

BVGer C-6169/2023 vom 24. April 2026

Bundesverwaltungsgericht, 2026-04-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6169_2023

FR: TAF C-6169/2023 du 24 avril 2026

IT: TAF C-6169/2023 del 24 aprile 2026

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Bundesverwaltungsgericht beurteilt gemäss Art. 31 VGG Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG. Die IVSTA gehört als Behörde nach Art. 33 VGG zu den Vorinstanzen des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Eine das Sachgebiet betreffende Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist für die Beurteilung der angefochtenen Verfügung zuständig.

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (Art. 37 VGG). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1).

E. 1.3

Der Beschwerdeführer ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, sodass er beschwerdelegitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG und Art. 59 ATSG). Da die Beschwerde im Übrigen form- und fristgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss rechtzeitig bezahlt wurde (Art. 52 Abs. 1 VwVG und Art. 60 Abs. 1 ATSG), ist darauf einzutreten.

E. 2.1

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

E. 2.2

Im Zeitpunkt des Unfalls am 17. Oktober 2017 und dem letzten effektiven Arbeitstag war der Beschwerdeführer als Grenzgänger in (...) (Schweiz) erwerbstätig (IVSTA-act. 174). Die Anmeldung zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung erfolgte am 16. April 2019, damals wohnte der Beschwerdeführer im grenznahen Deutschland (IVSTA-act. 152). Da der geltend gemachte Gesundheitsschaden zudem auf die Zeit seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht, nahm die kantonale IV-Stelle zu

Recht Abklärungen zum Leistungsanspruch vor und erliess die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 9. Oktober 2023 (vgl. hierzu Art. 40 Abs. 2 IVV; IVSTA-act. 304).

E. 3

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 9. Oktober 2023, mit der die Vorinstanz das Rentenleistungsbegehren des Beschwerdeführers abwies. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

E. 4.1

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. 4.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 9. Oktober 2023) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 144 V 224 E. 6.1.1; 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 4.3

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG; BGE 125 V 195 E. 2 und 122 V 158 E. 1a; je m.w.H.). 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. 4.4

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger, wohnt in Deutschland und war in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) versichert. Es liegt offensichtlich ein grenzüberschreitender Sachverhalt mit Bezug zur EU vor (vgl. dazu BGE 145 V 231 E. 7.1; 143 V 354 E. 4; 143 V 81 E. 8.1). Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem

Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004).

E. 4.5.1

Am 1. Januar 2022 ist das revidierte IVG (Weiterentwicklung der IV, Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705; BBl 2020 5535) in Kraft getreten. Vorliegend sind in Anbetracht der am 16. April 2019 erfolgten Anmeldung Leistungen mit allfälligem Anspruchsbeginn frühestens ab 1. Oktober 2019 streitig (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. b und Art. 29 Abs. 1 IVG; vgl. BGE 142 V 547 E. 3), zudem hatte der am (...) 1970 geborene Beschwerdeführer das 55. Altersjahr am 1. Januar 2022 nicht vollendet (vgl. Bst. c der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 IVG). Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) sind hier folglich primär die Bestimmungen des IVG, der IVV und des ATSG in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung anwendbar (vgl. auch Urteil des BGer 9C_668/2024 vom 15. August 2025 E. 2.2.2). Sie werden - soweit nicht anders vermerkt - im Folgenden jeweils in dieser Version zitiert.

E. 4.5.2

Anders verhält es sich mit den verfahrensrechtlichen Neuerungen. Diese sind mangels gegenteiliger Übergangsbestimmungen mit dem Tag des Inkrafttretens sofort und in vollem Umfang anwendbar (BGE 144 V 210 E. 4.3.1).

E. 5

Vorab ist die formelle Rüge des Beschwerdeführers hinsichtlich der Verletzung des Los- bzw. Zufallsprinzips gemäss Art. 72bis Abs. 2 IVV zu prüfen.

E. 5.1.1

Der Beschwerdeführer bringt vor, die beiden Gutachter Dres. med. O. _____ und P. _____ seien im relevanten Zeitraum für mehrere Gutachterstellen tätig gewesen, womit die Loszuteilung ausgehebelt worden sei (BVGer-act. 1 Rz. 7-12). Bereits gegenüber der kantonalen IV-Stelle rügte der Beschwerdeführer am 18. August 2022, die damals als Gutachter vorgesehenen Dres. med. O. _____ und L. _____ seien für mehr als eine Gutachterstelle tätig (IVSTA-act. 276). Auch im Einwand vom 11. Juli 2023 zum Vorbescheid (IVSTA-act. 293) erhob der Beschwerdeführer den Vorwurf der Mehrfachbeschäftigung der Gutachter Dres. med. O. _____ und P. _____ und der damit einhergehenden Aushebelung des Losverfahrens.

E. 5.1.2

Die Vorinstanz entgegnete, es sei lediglich Dr. med. O. _____ für eine zweite Gutachterstelle tätig, Dr. med. P. _____ führe seit März 2022 Begutachtungen ausschliesslich für das ZIMB durch. Damit sei die Vorgabe des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) erfüllt, dass pro Gutachtensauftrag höchstens eine der begutachtenden Personen für andere Gutachterstellen tätig sei (IVSTA-act. 281 und 304).

E. 5.2.1

Erachtet der Versicherungsträger im Rahmen von medizinischen Abklärungen ein Gutachten als notwendig, so legt er je nach Erfordernis die Art des Gutachtens (mono-, bi- oder polydisziplinär) fest (Art. 44 Abs. 1 ATSG). Die Vergabe von bi- und polydisziplinären Gutachten (Art. 59 Abs. 3 IVG) erfolgt nach dem Zufallsprinzip (Art.

72bis Abs. 2 IVV; BGE 137 V 210 E. 3.1; Urteil des BGer 9C_216/2024 vom 30. April 2025 E. 3.3).

E. 5.2.2

Das BSV hat die zugelassenen MEDAS angewiesen, die Gutachterteams so zusammenzustellen, dass bei der Vergabe eines Auftrags jeweils nur ein Sachverständiger in mehr als einem der zur Verfügung gestellten Teams figuriert («Informationen zu SuisseMED@P» vom 9. März 2021). Diese Vorgabe wurde im vorliegenden Fall erfüllt. Dr. P. _____ war gemäss der unwidersprochen gebliebenen Aussage der Vorinstanz ab März 2022 nur noch für das ZIMB tätig. Somit verblieb vom Gutachterteam einzig Dr. O. _____, der für mehrere MEDAS Gutachtensaufträge bearbeitet hat. Dr. P. _____ wurde am 13. September 2022 vom ZIMB als Experte für das psychiatrische Teilgutachten ernannt (IVSTA-act. 278) und somit zu einem Zeitpunkt, als er nur noch für das ZIMB tätig war.

E. 5.2.3

Selbst wenn das Gutachterteam entgegen der erwähnten Weisung des BSV besetzt worden wäre, bewirkte dies gemäss höchstgerichtlicher Rechtsprechung allein noch nicht die Unverwertbarkeit des Gutachtens oder die Schmälerung ihres Beweiswerts. Diese Rechtsfolgen würden im Wesentlichen dann greifen, wenn der Mangel entweder Qualitätsstandards der konkreten Begutachtung als kompromittiert erscheinen liesse oder wenn er die Aussagekraft und Verlässlichkeit der gutachterlichen Einschätzung im Einzelfall gefährden könnte. Eine solche Situation ist hier nicht erkennbar (vgl. Urteil 9C_216/2024 E. 3.3).

E. 5.3

Anderweitige Einwendungen formeller und/oder materieller Natur gegen die Anordnung der Begutachtung respektive gegen die Gutachter (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.4) bringt der Beschwerdeführer nicht vor, weshalb sich Weiterungen erübrigen. Ein formeller Grund, der die Verwertbarkeit des Gutachtens des ZIMB vom 8. November 2022 in Frage stellen könnte, ist nicht gegeben.

E. 6

In materieller Hinsicht strittig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz mit Verfügung vom 9. Oktober 2023 das Rentenleistungsbegehren des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen hat. Zunächst sind im Folgenden die gesetzlichen Grundlagen sowie die massgebenden Grundsätze der Rechtsprechung darzulegen.

E. 6.1

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

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

E. 6.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit 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 (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Zusätzliche kumulative Voraussetzung für einen Rentenanspruch ist eine Mindestbeitragsdauer von drei Jahren (Art. 36 Abs. 1 IVG), welche vorliegend unbestritten und aktenkundig erfüllt ist (vgl. IVSTA-act. 169).

E. 6.3

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 in der bis 31. Dezember 2021 geltenden Fassung).

E. 6.4

Die Bemessung der Invalidität erfolgt bei erwerbstätigen Versicherten in der Regel nach der Einkommensvergleichsmethode (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG), bei nichterwerbstätigen Versicherten durch einen Betätigungsvergleich nach der spezifischen Methode (Art. 28a Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 27 IVV [SR 831.201]) und bei teilerwerbstätigen Versicherten mit einem Aufgabenbereich nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 IVG und Art. 27bis IVV i.V.m. Art. 28a Abs. 1 und 2 IVG; Art. 16 ATSG und Art. 27 IVV).

E. 6.5

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2). Gemäss Art. 29 Abs. 3 IVG wird die Rente vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht.

E. 6.6.1

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 (vgl. Urteile des BGer 9C_546/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 137 V 210; 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

E. 6.6.2

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärztinnen und 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 Ärztinnen und Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zur Patientin bzw. zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für die allgemein praktizierende Hausärztin bzw. den allgemein praktizierenden Hausarzt wie die behandelnde Spezialärztin bzw. den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer 8C_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potenziellen Stärken der Berichte behandelnder Ärztinnen bzw. Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen bzw. Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass die befragte Ärztin bzw. der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

E. 6.6.3

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes bzw. der therapeutisch tätigen (Fach-)Ärztin einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten bzw. der amtlich bestellten fachmedizinischen Expertin andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärztinnen und Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtigen Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 8C_150/2022 vom 7. November 2022 E.

12.3).

E. 6.6.4

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.).

E. 7

Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den vorliegenden medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

E. 7.1

Nach dem Unfall vom 17. Oktober 2017 diagnostizierte der Durchgangsarzt der Q. _____ Unfallversicherung, Dr. R. _____, (...) (Deutschland), am 23. Oktober 2017 eine Unterschenkelprellung links. Der Beschwerdeführer klagte über einschliessenden Schmerz von der Prellmarke im Bereich dorsal des Aussenknöchels nach proximal und distal bei noch eingeschränkter Beweglichkeit im Bereich der Sprunggelenke. Die Prellmarke an sich sei reizlos. Weiterhin bestünden Sensibilitätsstörungen nach peripher mit Kribbelparästhesien und Dysästhesien. Dr. R. _____ attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IVSTA-act. 12).

E. 7.2

Das MRT des Sprunggelenks links nativ vom 20. November 2017 ergab ein posttraumatisches Ödem in den Weichteilen links dorsolateral und distal sowie ein diskretes Ödem im distalen Abschnitt des kurzen Wadenbeinmuskels (Musculus peroneus brevis). Es zeigten sich keine Ruptur der Sehnen und der Bänder und keine frakturverdächtigen Signalalterationen. Erkennbar sei ein leichter Erguss (IVSTA-act. 20).

E. 7.3

Der Durchgangsarzt der Q. _____ Unfallversicherung, Prof. Dr. med. S. _____, (...) (Deutschland), hielt nach dem Untersuch am 7. Dezember 2017 fest, der Beschwerdeführer sei voraussichtlich ab 18. Dezember 2017 wieder zu 100 % arbeitsfähig, die Minderung der Erwerbsfähigkeit betrage über die 26. Woche nach dem Unfall hinaus nach vorläufiger Schätzung 0 %. Er diagnostizierte ein CRPS am Unterschenkel links, der Beschwerdeführer habe nach wie vor «stärkste Schmerzen» (IVSTA-act. 19).

E. 7.4

Dr. R. _____ attestierte dem Beschwerdeführer über den 18. Dezember 2017 hinaus eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IVSTA-act. 29, 35, 45, 53, 57, 69, 75, 82, 83, 88, 90, 93, 112, 121, 128, 132, 138, 142, 151, 154).

E. 7.5

Vom 14. Februar bis 18. März 2018 befand sich der Beschwerdeführer in der C._____ Klinik (...) (Deutschland) in der «komplexen stationären Rehabilitation». Trotz intensiver Bemühungen sei eine ausreichende Schmerzeinstellung nicht erreicht worden, der Beschwerdeführer sei arbeitsunfähig entlassen worden (IVSTA-act. 66).

E. 7.6

Aufgrund der anhaltenden stechenden Kopfschmerzen, die bisher nicht auf eine Therapie angesprochen hätten, wurde am 30. April 2018 ein MRT des Kopfes durchgeführt. Dabei ergab sich kein Anhalt für eine intrakranielle Raumforderung und MR-morphologisch kein sicheres Korrelat für die angegebene Kopfschmerzsymptomatik (IVSTA-act. 67).

E. 7.7

Zur Abklärung der Gefässsituation wurde der Beschwerdeführer am 22. Juni 2018 bei der Klinik für Gefässchirurgie und Gefässmedizin des E._____ Klinikums in (...) (Deutschland) vorstellig. Es wurden eine periphere arterielle Verschlusskrankheit links, eine tiefe Venenthrombose (Phlebothrombose) links ausgeschlossen sowie die Diagnose eines CRPS gestellt (IVSTA-act. 77).

E. 7.8

Vom 5. bis 18. Dezember 2018 unterzog sich der Beschwerdeführer wiederum einer schmerzmedizinischen komplex-stationären Rehabilitationsbehandlung in der C._____ Klinik (...) (Deutschland). Diagnostiziert wurde ein Anpralltrauma Wade/Fuss links, schmerzbezogen diagnostiziert wurden ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) linker Unterschenkel/Fuss und der Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41 Verdacht). Ziel der Behandlung sei eine Verbesserung von Beschwerden, Kraft, Beweglichkeit, Funktion sowie eine bessere Schmerzkontrolle gewesen. Alle Ziele seien nicht erfüllt worden. Die bei ausbleibender Besserung durch die bisherigen Therapieverfahren vorgeschlagene Intensivierung der schmerztherapeutischen Behandlung sei vom Beschwerdeführer abgelehnt worden. Eine Weiterführung der stationären Massnahme sei danach als nicht sinnvoll erachtet und beendet worden (IVSTA-act. 130).

E. 7.9

Im Bericht über die Rheumatologie-Sprechstunde in der Universitätsklinik T._____ vom 13. Februar 2019 wurde ein ausgeprägtes CRPS Unterschenkel/Fuss links (Erstmanifestation Oktober 2017) diagnostiziert. Es zeige sich ein frustraner Verlauf. Trotz intensiven therapeutischen Massnahmen inkl. zwei stationären Aufenthalten und schmerztherapeutischen Interventionen hätte sich keine Besserung des Zustandes eingestellt. Aus physikalisch-medizinischer Sicht könne keine erfolgsversprechende Therapieoption angeboten werden. Sollten sich auch aus schmerztherapeutischer Sicht keine Optionen mehr anbieten, könne ein medizinischer Endzustand postuliert werden (IVSTA-act. 133). Eine zweite Sprechstunde mit Diskussion weiterer Vorgehensmöglichkeiten besuchte der Beschwerdeführer am 14. Oktober 2021 (IVSTA-act. 234).

E. 7.10

Im Bericht vom 28. Juni 2019 betreffend die chronische Schmerztherapie im Universitätsspital U._____ wurde bei Diagnose eines komplexen chronischen Schmerzsyndroms (CRPS) am Unterschenkel/Fuss links festgestellt, dass die

Therapieoptionen nahezu vollständig ausgeschöpft seien, nachdem auch auf Ketamin intravenös keine Verbesserung der Symptomatik habe erreicht werden können (IVSTA-act. 171 Seiten 114-115).

E. 7.11

In der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung der B. _____ vom 8. Oktober 2019 stellte med. pract. V. _____, Fachärztin für Chirurgie, die Diagnose eines Anpralltraumas linker Fuss von dorsalseitig am 17. Oktober 2017 mit im Verlauf Vollbild eines CRPS am Unterschenkel/Fuss links, Erstmanifestation Oktober 2017, mit einer Nervenblockade Ischiadicusblockade ohne Effekt im Januar 2018, mit radikulärer Infiltration a.e. L5/S1 links ohne Effekt 2018, mit Nervenblockade ohne Effekt am 23. Juli 2019, mit den bisherigen Therapien DMSO Salbe, Opiate, Antikonvulsiva, Schmerzdistanzierung, Steroide, diversen schmerztherapeutischen Interventionen, zweimalig stationären Aufenthalten. Beim Beschwerdeführer habe sich nach einem eher bagatellären Kontusionstrauma im Bereich des linken Unterschenkels und Fusses ein CRPS entwickelt. Dieses habe sich kaum positiv beeinflussen lassen. Das CRPS sei mehrfach bestätigt worden, anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung zeige es sich eher rückläufig. Die Kreisärztin wies zudem auf Diskrepanzen hin. Weder Muskelvolumen noch Beschwellung passten zum demonstrierten Gangbild, zu hinterfragen seien die durchgängig mit der höchsten Stufe 10 angegebenen Schmerzen und der Umstand, dass der Beschwerdeführer zunächst aufgrund von Schmerzen weder Schuhe noch Socken habe anziehen wollen, danach aber in die geschlossenen und zugeschnürten Lederschuhe hineingeschlüpft sei. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei der Endzustand anzunehmen. Betreffend Zumutbarkeit sei eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit durchzuführen (IVSTA-act. 171 Seiten 40-48).

E. 7.12

Am 8. und 9. Januar 2020 wurde in der Arbeitsmedizin in (...) eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchgeführt. Als arbeitsrelevante Probleme wurden Schmerzen am linken Unterschenkel und Fuss, eine verminderte Beweglichkeit des linken Fusses, eine verminderte Belastbarkeit Fuss links, eine Irritierbarkeit Fuss links und eine mässige Symptomausweitung aufgeführt. Die Konsistenz sei gut, die Beschreibung von Schmerz und Einschränkungen sowie das Leistungsverhalten seien mässig, das Schmerzverhalten schlecht, was eine mässige Symptomausweitung ergebe. Das Belastbarkeitsniveau wurde wie folgt definiert: Zumutbar seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten (Hantieren von Lasten selten bis max. 12.5 kg), ganztags und nur wechselbelastend. Stehen und Gehen seien je maximal ½ bis drei Stunden täglich möglich, Sitzen sei zumutbar mit Möglichkeit zur Umlagerung. Nie möglich sei eine Hockstellung, selten möglich Stossen, Ziehen und Leitersteigen, manchmal möglich seien vorgeneigtes Stehen, Rotation im Stehen, Knien, wiederholte Kniebeugen, Stehen an Ort, Stehen und Gehen, Gehen, Treppensteigen. Die beobachtete Belastbarkeit liege deutlich unter den Belastungsanforderungen der bisherigen Arbeit als Lieferwagenfahrer (IVSTA-act. 180).

E. 7.13

Vom 10. September bis 10. November 2020 befand sich der Beschwerdeführer im E. _____ Klinikum, Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, in stationärer Behandlung. Dabei wurde eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) mit Aggravation einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und

psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) bei nachgewiesenem Sudeck-Syndrom (CRPS) des linken Unterschenkels und ein Zustand nach THC-induzierter psychotischer Episode nach therapeutischer Einnahme (ICD-10 F12.5) diagnostiziert. Der Beschwerdeführer sei mit einer depressiven Verstimmung bei einer ausgeprägten Schlafstörung mit anhaltenden Albträumen und einer erheblichen Ausprägung einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bei Sudeck-Syndrom (CRPS 1) des linken Unterschenkels in die stationäre Behandlung aufgenommen worden. Auslöser für die Dekompensation seien ein Arbeitsunfall 2017 und zunehmende Fusschmerzen links in den letzten Monaten gewesen. Die Stimmung des Beschwerdeführers habe sich deutlich verbessert, sein Schmerzerleben sei aber leider unverändert geblieben. Trotz der hochdosierten Psychopharmaka leide er weiter unter Schlafstörungen (IVSTA-act. 208).

E. 7.14

Der behandelnde Psychologe, Dipl. Psych. W. _____, nannte in seinem Bericht, bei der kantonalen IV-Stelle am 12. Mai 2021 eingegangen, als medizinische Probleme eine depressive Symptomatik, eine Schmerzstörung und massive Schlafprobleme. Als Diagnose gab er ICD-10 F38.1 (andere affektive Störungen) als gesichert an. Als Psychologe attestiere er keine Arbeitsunfähigkeiten. In seiner Prognose zur Arbeitsfähigkeit führt er dennoch aus, er erachte den Beschwerdeführer körperlich und psychisch bis auf Weiteres als nicht arbeitsfähig (IVSTA-act. 219).

E. 7.15

In seinem Bericht vom 9. November 2021 diagnostizierte der seit Juni 2021 behandelnde Psychiater, Dr. F. _____, der Psychiatrischen Institutsambulanz in (...) (Deutschland), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1; gesichert) und eine chronische Schmerzstörung (ICD-10 F45.41, gesichert). Die begleitenden Besuche in der Ambulanz dienten primär der medikamentösen Behandlung (IVSTA-act. 239).

E. 7.16

Im Bericht der Chirurgie X. _____ in (...) (Deutschland) vom 26. November 2021 diagnostizierte Dr. med. Y. _____, Facharzt Chirurgie, Proktologie, ein ausgeprägtes, therapieresistentes CRPS1 am linken Fuss/Unterschenkel. Die bisherige Therapie sei komplett ohne Erfolg geblieben. Von einer Besserung sei nicht mehr auszugehen. Eine symptomatisch-begleitende Behandlung finde weiterhin statt (IVSTA-act. 254).

E. 7.17

Vom 8. Februar bis 8. März 2022 befand sich der Beschwerdeführer in der stationären schmerztherapeutischen Behandlung im Schmerztherapiezentrum (...) (Deutschland). Als schmerzbezogene Diagnosen wurden ein CRPS Typ I linke untere Extremität bei Zustand nach Anpralltrauma linker Unterschenkel am 17. Oktober 2017 (ICD-10 G90.51), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie ein Chronifizierungsgrad (MPSS III) erhoben. Die Rehaziele hätten bei ausgeprägter Chronifizierung des Leidens nicht bzw. nicht vollständig erreicht werden können. Der Beschwerdeführer werde arbeitsunfähig entlassen (IVSTA-act. 265).

E. 7.18

Die Vorinstanz holte bei der nach dem Zufallsprinzip (Art. 72bis Abs. 2 IVV) ermittelten Gutachterstelle ZIMB ein polydisziplinäres Gutachten (Fachdisziplinen Allgemeine Innere

Medizin, Orthopädie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie) ein. Der Beschwerdeführer wurde am 18. und 25. Oktober 2022 exploriert, das Gutachten datiert vom 8. November 2022 (IVSTA-act. 284). In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung stellten die Gutachter die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Chronische Beschwerden am Unterschenkel und Fuss der linken Seite (ICD-10 M89.07) Status nach Kontusion des dorsalen Unterschenkels im Oktober 2017 (ICD-10 T13.9) CRPS Grad I an Unterschenkel und Fuss (Erstdiagnose am 10. Dezember 2017) (ICD-10 G90.9) keine objektiven Zeichen einer längerdauernden höhergradigen Schonung der Extremität 2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) Verdacht auf idiopathisch-stechenden Kopfschmerz (ICHD-34.7) 3. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden gestellt: 1. Chronischer Nikotinabusus (ICD-10 F17.1) Spirometrie vom 18. Oktober 2022 mit Hinweis auf eine leichtgradige Obstruktion bei leicht vermindertem FEV1 von 2.651 (76% Soll), FEV1/VC 0.67 (85% Soll) 2. Gemischte Hyperlipidämie (ICD-10 E78.2) 3. Status nach Nierensteinoperation rechts im 10. Lebensjahr (ICD-10 N20) 4. Anamnestisch frühere Fazialisparese rechts (ICD-10 G51.9) Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lieferwagenfahrer sei dem Beschwerdeführer aus neurologischer, psychiatrischer und orthopädischer Sicht bleibend nicht mehr zumutbar. Dagegen bestehe ebenfalls aus neurologischer, psychiatrischer und orthopädischer Sicht in einer körperlich sehr leichten und adaptierten Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, die Leistungsminderung sei auf einen erhöhten Pausenbedarf zurückzuführen. Aus allgemeininternistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Die Gutachter führten weiter aus, die in den Teilgutachten attestierten Arbeitsunfähigkeiten könnten nicht addiert werden, da für die jeweiligen Ruhephasen die gleichen Pausen in Anspruch genommen werden könnten (IVSTA-act. 284 Seiten 10 und 11). Das Zumutbarkeitsprofil für eine leidensadaptierte Arbeit beschrieben die Gutachter folgendermassen: Körperlich sehr leichte, überwiegend sitzende Tätigkeiten unter Wechselbelastung, längeres Stehen und Gehen, die Einnahme kniender und kauender Positionen, das Überwinden von Treppen und Gehen auf unebenem Grund sowie das Heben und Tragen von Lasten über 5 kg sollten vermieden werden, wie auch Arbeiten mit hohen Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit. Die Arbeit sollte in einer ruhigen Umgebung verrichtet werden können (IVSTA-act. 284 Seite 11). Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bestehe seit dem Unfall am 17. Oktober 2017. Vom 17. Oktober 2017 bis im Oktober 2019 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten bestanden, seit Oktober 2019 sei dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer Verweistätigkeit zumutbar (IVSTA-act. 284 Seiten 11 und 12). Gemäss Gutachter könne als medizinische Massnahme mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einzig aus psychiatrischer Sicht eine konsequent und regelmässig durchgeführte antidepressive Therapie vorgeschlagen werden (IVSTA-act. 284 Seite 12).

E. 8

Die Vorinstanz geht insbesondere gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten vom 8. November 2022 (vgl. E. 7.18 vorstehend) davon aus, dass der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lieferwagenfahrer seit dem Unfall vom 17. Oktober 2017 zu 100 % arbeitsunfähig sei. Hingegen betrage die Arbeitsunfähigkeit in einer dem Gesundheitszustand angepassten Tätigkeit seit Oktober 2019 20 %. Die errechnete Erwerbseinbusse betrage 11 %. Entsprechend wies die Vorinstanz das Leistungsbegehren

ab.

E. 8.1

Der Beschwerdeführer bestreitet den Beweiswert des Gutachtens und bringt vor, er leide unter starken Schlafstörungen, was im Tätigkeitsprofil nicht berücksichtigt worden sei. Der psychiatrische Gutachter schreibe, die Schlafstörung und die depressive Verstimmung könnten durch eine antidepressive Therapie gebessert werden, was heisse, dass der Gesundheitszustand noch nicht stabil sei und eine weitere Behandlung eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit bewirken könnte. Auffallend sei, dass der orthopädische und der neurologische Gutachter betreffend die Arbeitsfähigkeit den gleichen Wortlaut und die gleichen Zahlen verwendeten, was auf eine Absprache bereits in den Teilgutachten hinweise, was nicht Sinn und Zweck einer polydisziplinären Begutachtung sei. Der Beschwerdeführer ist weiter der Ansicht, die 20%ige Arbeitsunfähigkeit im psychiatrischen Teilgutachten und die ebenfalls 20%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund somatischer Einschränkungen seien zu addieren, womit eine insgesamt 40%ige Arbeitsunfähigkeit resultiere. Schliesslich hätten sich die Gutachter nicht mit den divergierenden Einschätzungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzten auseinandergesetzt, die allesamt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierten (BVGer-act. 1).

E. 8.2

Demgegenüber hält die Vorinstanz das Gutachten des ZIMB für beweiswertig und nimmt eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit an. Den Einschränkungen bei der Leistungsfähigkeit aufgrund der depressiven Störung sei beim Tätigkeitsprofil insofern Rechnung getragen worden, als keine Arbeiten mit hohen Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit als zumutbar angesehen würden. Zudem müsste eine leidensadaptierte Tätigkeit in einer ruhigen Umgebung ausgeführt werden können (BVGer-act. 6; IVSTA-act. 304).

E. 9

Unbestritten und aufgrund der Akten nicht zu beanstanden ist, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Lieferwagenfahrer nicht mehr arbeitsfähig ist. Umstritten und zu prüfen ist demgegenüber die von der Vorinstanz gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten des ZIMB angenommene 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit. Ausgangspunkt der Prüfung bildet das Gutachten des ZIMB.

E. 9.1.1

Das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte interdisziplinäre Gutachten vom 8. November 2022 wurde durch entsprechend qualifizierte Fachärzte in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Orthopädie und Neurologie erstellt. Es beruht auf allseitigen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden abgegeben, was sich einerseits aus dem chronologischen Aktenauszug (IVSTA-act. 284 Seiten 16-19) und den Auszügen aus den wichtigsten Vordokumenten (IVSTA-act. 284 Seiten 20-38) ergibt. Andererseits erhoben die Gutachter in ihren Teilgutachten ausführliche Anamnesen (IVSTA-act.284 Seiten 40-45 für das allgemeininternistische Teilgutachten; IVSTA-act. 284 Seiten 50-54 für das psychiatrische Gutachten; IVSTA-act. 284 Seiten 61-64 für das orthopädische Teilgutachten; IVSTA-act. 284 Seiten 74-76 für das neurologische Teilgutachten). Im Weiteren wurden in den Teilgutachten die jeweils festgestellten Untersuchungsbefunde angeführt und die gestellten Diagnosen begründet (Ziffern 4 und 6

der jeweiligen Teilgutachten). Schliesslich haben die Gutachter gemeinsam eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) abgegeben (IVSTA-act. 284 Seiten 7-12). Insgesamt erfüllt das polydisziplinäre Gutachten die formellen Kriterien für eine beweiswertige medizinische Expertise (vgl. E. 6.6.1 vorstehend).

E. 9.1.2

Im allgemeininternistischen Teilgutachten nennt der Beschwerdeführer als Beschwerden anhaltende linksseitige Fusschmerzen brennenden Charakters, Schlaflosigkeit, Schwitzen und Albträume (IVSTA-act. 284 Seiten 40, 41). Im allgemeininternistischen Status imponiere ein leichtes Übergewicht bei ansonsten unauffälligem Befund. Entsprechend stellte der allgemeininternistische Gutachter keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit blieben ein chronischer Nikotinabusus (ICD-10 F17.1), eine gemischte Hyperlipidämie (ICD-10 E78.2) und der Status nach Nierensteinoperation rechts im 10. Lebensjahr (ICD-10 N20) (IVSTA-act. 284 Seiten 45 und 46).

E. 9.1.3

Gegenüber dem psychiatrischen Gutachter gibt der Beschwerdeführer an, er leide mehr oder weniger dauernd unter Schmerzen, den Fuss könne er nicht belasten. Die Schmerzen würden bei längerem Sitzen, längerem Gehen und längerem Liegen zunehmen. Er sei vergesslich geworden und leide seit dem Unfall unter Albträumen (IVSTA-act. 284 Seiten 51 und 53). Gemäss Gutachter habe der Beschwerdeführer in der Untersuchung einen freudlosen bzw. resignierten Eindruck gemacht. Die Stimmung sei leichtgradig depressiv gewesen, der Antrieb leichtgradig vermindert. Er habe einen wachen Eindruck hinterlassen, sei bewusstseinsklar gewesen. Die Konzentrationsfähigkeit sei gut, die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien intakt gewesen (IVSTA-act. 284 Seite 55). Es liege eine depressive Störung vor, die leichtgradig ausgeprägt sei. Der Beschwerdeführer leide unter depressiven Verstimmungen, sehe für sich keine Zukunft, fühle sich unnützlich und wertlos. Er stehe aber jeden Morgen regelmässig auf, lese tagsüber während Stunden, unternahme Spaziergänge, fahre Auto. Er nehme kaum Antidepressiva ein, was ebenfalls ein Hinweis sei, dass die Depression nicht mittelgradig oder schwergradig ausgeprägt sei. Der Beschwerdeführer leide gelegentlich unter Suizidgedanken, könne sich aber davon gut distanzieren, eine akute Suizidalität habe noch nie bestanden. Die von den Vorbehandlern gestellte Diagnose einer mittelgradig depressiven Störung könne somit nicht nachvollzogen werden. Es handle sich um eine depressive Störung, die gelegentlich mittelgradig ausgeprägt gewesen sei, im Grossen und Ganzen aber leichtgradig ausgeprägt sei (IVSTA-act. 284 Seite 57). Bei der Diskussion der Diagnosen führte der Gutachter aus, der Beschwerdeführer fühle sich durch seine somatischen Beschwerden mehr eingeschränkt, als es den somatischen Befunden entspreche. Die körperlichen Beschwerden seien psychisch überlagert. Vor dem Hintergrund der psychosozialen Belastungen, fehlender Arbeit, fehlender Perspektiven, finanzieller Schwierigkeiten, Minderwertigkeitsgefühlen, da er nicht arbeiten könne, könne die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt werden. Die chronischen Schmerzen, der Verlust seiner bisherigen Tätigkeit, die fehlenden Perspektiven, die finanziellen Sorgen führten zu einer depressiven Entwicklung, diese sei leichtgradig ausgeprägt. Es handle sich um eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (IVSTA-act. 284 Seite 57). Aus psychiatrischer Sicht bestehe in der bisherigen Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr, in einer leidensadaptierten Tätigkeit (keine hohen Anforderungen an

die Konzentrationsfähigkeit, ruhige Arbeitsumgebung, Möglichkeiten zu Pausen) betrage die Arbeitsfähigkeit seit November 2017 80 % (IVSTA-act. 284 Seite 59).

E. 9.1.4

Gegenüber dem orthopädischen Gutachter klagt der Beschwerdeführer über brennende und stechende Schmerzen im Unterschenkel und Fuss der linken Seite. Diese Symptomatik bestehe permanent und sei wechselhaft ausgeprägt. Er könne weder lange sitzen, stehen noch gehen (IVSTA-act. 284 Seiten 61 und 68). Der Beschwerdeführer zeige ein linksseitiges Hinken, die Wirbelsäule sowie alle Extremitäten mit Ausnahme des als praktisch unbeweglich demonstrierten Sprunggelenkes und Fusses der linken Seite zeigten weitgehend freie Beweglichkeit. Nach längerem Stehen zeige sich beim linken Fuss eine leichtgradige Rötung bei jedoch fehlender Temperaturdifferenz und Schwellung sowie symmetrischem Haar- und Nagelwachstum. Formal seien die Budapest-Kriterien für ein CRPS erfüllt. Die Umfangmessung der unteren Extremitäten ergebe eine nur geringe Minderung der linken Seite, welche mit der anamnestisch berichteten und klinisch demonstrierten hochgradigen Entlastung nicht vollständig vereinbar sei. Dies werde durch die praktisch symmetrisch kräftig ausgeprägte plantare Beschwellung bekräftigt. Auch sei unklar, weshalb der Stock nicht auf der rechten Gegenseite eingesetzt werde (IVSTA-act. 284 Seite 68). Ein gewisser Leidensdruck im Sinne eines residuellen CRPS sei nachvollziehbar, doch sei nicht zuletzt wegen der auffälligen klinischen Präsentation im Sinne ausgedehnter anatomisch keinesfalls klar zuordenbarer Druckdolenz in zahlreichen Körperregionen von einer erheblichen nicht-organischen Beschwerdekomponeute auszugehen. Es sei zu betonen, dass die geringe Umfangdifferenz sowie die praktisch symmetrisch kräftig ausgeprägte Beschwellung der unteren Extremitäten mit dem klinisch präsentierten funktionellen Defizit kaum vereinbar seien. Auch die im Alltag geltend gemachten Einschränkungen könnten auf rein orthopädischer Ebene nicht vollumfänglich nachvollzogen werden (IVSTA-act. 284 Seite 69). Der orthopädische Gutachter stellt die Diagnosen (mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) chronischer Beschwerden an Unterschenkel und Fuss der linken Seite (ICD-10 M89.07) bei Status nach Kontusion des dorsalen Unterschenkels am 10. Juli 2017 (recte: 17. Oktober 2017), bei CRPS an Unterschenkel und Fuss (Erstdiagnose 10. Dezember 2017) und ohne objektive Zeichen längerdauernder höhergradiger Schonung der Extremität. Bei körperlich sehr leichten, überwiegend sitzenden Tätigkeiten unter Wechselbelastung bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bei ganztägigem Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs. Das Überwinden von Treppen und unebenem Grund sowie das Heben und Tragen von Lasten über 5 kg sollten vermieden werden (IVSTA-act. 284 Seiten 71 und 72).

E. 9.1.5

Dem neurologischen Gutachter berichtet der Beschwerdeführer über einen ständig vorhandenen Brennschmerz, der wandere und in der Intensität wechselhaft sei. Er strahle vom hinteren Unterschenkel in den gesamten linken Fuss. Zeitweise habe der Beschwerdeführer innere, dumpfe drückende Schmerzen, welche ebenfalls wechselhaft aufträten. Er müsse ständig seine Positionen verändern, um die Schmerzen kontrollieren zu können. Anlässlich der Untersuchung gibt der Beschwerdeführer einen massiven Berührungsschmerz im linken distalen Bein bei geringfügiger Berührung durch den Gutachter an. Es bestünden Parästhesien im Bereich des gesamten linken Fusses, auf Nachfrage werde eine strumpftartige Hypästhesie angegeben (IVSTA-act. 284 Seiten 75 und

78). In der Untersuchung zeige sich klinisch-neurologisch ein altersentsprechender Hirnnervenstatus. Die Motorik und Kraftentwicklung im Bereich der oberen Extremitäten seien unauffällig, ebenso im Bereich der rechten unteren Extremität. Hinsichtlich des linken Beines bestehe eine starke, am ehesten schmerzbedingte Bewegungseinschränkung. Der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage, den Fuss relevant im Bereich des Sprunggelenks und der Zehengrundgelenke zu bewegen. Die passive Beweglichkeit sei bei extremer Berührungsempfindlichkeit nicht prüfbar. Es würden Dysästhesien, Hypästhesien und Parästhesien beklagt. In trophischer Hinsicht imponiere ein leicht glänzender Aspekt der Haut bei allenfalls geringfügiger seitendifferenzierter Rötung des Hautkolorits. Das Nagel- und Haarwachstum sei unauffällig im Seitenvergleich (IVSTA-act. 284 Seite 79). Die erhebliche Empfindlichkeit und der äussere Berührungsschmerz bei der Untersuchung seien neurologisch wenig nachvollziehbar, zumal Strümpfe und Schuhwerk weitaus weniger vorsichtig eigenständig an- und abgelegt würden. Es imponiere ferner ein deutlich eingeschränktes Gehen in der Untersuchungssituation, während dieses abseits der Untersuchungssituation einfacher wirke. Als Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) bestehe ein CRPS I linker Unterschenkel (ICD-10 G90.9) bei Status nach Kontusion des linken Unterschenkels im Oktober 2017 (ICD-10 T13.9). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit blieben der Verdacht auf idiopathisch-stechenden Kopfschmerz (ICHD-34.7) und anamnestisch eine frühere Fazialisparese rechts (ICD-10 G51.9). In der bisherigen Tätigkeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr, in einer leidensadaptierten Tätigkeit (überwiegend sitzende Arbeit, wechselbelastend, vermehrter Pausenbedarf) betrage die Arbeitsfähigkeit 80 %, da von einem vermehrten Pausenbedarf bei erforderlichen Positionswechseln auszugehen sei (IVSTA-act. 284 Seiten 80 und 81).

E. 9.1.6

In der Konsensbeurteilung stellen die Gutachter die Diagnosen chronischer Beschwerden an Unterschenkel und Fuss der linken Seite, einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (vgl. E. 7.18 vorstehend). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe seit dem Unfall eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, für eine leidensadaptierte Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (IVSTA-act. 284 Seite 10 f.).

E. 9.2.1

Der Beschwerdeführer wendet zunächst ein, er leide an einer Schlaf- und einer depressiven Störung. Anstatt den Einfluss der schweren Schlafproblematik auf die Arbeitsfähigkeit zu konkretisieren, schreibe der psychiatrische Gutachter lediglich, die leichten depressiven Verstimmungen und die Schlafstörungen liessen sich mit schlafanstossendem Antidepressivum günstig behandeln. Weiter führe er aus, dass sich das depressive Zustandsbild und die Arbeitsfähigkeit durch eine konsequente antidepressive Therapie in ein bis zwei Monaten bessern könnten. Somit bestätige der Gutachter, dass die Schlafstörungen und die depressive Verstimmung einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten und dass beide mit einer korrekten Therapie noch Behandlungs- und somit Verbesserungspotential aufwiesen. Es bestehe deshalb ein klarer Widerspruch zum Tätigkeitsprofil, das die Gutachter proklamierten (BVGer-act. 1 Rz. 15-19).

E. 9.2.2

Die Schlafstörungen des Beschwerdeführers werden in den allgemeininternistischen, psychiatrischen und orthopädischen Teilgutachten als Befund erhoben (vgl. IVSTA-act.

284 Seiten 41, 42, 44, 50, 51, 55, 56, 58, 59, 63, 69). Die rezidivierende depressive Störung wurde in der Konsensbeurteilung des Gutachtens als Diagnose aufgenommen (IVSTA-act. 284 Seite 10). Ihr wurde im Belastungsprofil (ruhige Umgebung, ohne hohe Anforderungen an die Konzentration) sowie mit einer 20%igen Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs Rechnung getragen (IVSTA-act. 284 Seite 11). Der psychiatrische Gutachter führt aus, die leichten depressiven Verstimmungen und die genannten Schlafstörungen liessen sich mit schlafanstossendem Antidepressivum günstig behandeln. Es sei aber nicht davon auszugehen, dass die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung dadurch wesentlich beeinflusst werde (IVSTA-act. 284 Seite 58).

E. 9.2.3

Bereits während der stationären Rehabilitationsbehandlung in der C._____ Klinik (...) (Deutschland) vom 5. bis 18. Dezember 2018 wurden die Schlafstörungen thematisiert und eine medikamentöse Therapie mit einem Antidepressivum empfohlen. Diese wurde vom Beschwerdeführer zunächst abgelehnt, nach einer Aufklärung stimmte er einem Therapieversuch mit dem Antidepressivum Mirtazapin in niedriger Dosis zu. Der Versuch wurde abgebrochen, da keine wesentliche Verbesserung von Schlafqualität und -dauer erzielt werden konnte. Die Behandlung mit einem Schmerzpflaster habe eine Schmerzreduktion von zwei bis drei Stunden gebracht, wobei der Beschwerdeführer das Pflaster nach drei Stunden wegen Brennens an der Klebestelle entfernt habe. Bei Kontrollen hätte sich die Haut an der Pflasterklebestelle nicht irritiert gezeigt. Eine Therapie mit Lidocain-Infusionen habe er aus Angst vor Nebenwirkungen abgelehnt. Bei fehlendem Therapiefortschritt, Unzufriedenheit des Beschwerdeführers mit der Behandlung und Ablehnung einer Intensivierung der medikamentösen Behandlung sei die schmerzmedizinische komplex-stationäre Rehabilitationsbehandlung abgebrochen worden. Die Anwendungen seien dem Beschwerdeführer zu anstrengend gewesen sowie in zu dichter zeitlicher Abfolge erfolgt, was zu einer subjektiv empfundenen Beschwerdezunahme geführt habe (IVSTA-act. 130 Seiten 7, 8). Das E._____ Klinikum hielt nach der stationären Behandlung vom 10. September bis 10. November 2020 fest, trotz der hoch dosierten Psychopharmaka leide der Beschwerdeführer weiter unter Schlafstörungen (IVSTA-act. 208 Seite 12). Auch nach der stationären Behandlung im Schmerztherapiezentrum (...) vom 8. Februar bis 8. März 2022 hätte sich beim Schlaf keine Verbesserung eingestellt (IVSTA-act. 265 Seite 9).

E. 9.2.4

Die Schlafprobleme sind somit bekannt und spätestens im Dezember 2018 in die Behandlung einbezogen worden. Im polydisziplinären Gutachten wurden sie diskutiert und im Tätigkeitsprofil berücksichtigt. Ob die bisher abgelehnte konsequente Einnahme eines schlafanstossenden Antidepressivums die auf 80 % festgesetzte Arbeitsfähigkeit weiter verbessern würde, ist mit Blick auf die unter E. 9.2.3 zitierten Berichte von stationären Aufenthalten, gemäss denen auch mit Psychopharmaka keine Besserung der Schlafstörungen erreicht werden konnte, fraglich, kann aber letztlich offengelassen werden. Denn dies hätte höchstens eine Verminderung der in der Verfügung vom 9. Oktober 2023 errechneten rentenausschliessenden Erwerbsunfähigkeit zur Folge.

E. 9.3.1

Der Beschwerdeführer moniert überdies, die orthopädischen und neurologischen Gutachter hätten betreffend die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit den exakt gleichen

Wortlaut und dieselben Zahlen gewählt. Dies deutet auf eine Absprache bei der Erstellung der Teilgutachten hin, was nicht Sinn und Zweck einer polydisziplinären Begutachtung sei (BVGer-act. 1 Rz. 20).

E. 9.3.2

Es trifft zu, dass die Experten des orthopädischen und des neurologischen Teilgutachtens übereinstimmend eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit attestieren. In Ziffer 8.2.1 des jeweiligen Teilgutachtens (Merkmale einer leidensadaptierten Tätigkeit) halten sie fest, welche Anforderungen eine angepasste Tätigkeit erfüllen muss. Aus neurologischer Sicht muss es sich um eine überwiegend sitzende Tätigkeit unter Wechselbelastung mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen (IVSTA-act. 284 Seite 81) und aus orthopädischer Sicht zusätzlich um eine körperlich sehr leichte Arbeit handeln (IVSTA-act. 284 Seite 72). Die attestierte Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit mutet der neurologische Teilgutachter dem Beschwerdeführer ab 2018 zu (IVSTA-act. 284 Seite 81), der orthopädische Teilgutachter - mit Verweis auf die kreisärztliche Abschlussuntersuchung (vgl. E. 7.11 vorstehend) - ab 8. Oktober 2019 (IVSTA-act. 284 Seite 72).

E. 9.3.3

Passagen mit exakt gleichem Wortlaut im neurologischen und orthopädischen Teilgutachten sind allerdings nicht erkennbar. Zudem fehlen Anhaltspunkte, dass sich die Gutachter in unzulässiger Weise gegenseitig beeinflusst hätten. Da der Beschwerdeführer seinen Einwand nicht weiter substantiiert, ist die Rüge unbegründet und der Beschwerdeführer kann daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten.

E. 9.4.1

Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, die somatischen Einschränkungen im Umfang von 20 % und die psychiatrischen Einschränkungen von ebenfalls 20 % seien zu kumulieren, was eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % ergebe (BVGer-act. 1 Rz. 21).

E. 9.4.2

In der Konsensbeurteilung halten die Gutachter ausdrücklich fest, die in den jeweiligen Teilgutachten aufgeführten Arbeitsunfähigkeiten könnten in der Summe nicht addiert werden, da für die Ruhephasen die gleichen Pausen in Anspruch genommen werden könnten (IVSTA-act. 284 Seite 11). Im psychiatrischen Teilgutachten wird die Einschränkung der Leistungsfähigkeit mit der depressiven Störung und der Schmerzstörung begründet. Diese bedingen, dass an eine noch ausübbar Tätigkeit keine hohen Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit gestellt werden kann und dass die Arbeit in einer ruhigen Umgebung ausgeführt werden sollte. Zudem sollte die Möglichkeit bestehen, zuweilen Pausen einzulegen (IVSTA-act. 284 Seite 59). Sowohl das orthopädische als auch das neurologische Teilgutachten nennen den vermehrten Pausenbedarf als Grund für die 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit (IVSTA-act. 284 Seiten 72 und 81).

E. 9.4.3

Der aus psychischen Gründen geforderten ruhigen Umgebung und der Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit ist beim Zumutbarkeitsprofil Rechnung getragen worden. Die benötigten Ruhephasen können - wie das Gutachten nachvollziehbar ausführt (IVSTA-act. 284 Seite 11) - sowohl für die somatische als auch die psychische Erholung genutzt werden, weshalb die somatisch und psychiatrisch attestierten je 20%igen Leistungseinschränkungen

nicht zu addieren sind. Folglich ist nicht zu beanstanden, dass die Gutachter in der Konsensbeurteilung eine insgesamt 20%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Der Beschwerdeführer bringt keine stichhaltigen Gründe für eine Addition der in den Teilgutachten genannten Arbeitsunfähigkeiten vor.

E. 9.5.1

Schliesslich rügt der Beschwerdeführer, die Vorinstanz habe sich nicht mit den divergierenden Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit der behandelnden Ärztinnen und Ärzten, die allesamt keine Restarbeitsfähigkeit (auch nicht in einer angepassten Tätigkeit) attestieren würden, auseinandergesetzt (BVGer-act. 1 Rz. 22).

E. 9.5.2

Dieser Vorwurf ist unzutreffend. In Ziffer 6.2.3 diskutieren die Teilgutachter die Akten früherer Behandlungen und Untersuchungen in ihrer jeweiligen Fachdisziplin (IVSTA-act. 284 Seiten 56-57, 69-71 und 80). In den Akten finden sich, neben den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen des Durchgangsarztes Dr. R._____, in den ersten beiden Jahren nach dem Unfall (vgl. E. 7.4 vorstehend), folgende Unterlagen behandelnder Ärztinnen und Ärzte mit einer Aussage zur Arbeitsfähigkeit: Das E._____ Klinikum (vgl. E. 7.13 vorstehend) attestierte dem Beschwerdeführer nach dem stationären Aufenthalt vom 10. September bis 10. November 2020 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, eine angepasste Tätigkeit wird nicht thematisiert (IVSTA-act. 208). Der behandelnde Psychiater, Dr F._____, äussert sich am 8. November 2021 explizit nicht zur Arbeitsfähigkeit (IVSTA-act. 238). Nach dem stationären schmerztherapeutischen Aufenthalt vom 8. Februar bis 8. März 2022 kommt das Schmerztherapiezentrum (...) zum Schluss, die Tätigkeit als Lieferwagenfahrer sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Zudem sehen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte beim Beschwerdeführer kein sinnvolles Leistungsbild mehr, wobei sie dies nicht differenziert und nachvollziehbar begründen (IVSTA-act. 265).

E. 9.5.3

Im orthopädischen Teilgutachten setzt sich der Gutachter mit dieser Einschätzung des Schmerztherapiezentrums (...) auseinander und folgt dieser Einschätzung aufgrund der anlässlich der Begutachtung getätigten eigenen Untersuchungen nicht. Angesichts der objektiven Faktoren auf Ebene des Bewegungsapparates könne durchaus von einer uneingeschränkten Einsetzbarkeit für angepasste Verrichtungen ausgegangen werden (IVSTA-act. 284 Seite 71). Eine Einschätzung, die durch die EFL (vgl. E. 7.12 vorstehend) gestützt wird, indem anlässlich dieser Evaluation eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ganztags, nur wechselbelastend, attestiert wird. Weitere Berichte behandelnder Ärztinnen und Ärzte, die sich zur Arbeitsfähigkeit in einer den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers angepassten Tätigkeiten äussern und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigen würden, finden sich in den Akten nicht. Aus den Ausführungen des Beschwerdeführers geht denn auch nicht hervor, auf welche divergierenden Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit er sich konkret bezieht.

E. 9.5.4

Hinzu kommt, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten fachmedizinischen Sachverständigen andererseits nicht zulässt, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn

behandelnde Ärztinnen und Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich daraus objektive wichtige Aspekte ergeben, die im Gutachten unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteil des BGer 8C_659/2024 vom 28. Januar 2026 E. 5.1 m.w.H.). Solches ist vorliegend aber weder ersichtlich noch dargetan.

E. 9.6

Abschliessend ist zu bemerken, dass sich das psychiatrische Teilgutachten für seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit an den normativen Vorgaben von BGE 141 V 281 orientiert. Der Gutachter äussert sich namentlich zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (IVSTA-act. 284 Seite 57 Ziffer 6.3), zu Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (IVSTA-act. 284 Seite 58 Ziffer 7.1), zu den persönlichen Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungsfaktoren (IVSTA-act. 284 Seite 58 Ziffer 7.2) sowie zu Konsistenz und Plausibilität (IVSTA-act. 284 Seite 56 Ziffern 6.2.1 und 6.2.2). Im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung wurde die erforderliche Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen sämtlicher Befunde durchgeführt (IVSTA-act. 284 Seiten 9-11, Ziffern 4.2-4.5). Diese schlüssigen Darstellungen brauchen nicht wiederholt zu werden, es kann darauf verwiesen werden (vgl. Urteil des BGer 8C_105/2023 vom 10. Juli 2023 E. 5.2.2 m.w.H.). Basierend hierauf bescheinigt der psychiatrische Gutachter mit nachvollziehbarer und überzeugender Begründung im Zusammenhang mit den attestierten psychischen Erkrankungen (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode) eine Arbeitsunfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit von lediglich 20 %. Im Übrigen kann eine Indikatorenprüfung von vornherein zu keiner höheren als der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit führen (vgl. Urteil des BGer 8C_411/2025 vom 27. Februar 2026 E. 4.5 m.w.H.).

E. 9.7.1

Nach dem Gesagten ist das Gutachten des ZIMB vollständig, nachvollziehbar und medizinisch schlüssig begründet, weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. E. 6.6.3 vorstehend). Die Gutachter stellen ihre Diagnosen in den Teilgutachten aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten und Berichte behandelnder Ärztinnen und Ärzte. Sie gelangen bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen. In der Konsensbeurteilung legen die Gutachter die funktionellen Auswirkungen der Befunde und Diagnosen dar. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, vermag die Zuverlässigkeit der Expertise nicht zu erschüttern.

E. 9.7.2

Es ist folglich mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Lieferwagenfahrer seit seinem Unfall vom 17. Oktober 2017 nicht mehr ausüben kann. Hingegen ist ihm ab Oktober 2019 eine leidensadaptierte Tätigkeit im Umfang von 80 % zumutbar.

E. 9.7.3

Diese verbleibende Restarbeitsfähigkeit ist verwertbar. So war der Beschwerdeführer in dem für die Beurteilung der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit massgebenden Zeitpunkt (der Fertigstellung des interdisziplinären Gutachtens am 8. November 2022) 52 Jahre alt. Bis zum Erreichen des AHV-Pensionsalters verbleibt ihm somit noch eine beträchtliche Aktivitätsdauer von rund 13 Jahren. Ausserdem unterliegen die

Anforderungen an zumutbare Tätigkeiten nicht so vielen Einschränkungen, dass eine Anstellung nicht mehr als realistisch erscheint (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.4).

E. 10

Weiter zu prüfen bleibt die Invaliditätsbemessung, wobei der Beschwerdeführer einzig moniert, dass die Vorinstanz keinen leidensbedingten Abzug gewährt hat (vgl. IVSTA-act. 304). Der Beschwerdeführer beantragt aufgrund der stark eingeschränkten Arbeitsfähigkeit den rechtsprechungsgemäss maximalen Abzug von 25 % (BVGer-act. 1).

E. 10.1.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; Urteil des BGer 8C_61/2018 vom 23. März 2018 E. 6.2). Für die Bemessung der Invalidität einer im Ausland wohnhaften versicherten Person sind Validen- und Invalideneinkommen grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2; Urteil des BGer 8C_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.1).

E. 10.1.2

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist nach der Rechtsprechung entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 134 V 322 E. 4.1; Urteil des BGer 8C_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 3.1).

E. 10.1.3

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der

tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltes 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 insbesondere Tabellenlöhne gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_422/2017 vom 17. Mai 2017 E. 4.1), wobei grundsätzlich immer die aktuellsten statistischen Daten zu verwenden sind. Gemeint sind damit die im Zeitpunkt der Verfügung aktuellsten veröffentlichten Daten in Bezug auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns (BGE 150 V 67 E. 4.2 mit Hinweisen). In der Regel ist auf die LSE-Tabelle TA1_tirage_skill_level, Privater Sektor, und den darin enthaltenen Totalwert abzustellen, wobei ausnahmsweise auf Löhne einzelner Sektoren oder gar einzelner Branchen abgestellt werden kann, wenn dies als sachgerecht erscheint, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen (Urteil des BGer 8C_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 6.2). Dieser Grundsatz gilt jedoch nicht absolut, sondern kennt Ausnahmen. Es kann sich rechtsprechungsgemäss durchaus rechtfertigen, auf die Tabelle TA7 resp. T17 (ab 2012) abzustellen, wenn dies eine genauere Festsetzung des Invalideneinkommens erlaubt und wenn der versicherten Person der öffentliche Sektor auch offensteht. Bei der Verwendung der standardisierten Bruttolöhne ist gemäss Rechtsprechung jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen (BGE 147 V 174 E. 6.2 m.w.H.). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b/bb). Zudem ist eine Anpassung an die Nominallohnentwicklung vorzunehmen, wobei nach Geschlechtern zu differenzieren, das heisst auf den branchenspezifischen Lohnindex für Frauen oder Männer abzustellen ist (BGE 129 V 408 E. 3.1.2).

E. 10.1.4

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 146 V 16 E. 4.1; 135 V 297 E. 5.2). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1). Das Bundesverwaltungsgericht darf sein Ermessen hinsichtlich des leidensbedingten Abzugs nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen. Es muss sich hierzu auf Gegebenheiten stützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (vgl. hierzu BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 353 E. 5d; Urteil des BGer 8C_552/2017 vom 18. Januar 2018 E. 4.3 m.w.H.; Urteil des BVGer C-599/2019, C-605/2019 vom 17. Juli 2020 E. 5.8).

E. 10.1.5

Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind. Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxismässig entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1). Eine Parallelisierung ist aber nur dann vorzunehmen, wenn der erzielte Verdienst deutlich unter dem branchenüblichen LSE-Tabellenlohn liegt. Die Erheblichkeitsschwelle liegt hierbei bei 5 %. Zudem ist nur in dem Umfang zu parallelisieren, in welchem die prozentuale Abweichung die Schwelle von 5 % übersteigt (BGE 135 V 297 E. 6).

E. 10.2

Die massgebliche Rentenanmeldung des Beschwerdeführers datiert vom 16. April 2019 (IVSTA-act. 152). Nachdem das Wartejahr am 17. Oktober 2018 abgelaufen ist (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG), würde ein allfälliger Rentenanspruch frühestens sechs Monate nach der IV-Anmeldung und somit im Oktober 2019 entstehen (vgl. E. 6.5 vorstehend).

E. 10.3

Die Vorinstanz hat den Einkommensvergleich wie folgt vorgenommen.

E. 10.3.1

Der Beschwerdeführer erzielte bei seiner letzten Arbeitgeberin seit 2011 bis zum Ende seiner Anstellung am 31. Oktober 2019 (IVSTA-act. 171 Seite 79) ein Einkommen von jährlich Fr. 48'000.- (IVSTA-act. 102). Der LSE-Tabellenlohn 2018 (Tabelle TA1, tirage skill level, Ziffer 49, Landverkehr, Kompetenzniveau 1, Männer), betrug bei 40 Stunden pro Woche Fr. 5'295.- monatlich, angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2019 (+ 1,4 %; vgl. Tabelle T1.1.15 des BFS, Nominallohnindex, Männer, Verkehr und Lagerei) sowie aufgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Sektor Landverkehr im Jahr 2019 von 42,7 Stunden (vgl. BFS-Tabelle T03.02.03.01.04.01) resultiert für den hier massgebenden Zeitpunkt 2019 (Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs) ein LSE-Tabellenlohn von monatlich Fr. 5'732.- (Fr. 5'295.- x 101,4 / . 100 x 42,7 x 40) und jährlich Fr. 68'784.-. Somit lag der effektiv erzielte Lohn von jährlich Fr. 48'000.- im Jahr 2019 30 % unter dem Tabellenlohn ((Fr. 68'784.- - Fr. 48'000.-) x 100 / . Fr. 68'784.-). Von den zwei praxismässig zur Verfügung stehenden Wegen - im Umfang des 5 % übersteigenden Prozentsatzes der Unterdurchschnittlichkeit ist entweder das Invalideneinkommen anzuheben oder das Valideneinkommen herabzusetzen (SVR 2018 Nr. 9 S. 30, 8C_2/2017 E. 2.2.2 und 2.2.3; vgl. E. 10.1.5 vorstehend) - entschied sich die Vorinstanz für eine Korrektur des Valideneinkommens. Dabei hat sie das effektiv erzielte Einkommen von Fr. 48'000.- als 100 % gesetzt. Richtigerweise wären jedoch die Fr. 48'000.- als 75 % zu setzen gewesen (100 % - 30 % + 5 %), was ein korrektes

parallelisiertes Valideneinkommen 2019 von Fr. 64'000.- (Fr. 48'000.- \cdot (100 - 25) x 100) ergeben hätte (vgl. zur Berechnung der Parallelisierung das «Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]» des BSV in der hier massgebenden Version gültig ab 1. Januar 2018).

E. 10.3.2

Für das Invalideneinkommen hat die Vorinstanz aufgrund der grossen Anzahl an möglichen Hilfstätigkeiten, die dem Belastungsprofil des Beschwerdeführers angepasst seien (z.B. Produktionsmitarbeiter, Maschinenbedienung, Kontroll-/Überwachungsarbeiten, Montagearbeiten, Speditionstätigkeiten) auf die LSE 2018 (Tabelle TA1, tirage skill level, Totalwert Männer, Kompetenzniveau 1) abgestellt. Der entsprechende Wert im privaten Sektor beläuft sich auf monatlich brutto Fr. 5'417.- bzw. jährlich Fr. 65'004.- (12 x Fr. 5'417.- = Fr. 65'004.-) bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden, bei einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2019 (BFS-Tabelle T03.02.03.01.04.01) auf Fr. 67'767.-. Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2019 (+ 0,9 % und nicht -0.7 %, wie von der Vorinstanz angenommen; vgl. Tabelle T1.1.15 des BFS, Nominallohnindex, Total, Männer) resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen von jährlich Fr. 68'377.- (anstelle von Fr. 67'292.- gemäss Berechnung der Vorinstanz; vgl. IVSTA-act. 288) bzw. bei einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 80 % von Fr. 54'702.- (anstelle von Fr. 53'834.- gemäss Berechnung der Vorinstanz; vgl. IVSTA-act. 288).

E. 10.4.1

Die Vorinstanz hat keinen leidensbedingten Abzug gewährt (IVSTA-act. 304). Demgegenüber fordert der Beschwerdeführer einen solchen von 25 % und macht geltend, sein Tätigkeitsprofil sei stark eingeschränkt, er könne nur noch in Teilzeit arbeiten (80 %), leide an Schlafstörung und Depression, sei seit langem abwesend vom Arbeitsmarkt, habe keine Ausbildung, sei 30 Jahre im selben Job gewesen und benötige Pausen. Zudem werde gemäss dem am 1. Januar 2024 in Kraft tretenden Art. 26bis Abs. 3 IVV neu pauschal und generell ein Abzug von 10 % gewährt. Diese neue Verordnungsbestimmung sei bereits im vorliegenden Fall zu berücksichtigen (BVGer act. 1 Rz. 35 ff.).

E. 10.4.2.1

Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug vom Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen dürfen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen (Urteil des BGer 9C_760/2023 vom 4. Dezember 2024 E. 6.3.2 m.w.H.).

E. 10.4.2.2

Vorliegenden sind dem Beschwerdeführer lediglich noch «sehr leichte» Tätigkeiten zumutbar (vgl. Konsensbeurteilung, IVSTA-act. 284 Seite 9; orthopädisches Teilgutachten, IVSTA-act. 284 Seite 72), die überwiegend im Sitzen und unter Wechselbelastung ausgeführt werden müssen. Zu vermeiden ist das längere Stehen und Gehen, die Einnahme knieender und kauender Positionen, das Überwinden von Treppen und Gehen auf unebenem Grund sowie das Heben und Tragen von Lasten über 5 kg. Die Tätigkeiten dürfen ausserdem keine hohen Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit stellen und sollten in einer ruhigen Umgebung ausgeführt werden können (Konsensbeurteilung,

IVSTA-act. 284 Seite 9). Mit der gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit bzw. Leistungseinschränkung von 20 % wird primär dem erhöhten Pausenbedarf Rechnung getragen (vgl. IVSTA-act. 284 Seite 11). Somit sind die weiteren Einschränkungen beim Leistungsprofil in der gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit nicht vollständig abgebildet. Es bestehen vielmehr Nachteile, die sich selbst im Rahmen eines gesundheitlich bedingt bereits reduzierten Pensums bemerkbar machen. Eine Berücksichtigung dieser Faktoren in Form einer Korrektur des Tabellenlohns bedeutet folglich keine doppelte (und damit ungerechtfertigte) Anrechnung im Sinne von BGE 148 V 174 E. 6.3. Somit drängt sich aufgrund der eingeschränkten Leistungsfähigkeit eine 10%ige Herabsetzung des verwendeten LSE-Tabellenlohns auf, der hauptsächlich auf statistisch erhobenen Löhnen von gesunden Personen beruht (vgl. Urteil des BGer 9C_572/2023 vom 18. Juni 2024 E. 4.5.2 m.w.H.).

E. 10.4.3.1

Der Beschwerdeführer fordert des Weiteren einen Abzug wegen Teilzeitarbeit. Er ist in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig.

E. 10.4.3.2

Der standardisierte Median-Bruttolohn von Männern ohne Kaderfunktion mit einem Teilzeitpensum von 75 bis 89 % liegt gemäss Tabelle T18 der LSE 2018 im Vergleich zu einem Vollpensum (ab 90 %) um 5 % höher. In dieser Hinsicht ist ein Abzug somit nicht gerechtfertigt (Urteile des BGer 8C_174/2023 vom 5. Oktober 2023 E. 10.4; 9C_49/2023 vom 30. März 2023 E. 7.4.2 m.w.H.; siehe auch Urteil des BGer 8C_243/2023 vom 5. September 2024 E. 7.3).

E. 10.4.4.1

Eine weitere Benachteiligung gegenüber gesunden Arbeitnehmenden bestehe aufgrund der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt.

E. 10.4.4.2

Eine lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt führt jedenfalls dort rechtsprechungsgemäss nicht zu einem Abzug vom Tabellenlohn, wo - wie hier (vgl. E. 10.3.2 vorstehend) - als Invalidentätigkeiten Hilfstätigkeiten im untersten Kompetenzniveau in Frage kommen (Urteile des BGer 8C_92/2025 vom 29. Oktober 2025 E. 7.3; 9C_223/2020 vom 25. Mai 2020 E. 4.3.5; je m.w.H.).

E. 10.4.5.1

Weiter als einschränkend wertet der Beschwerdeführer die fehlende berufliche Qualifikation.

E. 10.4.5.2

Diese rechtfertigt rechtsprechungsgemäss ebenfalls keinen leidensbedingten Abzug, zumal vorliegend für das Einkommen mit Invalidität das Kompetenzniveau 1 (Hilfstätigkeiten) berücksichtigt wird, also Tätigkeiten, bei denen keine spezifische Ausbildung gefordert ist (vgl. zur fehlenden beruflichen Qualifikation Urteile des BGer 8C_68/2023 vom 10. August 2023 E.5.2.2 und 8C_703/2021 vom 28. Juni 2022 E. 5.3; je m.w.H.).

E. 10.4.6

Schliesslich kann entgegen dem Beschwerdeführer der per 1. Januar 2024 eingeführte «Pauschalabzug» von 10 % (vgl. Art. 26bis Abs. 3 IVV in der Fassung ab 1. Januar 2024) im vorliegenden Verfahren schon deswegen nicht berücksichtigt werden, weil die betreffende Regelung erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung in Kraft getreten ist (vgl. Urteil des BGer 8C_28/2025 vom 7. Juli 2025 E. 10.5 m.H.). Da der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit bloss zu 20 % arbeitsunfähig ist, kann auch der Teilzeitabzug nach Art. 26bis Abs. 3 IVV in der vom 1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung nicht zu Anwendung kommen (vgl. Urteil 8C_28/2025 E. 10.6.2 m.H.).

E. 10.4.7

Unter Berücksichtigung aller vorerwähnter Umstände rechtfertigt sich bei der gebotenen gesamthaften Schätzung (vgl. Urteil des BGer 8C_82/2019 vom 19. September 2019 E. 6.2.3 m.H.) ein leidensbedingter Abzug von 10 %. Mit einem Abzug von 10 % reduziert sich das Invalideneinkommen auf Fr. 49'232.- (Fr. 54'702.- x 0.9).

E. 10.5.1

Die Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen ergibt eine Einkommenseinbusse von jährlich Fr. 14'768.- (Fr. 64'000.- - Fr. 49'232.-) und damit einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von gerundet 23 % (Fr. 14'768.- x 100 : Fr. 64'000.-).

E. 10.5.2

Selbst unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 25 % und somit einem Invalideneinkommen von Fr. 41'027.- (Fr. 54'702.- - [Fr. 54'702.- x 25 : 100]) beliefe sich der Invaliditätsgrad auf ebenfalls rentenausschliessende 36 % ([Fr. 64'000.- - Fr. 41'027.-] x 100 : 64'000.-).

E. 10.6

Gemäss Anmerkung zu den Ergebnissen der LSE nach Kompetenzniveau wurden die Ergebnisse 2012-2018 aufgrund der Umstellung auf die Schweizer Berufsnomenklatur CH-ISCO-19 rückwirkend neu berechnet. Die Berechnung des Invaliditätsgrades wurde von der Vorinstanz auf der Basis der LSE-Tabellen vor der Neuberechnung vorgenommen. Würden vorliegend die neuen Werte eingesetzt (Fr. 5'144.- anstelle von Fr. 5'295.- für den Tabellenlohn TA1, 2018, Ziffer 49, Landverkehr, Kompetenzniveau 1, Männer; Fr. 5'317.- anstelle von Fr. 5'417.- für den Tabellenlohn TA1, 2018, Total, Kompetenzniveau 1, Männer), hätte dies einen bloss marginalen Einfluss (22 % anstelle von 23 %) auf den Invaliditätsgrad, weshalb offen gelassen werden kann, ob im vorliegenden Fall die LSE-Tabellenwerte vor oder nach Korrektur durch das Bundesamt für Statistik als Berechnungsgrundlage dienen sollen.

E. 11

Aus dem Dargelegten folgt, dass die Beschwerde abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 9. Oktober 2023 zu bestätigen ist.

E. 12.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende

Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen. Diese sind auf Fr. 800.- festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

E. 12.2

Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG; Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die obsiegende Vorinstanz hat ebenfalls keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE). (Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.)

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