ärzten, welche vor der Ausarbeitung der bloss einseitigen Replik (notabene ohne substantiierte Auseinandersetzung mit der Vernehmlassung) angefallen sind, sind in diesem Umfang für die Vertretung als nicht notwendig zu erachten. Insgesamt erscheint es angemessen, für den zweiten Schriftenwechsel - unter Berücksichtigung der vor und mit Replikeingabe beim Bundesverwaltungsgericht eingereichten ärztlichen Unterlagen (vgl. BVGer-act. 9, 10, 13 und 18) ein Aufwand von fünf Stunden zu entgelten, zuzüglich der geltend gemachten Spesen in der Höhe von Fr. 94.-. Auch auf den zweiten Schriftenwechsel lässt sich das soeben Gesagte übertragen. Für die Ausarbeitung der Triplik wurde ein Aufwand von fünf Stunden geltend gemacht, was vor dem Hintergrund der Eingabe vom 1. August 2023 und der siebenseitigen Rechtsschrift angemessen erscheint, da die beiden Fristerstreckungsgesuche (BVGer-act. 23 und 25) nicht zu entschädigen sind und die zuvor aufgeführten Positionen, wiederum vorwiegend E-Mails an den Beschwerdeführer und die behandelnden Ärzte enthaltend, als über den Aufwand für die Triplik abgegolten zu erachten sind. Entsprechend wird für den zweiten Schriftenwechsel ein Aufwand von fünf Stunden, zuzüglich der geltend gemachten Spesen in der Höhe von Fr. 24.90, berücksichtigt. Für die dreiseitige Quintuplik schliesslich ist nach dem Gesagten ein Aufwand von drei Stunden als angemessen zu erachten, zuzüglich der geltend gemachten Spesen in Höhe von Fr. 13.60. Aufgrund des Wohnsitzes des Beschwerdeführers im Ausland und weil es sich um keine Entschädigung aus unentgeltlicher Rechtspflege handelt (vgl. BGE 141 IV 344 E. 4), ist keine Mehrwertsteuer geschuldet (vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE; vgl. auch Urteil des BVGer C-2678/2017 vom 30. August 2023 E. 13.2.2 in fine). Gesamthaft ist bei einem Stundenansatz von Fr. 220.- und einem zeitlichen Aufwand von 21 Stunden ein Honorar von Fr. 4'620.-, zuzüglich Spesen in der Höhe von Fr. 138.80, mithin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'758.80 zu entrichten. (Dispositiv nächste Seite)

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