



Urteil vom 13. Juli 2026

Besetzung

Richter Philipp Egli (Vorsitz),
Richter Beat Weber,
Richterin Caroline Gehring,
Gerichtsschreiberin Andrea Meier.

Parteien

A._____, (Nordmazedonien),
vertreten durch Dr. iur. Peter Stadler, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch,
Verfügungen vom 2. April 2024.

Sachverhalt:

A.

A.a Der am (...) 1975 geborene, verheiratete nordmazedonische Staatsangehörige A._____ lebte von 1975 bis 1994 im Kosovo und in den Jahren 1995 bis September 2019 in der Schweiz. Heute wohnt er in Nordmazedonien. A._____ hat drei Kinder (geboren 1997, 2000 und 2004), die weiterhin mit seiner Ehefrau in der Schweiz leben (vgl. IV-act. 76, 77, 91). Er arbeitete in der Schweiz als (ungelernter) Küchengehilfe, Möbelpacker/Umzugshelfer und Lagerist (vgl. IV-act. 19, 21 51 und 76). Er leistete dabei Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (IV-act. 24 f.). Zuletzt war A._____ vom 1. August 2016 bis zum 30. Juni 2017 als Lagerist angestellt (IV-act. 75). Bei dieser Arbeit erlitt er am 20. April 2017 einen Unfall, indem er ausrutschte, gegen eine Metallstange prallte und auf den Rücken fiel (vgl. IV-act. 26 S. 6 f.).

A.b A._____ meldete sich mit Formular vom 6. September 2017 (IV-act. 18 f.) bei der IV-Stelle des Kantons B._____ (nachfolgend: IV-Stelle B._____) aufgrund persistierender Rückenbeschwerden zum Leistungsbezug an.

A.c Mit Vorbescheid vom 11. April 2018 (IV-act. 30) teilte die IV-Stelle B._____ A._____ mit, sie beabsichtige, sein Leistungsbegehren abzuweisen.

A.d Gegen den Vorbescheid vom 11. April 2018 erhob A._____, vertreten durch Rechtsanwalt Peter Stadler, mit Eingabe vom 2. Mai 2018 (IV-act. 30) Einwand und begründete diesen mit Schreiben vom 5. Juni 2018 (IV-act. 34).

A.e Am 1. September 2020 wurde das Dossier der IV-Stelle B._____ zuständigkeithalber an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) übertragen (IV-act. 50).

A.f Die IVSTA holte weitere medizinische Berichte sowie ein bidisziplinäres Gutachten in den Gebieten Psychiatrie/Psychotherapie und Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates ein (vgl. IV-act. 120).

A.g Mit Vorbescheid vom 27. Juli 2023 (IV-act. 158) stellte die IVSTA A._____ die Zusprache einer ganzen Rente vom 20. April 2018 bis zum

30. September 2018 und einer halben Rente vom 1. Oktober 2018 bis zum 31. Oktober 2019 in Aussicht. Ab 1. November 2019 bestehe kein Rentenanspruch mehr.

A.h Mit Eingabe vom 11. September 2023 (IV-act. 170) erhob A._____, vertreten durch Rechtsanwalt Peter Stadler, Einwand gegen den Vorbescheid und reichte einen Bericht von Dr. med. C._____. (Fachrichtung unbekannt) vom 1. September 2023 ein. Mit Eingabe vom 4. Oktober 2023 (IV-act. 177) liess A._____ seinen Einwand ergänzen und reichte einen Bericht der Poliklinik D._____ vom 29. September 2023 (IV-act. 178) ein.

A.i Mit Verfügungen vom 2. April 2024 (IV-act. 194-196) sprach die IVSTA A._____ eine ganze Rente vom 1. April 2018 bis zum 30. September 2018 (zuzüglich Kinderrenten) und eine halbe Rente vom 1. Oktober 2018 bis zum 31. Oktober 2019 (zuzüglich Kinderrenten) zu. Ab 1. November 2019 wurde ein Rentenanspruch verneint.

B.

B.a Gegen die Verfügungen vom 2. April 2024 erhob A._____, vertreten durch Rechtsanwalt Peter Stadler, mit Eingabe vom 25. April 2024 (BVGer-act. 1) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht. Er beantragte die Zusprache einer unbefristeten ganzen Rente mit Wirkung ab 1. April 2018, die weitere Abklärung seines Gesundheitszustands in psychiatrischer, neurologischer und neuropsychologischer Sicht und die Zusprache einer Prozessentschädigung. Zur Begründung führte der Beschwerdeführer im Wesentlichen aus, das Gutachten habe zu Unrecht keine psychiatrische Diagnose gestellt; seit dem von der Vorinstanz anerkannten Rentenbeginn per April 2018 habe sich der psychische und möglicherweise auch der neurologische Gesundheitszustand keinesfalls verbessert, sondern eher verschlechtert.

B.b Am 6. Mai 2024 ist der mit Zwischenverfügung vom 29. April 2024 (BVGer-act. 2) einverlangte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- beim Bundesverwaltungsgericht eingegangen (vgl. BVGer-act. 4).

B.c Mit Eingabe vom 10. Mai 2024 (BVGer-act. 5) reichte der Beschwerdeführer einen weiteren medizinischen Bericht ein.

B.d Mit Vernehmlassung vom 6. Juni 2024 (BVGer-act. 7) beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führte sie aus,

das eingeholte bidisziplinäre Gutachten sei voll beweiskräftig und die Argumente des Beschwerdeführers seien nicht geeignet, diese fundierte Einschätzung ernsthaft in Zweifel zu ziehen.

B.e Mit Replik vom 24. Juni 2024 (BVGer-act. 9) hielt der Beschwerdeführer an den bisherigen Anträgen fest und führte zur Begründung aus, das eingeholte bidisziplinäre Gutachten erfülle die bundesgerichtlichen Anforderungen bei Weitem nicht, sodass nicht darauf abgestellt werden könne.

B.f Mit Duplik vom 14. August 2024 (BVGer-act. 11) hielt die Vorinstanz an ihrem Abweisungsantrag fest.

B.g Mit Verfügung vom 5. Mai 2026 (BVGer-act. 13) ersuchte der Instruktionsrichter die Vorinstanz, die Tonaufnahmen des Gutachtens vom 14. Dezember 2022 einzureichen. Dieser Aufforderung kam die Vorinstanz am 12. Mai 2026 nach.

C.

Auf die weiteren Ausführungen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und ob auf eine Beschwerde einzutreten ist (Art. 7 Abs. 1 VwVG; BVGE 2016/15 E. 1; 2014/4 E. 1.2).

1.1 Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) ist das Bundesverwaltungsgericht zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.2 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (Art. 37 VGG). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln finden diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2).

1.3 Als direkter Adressat ist der Beschwerdeführer von der angefochtenen Verfügung berührt, und er kann sich auf ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung berufen (Art. 48 Abs. 1 VwVG; Art. 59 ATSG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 ATSG) ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, einzutreten.

2.

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bilden die Verfügungen vom 2. April 2024, mit welchen die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers teilweise gutgeheissen hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

Da es in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht irrelevant ist, ob eine rückwirkende Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente in einer oder in mehreren Verfügungen gleichen Datums eröffnet wird (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.3.2 und 2.3.4), bilden die drei Verfügungen vom 2. April 2024, mit denen die Vorinstanz dem Beschwerdeführer rückwirkend eine abgestufte befristete Rente zuzüglich Kinderrenten zugesprochen hat, Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.2 f.).

2.1 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügungen vom 2. April 2024 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

Am 1. Januar 2022 ist das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG; Weiterentwicklung der IV, Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705; BBl 2020 5535) in Kraft getreten. Vorliegend sind in Anbetracht der im September 2017 erfolgten Anmeldung Leistungen mit allfälligem Anspruchsbeginn vor dem 1. Januar 2022 streitig (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. b und Art. 29 Abs. 1 IVG). Entsprechend den allgemeinen intertem-

poralrechtlichen Grundsätzen (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) sind hier primär die Bestimmungen des IVG, der IVV (SR 831.201) und des ATSG in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung anwendbar. Sie werden – soweit nicht anders vermerkt – im Folgenden jeweils in dieser Version zitiert.

2.2 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügungen (hier: 2. April 2024) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (Urteil des BGer 8C_506/2022 vom 21. Juni 2023 E. 4 m.H.).

2.3 Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Nordmazedonien, lebt in Nordmazedonien und war in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) versichert. Es kommt das Abkommen vom 9. Dezember 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Mazedonien (heute: Nordmazedonien) über Soziale Sicherheit (SR 0.831.109.520.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) zur Anwendung. Nach Art. 4 Abs. 1 des Sozialversicherungsabkommens stehen die Staatsangehörigen des einen Vertragsstaates sowie deren Familienangehörige und Hinterlassene in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 2 genannten Rechtsbereichen, zu welchen auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört (Abs. 1 Bst. A/ii), einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Sozialversicherungsabkommen keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Demnach beurteilt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

3.

3.1 Der Beschwerdeführer hat unstrittig während mehr als drei Jahren Beiträge im Sinn von Art. 36 Abs. 1 IVG geleistet (vgl. IV-act. 44), so dass die

Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer erfüllt ist. Es bleibt zu prüfen, ob er invalid im Sinne des Gesetzes ist.

3.2 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) und gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 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).

3.3 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 sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

3.4 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 [in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung]). Beträgt 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).

3.5 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.

3.6 Auf die rückwirkende Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (vgl. BGE 150 V 67 E. 4.3 m.H.). Dementsprechend ist bei mehreren Sachverhaltsänderungen jeweils massgeblicher Vergleichszeitpunkt jener, in welchem zuletzt eine rechtskonforme Sachverhaltsabklärung (des jeweils anspruchserheblichen Aspektes), Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung vorgenommen wurde und sich eine Veränderung des Rentenanspruchs ergab (vgl. das Urteil des BGer 8C_354/2019 vom 22. August 2019 E. 2.3 m.H.).

Bei der rückwirkenden Rentenzusprechung mit gleichzeitiger Befristung oder Abstufung richtet sich der Zeitpunkt der Abstufung oder Aufhebung des Rentenanspruchs ausschliesslich nach Art. 88a IVV. In solchen Fällen ist Art. 88^{bis} IVV nicht anwendbar (vgl. BGE 133 V 67 E. 4.3.4; 109 V 125 E. 4b; 106 V 16).

Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV). Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV).

Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (vgl. Urteile des BGer 8C_124/2021 vom 2. August 2021 E. 2.2; 8C_419/2018 vom 11. Dezember 2018 E. 2.2 m. H.).

3.7 Der Versicherungsträger prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte

ein. Mündlich erteilte Auskünfte sind schriftlich festzuhalten (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Der Versicherungsträger bestimmt die Art und den Umfang der notwendigen Abklärungen (Art. 43 Abs. 1^{bis} ATSG).

3.8 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 mit Hinweisen).

3.9 Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

3.10 Eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (z.B. Hausärzte oder Spezialärztinnen) kommt im Beschwerdeverfahren kaum in Frage, zumal deren Berichte in der Regel nicht die materiellen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Bei der Würdigung ihrer Berichte hat das Gericht sowohl dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag wie auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im

Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung zu tragen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der Hausärztin oder dem Hausarzt stammt, darf jedoch nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des BGer 8C_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3). Ihre Berichte können insbesondere geeignet sein, die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsin-ternen medizinischen Stellungnahmen in Zweifel zu ziehen (BGE 135 V 465 E. 4.5).

3.11 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 einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 8C_150/2022 vom 7. November 2022 E. 12.3).

3.12 Grundsätzlich sind bei sämtlichen psychischen Erkrankungen 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 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281). 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 «funktio-neller 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 Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

3.13 Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens erübrigt sich rechtsprechungsgemäss, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen. Soweit die betreffenden Anzeichen hingegen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen im Umfang der Aggravation zu bereinigen (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2; Urteil des BGer 8C_288/2024 vom 29. Oktober 2024 E. 8.2). Des Weiteren kann aus Gründen der Verhältnismässigkeit dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne beurteilt sich nach dem konkreten Beweisbedarf. Sie fehlt ganz allgemein in Fällen, die sich durch die Erhebung prägnanter Befunde und übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkungen im Rahmen beweiswertiger Arztberichte und Gutachten auszeichnen. Andererseits bleibt ein strukturiertes Beweisverfahren dort entbehrlich, wo im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbarer begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann. Dies alles zeigt, dass es hinsichtlich Notwendigkeit des strukturierten Beweisverfahrens stets einer einzelfallweisen Beurteilung aufgrund der konkreten Fallumstände und der jeweiligen Beweisproblematik bedarf (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1; Urteile des BGer 9C_721/2018 vom 12. März 2019 E. 3.2; 9C_443/2023 vom 28. Februar 2025 E. 4).

3.14 Bevor die versicherte Person Leistungen der Invalidenversicherung verlangt, hat sie aufgrund der Schadenminderungspflicht alles ihr Zumutbare selber vorzukehren, um die Folgen der Invalidität bestmöglich zu mindern. Ein Rentenanspruch ist zu verneinen, wenn die versicherte Person selbst ohne Eingliederungsmassnahmen, nötigenfalls mit einem Berufswechsel, zumutbarerweise in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Für die Auslegung des unbestimmten

Rechtsbegriffs der zumutbaren Tätigkeit sind die gesamten subjektiven und objektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen. Im Vordergrund stehen bei den subjektiven Umständen die verbliebene Leistungsfähigkeit sowie die weiteren persönlichen Verhältnisse wie Alter, berufliche Stellung, Verwurzelung am Wohnort etc. Bei den objektiven Umständen sind insbesondere der ausgeglichene Arbeitsmarkt und die noch zu erwartende Aktivitätsdauer massgeblich (vgl. Urteile des BGer 9C_217/2024 vom 30. Juli 2024 E. 6.1 m.H.; 9C_621/2017 vom 11. Januar 2018 E. 2.2.1).

4.

Strittig und zu prüfen ist nachfolgend, ob dem Beschwerdeführer ab 1. April 2018 – und damit auch ab 1. Oktober 2018 und ab 1. November 2019 – unbefristet eine ganze Rente zuzusprechen ist.

4.1 Der Beschwerdeführer führte aus, im eingeholten bidisziplinären Gutachten werde zu Unrecht keine psychiatrische Diagnose gestellt; das Gutachten leide an erheblichen Mängeln, weshalb nicht darauf abgestellt werden könne. Zur Veranschaulichung seiner Kritik am psychiatrischen Gutachten brachte er vor, der Gutachter habe unter Ziffer 1.1. Bst. e vermerkt, es sei kein Dolmetscher anwesend gewesen, was nicht korrekt sei. Ferner habe der Gutachter den Beschwerdeführer mit «Herr A. _____» (Vorname) anstatt mit «Herr A. _____» (Nachname) angesprochen und schliesslich hätten dem Gutachter die ärztlichen Stellungnahmen vom 13. Mai 2022, 28. Mai 2021 und 23. Juli 2019 – entgegen dem Hinweis auf dem Auftragsschreiben – offenbar nicht vorgelegen und der Gutachter habe sie daraufhin auch nicht angefordert. Weiter rügte der Beschwerdeführer das Tragen einer Gesichtsmaske durch den Gutachter.

Aus medizinischer Sicht sei das Gutachten unvollständig, weil der Gutachter keinerlei Depressionstestverfahren und auch kein Mini-ICF durchgeführt sowie sich nicht beim (vor Ort anwesenden) Sohn des Beschwerdeführers erkundigt habe, wie es um seinen Vater stehe (in welchen Umständen er lebe und wie sich der Gesundheitszustand entwickelt habe). Auch habe der Gutachter dem Bericht von Dr. med. C. _____ vom 18. Februar 2023 (recte: 2022), mit welchem eine schwere depressive Episode diagnostiziert worden sei, keine Rechnung getragen, obwohl der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung geschildert habe, dass er unter starker Vergesslichkeit, Müdigkeit, Schwindel, Gefühl der Verlorenheit, mangelnder Konzentrationsfähigkeit und Lebensfreude sowie unter Schlafstörungen leide. Die Hauptsymptome einer Depression seien beim Beschwerde-

führer zweifellos erfüllt. Auch lägen Zusatzsymptome vor. Die während der Begutachtung festgestellten kognitiven Defizite könnten auf einer neurologischen Erkrankung des Beschwerdeführers beruhen, weshalb sie neurologisch abgeklärt werden sollten.

Insgesamt sei das psychiatrische Gutachten für die streitigen Belange nicht umfassend (da eine neuropsychologische und auch eine neurologische Begutachtung fehlen würden und weil kein strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt worden sei), beruhe nicht auf allseitigen Untersuchungen (weil auch keine Depressionstestverfahren vorgenommen worden seien), berücksichtige die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in keiner Art und Weise (sondern negiere sie einfach mit der unbegründeten Behauptung einer Aggravation), leuchte in der Beurteilung der medizinischen Situation nicht ein (zumal klare Anzeichen einer gravierenden psychischen Erkrankung vorhanden seien und auch die Behandler des Beschwerdeführers das so gesehen hätten) und sei in seinen Schlussfolgerungen nicht begründet (da es zu Unrecht eine Diagnose verneine und eine Arbeitsfähigkeit bejahe). Es sei ein neutrales, umfassendes und korrektes Gutachten einzuholen.

4.2 Die IVSTA machte namentlich unter Verweis auf die interne Stellungnahme von Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Forensische Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Kinder- und Jugendforensik SGFP, vom 7. November 2023 (IV-act. 180) geltend, dass es in der Untersuchungskompetenz des Gutachters liege, zusätzlich eine neuropsychologische Untersuchung durchzuführen. Der Gutachter habe im Rahmen seiner Untersuchung deutliche Inkonsistenzen festgestellt und diese in der Gesamtbetrachtung als Aggravation gewertet, weshalb er eine entsprechende Zusatzuntersuchung als nicht notwendig erachtet habe. Dasselbe gelte für die vom Beschwerdeführer geforderten «Depressionstestverfahren», die überwiegend auf Selbstauskünften basierten und somit von der Authentizität der Beschwerdeangaben abhängig seien. Zudem seien diese Verfahren in erster Linie dazu geeignet, Verlaufsbeurteilungen durchzuführen. Eine besondere Eignung zur Objektivierung von Beschwerden sei von diesen Verfahren nicht zu erwarten. In Bezug auf den beschwerdeweise eingereichten Bericht machte die Vorinstanz geltend, der beurteilende Psychiater des ärztlichen Dienstes habe mit Stellungnahme vom 4. Juni 2024 die bisherige Einschätzung bestätigt, da der eingereichte Arztbericht die Ergebnisse des eingeholten Gutachtens nicht in Zweifel zu ziehen vermöge.

4.3 Die Vorinstanz stützte sich bei der Beurteilung des Leistungsgesuches auf die folgenden medizinischen Unterlagen.

4.3.1 Dr. med. F. _____ der G. _____ AG berichtete in ihrem Schreiben vom 1. Juni 2017 (IV-act. 23/1), dass beim Beschwerdeführer anlässlich der durchgeführten Untersuchung Folgendes festgestellt werden konnte: eine frische intraspongiöse Bodenplattenhernie TH11, ein Lipom paravertebral rechts ca. auf Höhe TH4 und TH5, kein Nachweis einer Hämatombildung und im Segment TH6/7 eine kleine mediane Diskusextrusion ohne Anhalt einer Nervenwurzelkompression.

4.3.2 Dr. med. H. _____ der I. _____ Wirbelsäulenmedizin attestierte dem Beschwerdeführer in seinem Bericht vom 4. Juli 2017 (IV-act. 23/2 f.), dem Nachbericht vom 14. Juli 2017 (IV-act. 26/17) und dem Bericht vom 6. Februar 2018 (IV-act. 27/5) eine Dorsalgie bei Status nach Sturz auf den Rücken am 20. April 2017. Im Bericht vom 6. Februar 2018 führte Dr. med. H. _____ aus, es sei nicht ganz klar, was die Ursache der geklagten Beschwerden sei. In Bezug auf die körperliche Belastungsfähigkeit sehe er trotz der Schmerzsituation keine massiven Einschränkungen, sodass in rückenangepasster Tätigkeit mit Wechselbelastung und Gewichtslimits für Heben und Tragen eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden können sollte.

4.3.3 Mit Bericht vom 28. Mai 2018 (IV-act. 39) attestierte Dr. med. J. _____, Stv. Oberärztin Rheumatologie der K. _____ Klinik, dem Beschwerdeführer folgende Beschwerden: Thorakospondylogenes Schmerzsyndrom DD posttraumatisch mit/bei Sturz auf den Rücken am 20. April 2017, frische intraspongiöse Bodenplattenhernie Th11, kleine mediale Diskusextrusion Th6/7 ohne Anhalt auf Nervenwurzelkompression (MRI 1. Juni 2017), unveränderte Darstellung BWK11-Bodenplatte intraspongiöse Hernie DD Wirbelkörperhämangiom (MRI 14. Dezember 2017), leicht irregulärer Aspekt der dargestellten Abschlussplatten wie bei Status nach abortivem Morbus Scheuermann, Bodenplatte BWK11 mit halbkugelig vermehrter Sklerosierung DD kleine aktivierte intraspongiöse Bodenplattenhernie (CT 6. Januar 2018) sowie anamnestisch Depression. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich der Bericht nicht.

In den Akten befindet sich von derselben Ärztin indes ein Zeugnis für Arbeitsunfähigkeit vom 20. Juni 2018 (IV-act. 40) und ein Bericht vom 22. August 2018 (IV-act. 43), die dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. Juni 2018 bis zum 30. Juni 2018 in einer angepassten Tätigkeit eine

Arbeitsunfähigkeit von 70% und vom 1. Juli 2018 bis zum 31. Juli 2018 noch eine solche von 50% attestieren.

4.3.4 Lic. phil. L. _____, Fachpsychologin für Psychotherapie, berichtete im Formularbericht vom 19. Juli 2018 (IV-act. 42), dass der Beschwerdeführer zwischen November 2017 und Januar 2018 eine depressive Symptomatik mit Traurigkeit, Schlafstörungen, geringer Belastbarkeit, reduzierter Konzentration, Gedankenkreisen sowie Angst um die Zukunft/Existenz aufwies. Sie diagnostizierte aufgrund der erhobenen Befunde Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2). Die Behandlung bezeichnete sie als abgeschlossen und die Prognose erachtete sie als gut, da der Beschwerdeführer ein gutes soziales Netz und Familie sowie gute Deutschkenntnisse habe.

4.3.5 Mit Bericht vom 24. Juli 2019 (IV-act. 46) hielt Dr. med. M. _____, Facharzt für Chirurgie beim RAD, gestützt auf die Vorakten sowie eine durch ihn am 23. Juli 2019 durchgeführte Untersuchung fest, es sei ihm während der Anamneseerhebung aufgefallen, dass der Beschwerdeführer etwas verlangsamt sei, wobei nicht klar sei, ob dies auf die Einnahme von Medikamenten oder auf ein psychisches Leiden zurückzuführen sei. In Bezug auf die körperliche Verfassung führte der Arzt aus, der Beschwerdeführer sei in der Lage, während des Gespräches für ca. 60 Minuten zu sitzen. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt er fest:

- Bewegungs-, Belastungs- und Ruheschmerz BWS mit/bei Sturz auf den Rücken am 20.04.2017, frischer intraspongiöser Bodenplattenhernie TH11, kleiner medialer Diskusextrusion TH6/7 ohne Anhalt für Nervenwurzelkompression (MRI 01.06.2017), unveränderter Darstellung BWK11-Bodenplatte intraspongiöse Hernie DD Wirbelkörperhämangiom (MRI 14.12.2017), leicht irregulärer Aspekt der dargestellten Abschlussplatten wie bei Status nach abortivem Morbus Scheuermann, Bodenplatte BWK 11 mit halbkugelig vermehrter Sklerosierung DD kleine aktivierte intraspongiöse Bodenplattenhernie (CT 06.01.2018)
- Belastungs-, Bewegungsschmerz, Ruheschmerz, Schwellung linkes Handgelenk mit/bei Status nach Unfall (Sturztrauma) vor Jahren
- Belastungs- Bewegungsschmerz rechtes Handgelenk mit/bei Status nach Unfall (Sturztrauma) vor Jahren
- Rezidivierende Kniegelenksergüsse unklarer Genese mit/bei aktuellem Erguss ohne Symptomatik

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte der RAD-Arzt:

- Adipositas
- Spreiz-Senkfuss beidseits
- Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) (Bericht lic. phil. L. _____, Fachpsychologin für Psychotherapie, 19.07.2018), wobei aktuell zum Zeitpunkt der Untersuchung keine psychiatrische Therapie stattfindet

Gestützt auf die erhobenen Diagnosen ging der RAD-Arzt von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Lagerist und Möbelpacker seit dem 20. April 2017 aus. Leichte, angepasste Tätigkeiten in Wechselbelastung, ohne erhöhte Anforderungen an die Kraft und Haltefunktion der Hände, ohne Heben und Tragen von Lasten und ohne Arbeiten mit ungünstigen Hebelwirkungen am Handgelenk, ohne repetitive Beanspruchung der Hände und ohne erhöhte Anforderungen an das feinmotorische Geschick der Hände, seien medizinisch theoretisch zumutbar.

Den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit legte er aus somatischer Sicht wie folgt fest: 20.04.2017 bis 31.05.2018 100%, 01.06.2018 bis 30.06.2018 70%, 01.07.2018 bis 22.07.2019 50% und 23.07.2019 bis auf weiteres 20%. Es seien vermehrte Pausen erforderlich.

4.3.6 Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Forensische Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Kinder- und Jugendforensik SGFP beim ärztlichen Dienst der IVSTA, sprach sich in seiner Stellungnahme vom 28. Mai 2021 (IV-act. 80) dafür aus, dass unter anderem ein unabhängiger psychiatrischer Bericht einzuholen sei.

4.3.7 Dem vom Beschwerdeführer eingereichten Bericht von Dr. Spez. C. _____ (unbekannte Fachrichtung [der Titel des Dokuments lautet «Psychiatrie», der gewählte Arzt ist gemäss Bericht «Gynäkologe»]) des Allgemeinen Krankenhauses (...) (Nordmazedonien) vom 18. Februar 2022 (IV-act. 97) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit zwei Jahren an einer depressiven psychischen Erkrankung leide und sich die Symptome trotz medikamentöser Therapie verschlimmerten. Als Diagnose wurde eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome aufgeführt (ICD-10 F32.2). Als Medikation respektive Therapie gab Dr. Spez. C. _____ Escitalopram, Alprazolam, Psychotherapie, Vitamine und Mineralien an.

4.3.8 Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Forensische Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Kinder- und Jugendforensik SGFP beim ärztlichen Dienst der IVSTA, bekräftigte in seiner Stellungnahme vom 13. Mai 2022 (IV-act. 99) zu Handen der IVSTA, dass weitere Abklärungen notwendig seien und deshalb ein bidisziplinäres Gutachten eingeholt werden müsse.

4.3.9

4.3.9.1 Dr. med. N. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, SIM-zertifizierter Gutachter, stellte in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 19. Dezember 2022 (IV-act. 144) fest, der Beschwerdeführer sei wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert. Er unternehme keinerlei Bemühungen, sich auf die gestellten neuropsychologischen Aufgaben einzulassen, weshalb sich aus der orientierenden neuropsychologischen Überprüfung keinerlei valide Hinweise auf Auffälligkeiten ableiten liessen. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Störungen des Langzeitgedächtnisses seien in ihrer Globalität ausgesprochen unglaublich gewesen, zumal der Beschwerdeführer sich namentlich nicht an den Altersunterschied zu seinen Geschwistern erinnern konnte, nicht angeben konnte, ob er von seiner Frau nur getrennt oder sogar geschieden sei, und welches seine letzte Arbeitsstelle gewesen sei. Auch die Reiseroute zur Untersuchung habe er erst nach mehrmaliger Nachfrage des Gutachters rekonstruieren können. Insgesamt äusserte der Gutachter den Eindruck, die bestehenden Gedächtnisstörungen würden massiv aggraviert; dasselbe gelte für den Antrieb.

Im Affekt habe Hilflosigkeit dominiert. Der formale Gedankengang sei klar und kohärent gewesen. Das als häufig beschriebene Schwindelerleben habe sich während der Exploration nicht beobachten lassen. Der Gedankengang des Beschwerdeführers sei auf die Erkrankung eingeengt gewesen, wobei die Schilderung der Krankheitssymptome nur wenig konkret gewesen sei. Im Wesentlichen bestehe die Sorge des Beschwerdeführers darin, dass er «alles vergessen» und «sich selbst verlieren» könnte. Mit Blick auf diese vagen Befürchtungen sei das von ihm geschilderte tiefe Niveau seiner Lebensfreude kaum nachvollziehbar. Der Gutachter fand ferner keine Anhaltspunkte für Ich-Störungen, halluzinatorisches Erleben, Wahn, Zwangs- oder Angstsymptomatik, ausser eine seit jeher bestehende Angst vor Hunden. Die Angst vor dem Gedächtnisverlust sei per Definition keine klinische Angstsymptomatik, da der Fokus einer gesundheitsbezogenen Angst nach ICD-10 stets ausserhalb der Person zu finden sein müsse.

Der Beschwerdeführer habe angegeben, er nehme regelmässig Medikamente, habe diese jedoch nicht benennen können. Das gemäss Vorakten verschriebene Antidepressivum Escitalopram habe in der Laboruntersuchung unter der Nachweisgrenze gelegen, was gegen eine Einnahme spreche.

Die Feststellungen im Behandlungsbericht von Dr. Spez. C. _____ würden in weiten Teilen den Beobachtungen des Gutachters respektive den Schilderungen des Beschwerdeführers widersprechen. Aus diesem Bericht liesse sich somit weder das Bestehen einer schweren depressiven Episode noch sonst eine Form von Depression herleiten. Aus den Akten sei im Jahr 2018 eine kurze, durch Depression und Ängstlichkeit geprägte Episode ersichtlich. Diese sei jedoch durch ambulant-psychologische Behandlung erfolgreich behandelt worden. Die Psychologin habe die Behandlung als abgeschlossen bezeichnet, woraus sich ablesen lasse, dass Angst und Depression weitgehend folgenlos remittierten.

Aufgrund der Aggravationstendenzen könne derzeit nicht von einer Depression gesprochen werden. Es fänden sich auch keine Anhalte für Angststörungen. Das einzige psychische Symptom, das sich valide habe erheben lassen, sei eine reduzierte Schwingungsfähigkeit gewesen, die durch die psychosoziale Situation (räumliche Trennung von Familie) gut erklärbar sei. Die anderen Hauptkriterien einer Depression (reduzierter Antrieb, erhöhte Ermüdbarkeit und Mangel an Lebensfreude) seien nicht valide vorhanden. Der Gutachter attestierte dem Beschwerdeführer deshalb eine volle Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeiten.

4.3.9.2 Im orthopädischen Teilgutachten von Dr. med. O. _____, MBA, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 15. Dezember 2022 (IV-act. 144/28) hält dieser als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest: Rückenbeschwerden (ICD-10 M54.80) mit/bei

- (HWS) altersentsprechend unauffälliges Röntgenbild, normale kyphotische Auslenkung zervikal,
- (BWS) altersentsprechend unauffälliges Röntgenbild, unauffällige Brustkyphose, minime skoliotische Auslenkung,
- leicht irregulärer Aspekt der dargestellten Abschlussplatten wie bei St.n. abortivem Morbus Scheuermann, Bodenplatte BWK11 mit halbkugelig vermehrter Sklerosierung, kleine aktivierte intraspongiöse Bodenplattenhernie im Sinne eines Schmorlschen Knötchens,

- (LWS) altersentsprechend unauffälliges Röntgenbild mit unauffälligen interforaminalen Weiten, unauffälligen Facettengelenken, altersentsprechender Intervertebralraumkonfiguration mit ventralen Ausziehungen, Diskopathien mit breitbasigen Protrusionen und Anulus fibrosus-Einrissen, maximal auf L1/2 und L5/S1, anteriore Ödeme an den Wirbelkörpern LWK2-LWK4, moderate Facettengelenksarthrosen auf L4/5 und L5/S1, kein Hinweis auf neurale Kompromittierungen
- St.n. Sturz auf den Rücken am 20.04.2017

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte der Gutachter:

- St.n. Belastungs-, Bewegungsschmerz, Ruheschmerz, Schwellung linkes Handgelenk mit/bei Status nach Unfall (Sturztrauma) vor Jahren
- St.n. Belastungs-, Bewegungsschmerz rechtes Handgelenk mit/bei Status nach Unfall (Sturztrauma) vor Jahren
- St.n. Kniegelenksergüssen unklarer Genese mit/bei aktuell Erguss ohne Symptomatik

Der Gutachter führte aus, wie bereits die SVA B. _____ im Jahr 2019 festgestellt habe, sei es dem Beschwerdeführer auch aus heutiger Sicht aufgrund der Einschränkungen der Brustwirbelsäule nicht mehr zumutbar, körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten auszuführen. Die bisherige Tätigkeit komme somit nicht mehr in Frage. Leichte, angepasste Tätigkeiten seien hingegen zumutbar. Die Beschwerdesymptomatik sei aufgrund der radiologischen Befunde plausibel und nachvollziehbar. Im Gegensatz zu den früheren Feststellungen habe der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung indes nicht mehr über Beschwerden an den Handgelenken und am Knie berichtet. Auch die klinische Untersuchung habe eine regelrechte Handfunktion mit regelrechter Kraftentfaltung ohne Auffälligkeiten ergeben. Die Situation im Bereich der Kniegelenke zeige sich ebenfalls beidseits altersentsprechend unauffällig. Die anlässlich der Untersuchung festgestellte moderate Facettengelenksarthrose L4/L5 und L5/S1, ohne Hinweise auf eine neuronale Kompromittierung im Bereich der Wirbelsäule, akzentuiere die Situation minim und führe dabei in der Gesamtschau zu keiner zusätzlichen Einschränkung der Belastbarkeit. Die angepasste Tätigkeit sollte in Wechselbelastung unter Ausschluss ungünstiger Witterungsbedingungen, auch mit gelegentlichem Heben, Tragen und Transportieren von Lasten bis maximal 5 kg körpernah, ohne Verharren in Zwangspositionen, ausgestaltet sein. Damit seien körperlich leichte Tätigkeiten mit Wechselbelastung ohne erhöhte Anforderungen an die Kraft zumutbar.

Den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit legte der Gutachter aus fachärztlicher Sicht, in Übereinstimmung mit den Feststellungen von Dr. med. M._____, Facharzt für Chirurgie beim RAD, im Bericht vom 24. Juli 2019 (IV-act. 46), wie folgt fest: 20.04.2017 bis 31.05.2018 100%, 01.06.2018 bis 30.06.2018 70%, 01.07.2018 bis 22.07.2019 50% und 23.07.2019 bis auf weiteres 20%, da ein vermehrter Pausenbedarf bestehe.

4.3.9.3 Die vorgenannten Teilgutachten von Dr. med. N._____ und Dr. med. O._____ flossen in die interdisziplinäre Konsensbeurteilung vom 16. Januar 2023 (IV-act. 145) ein. Die Gutachter stellten fest, dass beim Beschwerdeführer eine ausgeprägte Aggravationsneigung bestehe, so dass sich insgesamt keine sinnvolle Zusammenfassung der bisherigen persönlichen, beruflichen und gesundheitlichen Entwicklung machen lasse. Auch sei nicht stimmig, dass der Beschwerdeführer die Wiedererlangung der Gesundheit als oberstes Ziel angebe, sich aber nicht behandeln lasse und nicht einmal die verschriebenen Medikamente einnehme. Der Beschwerdeführer habe zwar erwähnt, die Behandlungen seien ein finanzielles Problem, dennoch sei bei einer derart hohen Priorisierung der Gesundheit zumindest ein gelegentliches Aufsuchen einer Therapie zu erwarten. Es sei davon auszugehen, dass auf psychiatrischem Fachgebiet lediglich Ende 2017/Anfang 2018 ein Zustand von Angst und Depression gemischt vorgelegen habe, welcher jedoch vollständig remittiert sei, weshalb aus psychiatrischer Sicht (mit Ausnahme von November 2017 bis Januar 2018) keine Arbeitsunfähigkeit vorliege. Aus orthopädischer Sicht seien die Beschwerdeschilderungen unter Berücksichtigung der klinischen und radiologischen Befunde in sich konsistent und damit nachvollziehbar sowie glaubhaft. Die Feststellungen aus dem orthopädischen Teilgutachten wurden allesamt übernommen.

4.3.10 Mit ärztlichem Bericht vom 1. September 2023 (IV-act. 171) bestätigte Dr. Spez. C._____ erneut, dass der Beschwerdeführer an einer depressiven Erkrankung leide und es trotz Therapie zu einer Vertiefung der Symptomatik und dem Auftreten eines wiederkehrenden depressiven Zustands komme. Die depressiven Episoden wiederholten sich und seien gefolgt von unbeschreiblicher Angst, erhöhter Angst, Vertiefung der Symptome, desorganisiertem Verhalten, verminderter Aufmerksamkeit und Konzentration sowie Stimmungsschwankungen. Als Diagnosen wurden sonstige Kopfschmerzsyndrome (ICD-10 G44) sowie rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33) angegeben.

4.3.11 Dem ärztlichen Bericht von Dr. P._____, Fachärztin für Neurologie in der Poliklinik D._____, vom 20. September 2023 (IV-act. 178) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer anfänglich über schwindenden Humor, soziales Desinteresse, fehlenden Willen, die täglichen Pflichten zu erledigen, Mühe beim Aufenthalt in lauter Umgebung und Ablehnung von Kontakten zu Verwandten klagte. Später seien auch noch Schlafstörungen dazugekommen, da er in der Nacht häufig aufwache und dann tagsüber müde sei. Schliesslich leide er auch an Appetitlosigkeit, Angstzuständen, Angst vor dem Alleinsein, Konzentrationsstörungen, emotionaler Labilität und obsessiven Gedanken. In den letzten zwei Jahren sei zudem eine massive Vergesslichkeit dazugekommen und seither müsse er immer durch Familienangehörige begleitet werden. Bei der Erhebung des neurologischen Status habe es Schwierigkeiten gegeben, da der Beschwerdeführer mangelhaft mitgearbeitet habe. Als Diagnosen nannte die Ärztin eine depressive Störung (ICD-10 F33) und eine leichte kognitive Beeinträchtigung/MCI (ICD-10 G31.84). Zur Arbeitsfähigkeit machte sie keine Angaben.

4.3.12 Mit Stellungnahme vom 7. November 2023 (IV-act. 180) würdigte Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Forensische Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Kinder- und Jugendforensik SGFP beim ärztlichen Dienst der IVSTA die gesamte Aktenlage und nahm zu den anlässlich des Einwandverfahrens vorgebrachten Argumenten des Beschwerdeführers Stellung. Er führte aus, die neuen ärztlichen Berichte, die sich im Wesentlichen auf die Schilderungen des Beschwerdeführers stützten, böten keinen Anlass, eine neuropsychologische Untersuchung in Auftrag zu geben, zumal auch in diesen Berichten darauf hingewiesen worden sei, dass der Beschwerdeführer aggraviere und die Abklärung schwierig sei. Wenn in der klinischen Untersuchung keine Hinweise auf Defizite gefunden worden seien, so könne auf Testungen verzichtet werden, zumal diese ohnehin geeigneter zur Verlaufskontrolle seien als zur Objektivierung von Störungsbildern.

5.

Nachfolgend sind die medizinischen Berichte und Unterlagen zu würdigen.

5.1 Aus den vorliegenden medizinischen Akten geht übereinstimmend hervor, dass der Beschwerdeführer in seinen bisherigen Tätigkeiten als Lagerist, Möbelpacker und Umzugshelfer aus körperlicher Sicht nicht mehr arbeitsfähig ist. Es ist ihm aufgrund der attestierten und unbestrittenen

Wirbelsäulenproblematik nicht mehr möglich, mittelschwere oder schwere Tätigkeiten auszuüben. Diese Einschränkung gilt seit dem 20. April 2017.

5.2 Zu prüfen bleibt, ob und in welchem Ausmass angepasste Tätigkeiten möglich sind.

5.2.1 Die somatischen Einschränkungen werden in den Akten sowohl von den behandelnden Ärzten als auch vom Gutachter ausreichend beschrieben. Es wird nachvollziehbar und schlüssig begründet, dass angepasste Tätigkeiten grundsätzlich noch möglich sind. Nach dem Unfall bestand allerdings vom 20. April 2017 bis zum 31. Mai 2018 vorerhand eine volle Arbeitsunfähigkeit. Vom 1. Juni 2018 bis zum 30. Juni 2018 ist noch von einer Arbeitsunfähigkeit von 70% auszugehen. Diese reduziert sich ab dem Folgemonat erneut, und somit ist für die Zeit vom 1. Juli 2018 bis zum 22. Juli 2019 nur noch von einer Arbeitsunfähigkeit von 50% auszugehen. Anlässlich der Untersuchung von Dr. med. M. _____, Facharzt für Orthopädie beim RAD, vom 23. Juli 2019 stellte jener fest, es liege in Verweistätigkeiten nun nur noch eine Arbeitsunfähigkeit von 20% aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs vor. Dabei sei das Leistungsprofil zu beachten (Wechselbelastung, unter Ausschluss ungünstiger Witterungsbedingungen, Heben und Tragen von max. 5kg körpfernah, ohne Verharren in Zwangshaltungen). Diese Beurteilung wurde im orthopädischen Teilgutachten von Dr. med. O. _____ bestätigt. Abweichende Berichte behandelnder Ärztinnen und Ärzte sind nicht aktenkundig. Auch der Beschwerdeführer bringt diesbezüglich beschwerdeweise keine Einwände vor. Es ist somit aus orthopädischer Sicht von den vorgenannten Feststellungen auszugehen.

5.2.2 Der Beschwerdeführer kritisiert indes die Feststellungen und Schlussfolgerungen der Vorinstanz in Bezug auf die psychische Gesundheit.

5.2.2.1 Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, das Gutachten sei unvollständig, weil eine neuropsychologische wie eine neurologische Begutachtung fehlen würden und der psychiatrische Gutachter gewisse Untersuchungsmethoden (Depressionstestverfahren, Mini-ICF) nicht durchgeführt respektive Anamnesen (Befragung des Sohnes) nicht erhoben habe, ist zunächst auf Folgendes hinzuweisen: Den Gutachterinnen und Gutachtern kommt namentlich bei der Wahl der Untersuchungsmethoden, bei der Auswahl der vorzunehmenden fachärztlichen Abklärungen, dem Beizug weiterer Expertinnen und Experten sowie dem Einholen von Fremdanamnesen

ein weiter Ermessensspielraum zu, der rechtlich zu respektieren ist (vgl. z.B. Urteile des BGer 8C_753/2025 vom 14. April 2026 E. 5.2; 8C_560/2023 vom 18. Januar 2024 E. 7.2; 8C_151/2019 vom 20. August 2019 E. 6.2.1, 8C_820/2016 vom 27. September 2017 E. 5.5). Entscheidend ist, dass das Gutachten gesamthaft gesehen nachvollziehbar begründet und überzeugend ist. Insbesondere die psychiatrische Exploration eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und rechtlich zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des BGer 8C_517/2021 vom 10. Juni 2022 E. 5.2.2).

5.2.2.2 Entgegen dem Beschwerdeführer ist das vorliegende psychiatrische Teilgutachten nachvollziehbar begründet und überzeugend. Der psychiatrische Gutachter konnte mit der reduzierten Schwingungsfähigkeit nur ein psychisches Symptom valide erheben. Die anderen Hauptkriterien der Depression (reduzierter Antrieb, erhöhte Ermüdbarkeit und Mangel an Lebensfreude) waren nicht valide vorhanden. Wie der Gutachter nachvollziehbar ausführt, konnte er unter diesen Voraussetzungen die Diagnose einer Depression nicht stellen, da mindestens zwei der Hauptkriterien vorliegen müssen (vgl. auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Aufl., 2015, S. 169 ff.). Zudem verneint der psychiatrische Teilgutachter nachvollziehbar eine Angststörung (vgl. hierzu auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 190 ff.).

Dass der psychiatrische Teilgutachter seine Feststellungen hinsichtlich der psychischen Symptomatik ohne neuropsychologische Zusatzabklärungen sowie «Depressionstestverfahren» traf, ist aus rechtlicher Sicht nicht zu beanstanden. Im Übrigen kann Testergebnissen beim Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration generell nur ergänzende Funktion beigemessen werden, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend bleibt (Urteil 8C_560/2023 E. 7.3). Dass der Gutachter hierbei aktenwidrige oder anderweitig fehlerhafte Feststellungen getroffen haben soll, ist nicht ersichtlich. Das gilt namentlich auch für die fehlende psychiatrische Behandlung – eine entsprechende Behandlung ist nicht aktenkundig – sowie für die im Gutachten unter «Verhaltensbeobachtungen und äussere Erscheinung» aufgeführten Umstände (flüssiges und vitales Gangbild, gute Mimik, kurze Antwortlatenz, Fehlen von Anspannungs- und Ermüdungstendenzen). Der Beschwerdeführer nimmt in der Beschwerde über weite Strecken eine andere Würdigung als der

psychiatrische Gutachter vor, was aber noch kein Anlass ist, vom psychopathologischen Befund und der medizinischen Beurteilung im Gutachten abzuweichen. Die diesbezüglichen Vorbringen des Beschwerdeführers zu möglichen (neurologischen) Krankheitsursachen sind medizinisch nicht näher belegt und bleiben daher spekulativ (vgl. zum Bericht von Dr. Dr. P. _____ E. 5.2.2.3 nachfolgend).

5.2.2.3 Anzufügen bleibt, dass sich der psychiatrische Teilgutachter mit den im Gutachtenszeitpunkt vorliegenden abweichenden Beurteilungen der behandelnden medizinischen Fachpersonen (Bericht von Dr. med. C. _____ vom 18. Februar 2022 und Bericht von lic. phil. L. _____ vom 19. Juli 2018) detailliert auseinandergesetzt hat. Dass in diesen Berichten objektive Anhaltspunkte vorgetragen würden, die dem Gutachter entgangen wären, ist nicht ersichtlich. Das gilt auch für die im Nachgang zum Gutachten eingereichten medizinischen Unterlagen (Behandlerberichte von Dr. Spez. C. _____ vom 18. Februar 2022 und vom 1. September 2023 sowie von Dr. P. _____ vom 29. September 2023). Diese attestieren zwar psychische Beschwerden und derjenige von Dr. P. _____ zusätzlich auch noch eine leichte kognitive Beeinträchtigung. Allerdings beruhen die Berichte im Wesentlichen auf den Schilderungen des Beschwerdeführers und sind somit stark von dessen subjektivem Empfinden geprägt. Eine Herleitung, aufgrund welcher Beobachtungen die Diagnose gestellt wird, beinhalten die Berichte nicht. Ferner ist nicht nachvollziehbar, wie Dr. P. _____ eine leichte kognitive Beeinträchtigung feststellen konnte, wenn sie in Bezug auf den neurologischen Status vermerkt «Schwierigkeiten während der neurologischen Untersuchung aufgrund mangelnder Mitarbeit des Patienten». Diese fehlende Mitarbeit respektive der Eindruck des Gutachters, dass der Beschwerdeführer die geschilderten Probleme massiv aggraviere, führte denn auch dazu, dass der Gutachter zum Schluss kam, es lägen keine Beeinträchtigungen psychischer Natur vor oder diese seien durch die Aggravation derart überlagert, dass keine Beurteilung möglich sei.

5.2.2.4 Mit Ausnahme der von lic. phil. L. _____ festgestellten depressiven Episode, die gemäss deren Angaben remittiert ist und die auch im psychiatrischen Gutachten erwähnt wird («Zustand nach Angst und Depression gemischt, von Ende 2017 bis Anfang 2018»), liegen somit keine schlüssigen Hinweise für eine fortbestehende oder wieder eingetretene psychische Beeinträchtigung vor. Es ist demzufolge auch nicht zu beanstanden, dass der psychiatrische Gutachter davon ausging, in psychischer

Hinsicht sei der Beschwerdeführer nicht eingeschränkt. Unter diesen Umständen konnte auf ein strukturiertes Beweisverfahren verzichtet werden.

5.2.2.5 Die übrigen vom Beschwerdeführer erhobenen Rügen sind ebenfalls nicht geeignet, die Nachvollziehbarkeit des psychiatrischen Gutachtens infrage zu stellen. Das gilt zunächst für die Rüge, der Gutachter habe fälschlicherweise «kein Dolmetscher» vermerkt, obwohl einer anwesend gewesen sei. Im psychiatrischen Teilgutachten ist unter Ziff. 4.2. vermerkt, es sei ein Dolmetscher anwesend gewesen und er sei punktuell (bei präzisen Fragestellungen) beigezogen worden. Dies entspricht der tatsächlichen Handhabung, wie man den Tonaufnahmen entnehmen kann. Der anderslautende Vermerk eingangs des Gutachtens vermag dessen Qualität nicht zu schmälern. Auch die Kritik am Gutachter, der anlässlich der Untersuchung eine Gesichtsmaske getragen habe, ist nicht geeignet, die medizinischen Schlussfolgerungen infrage zu stellen. Der Gutachter hat den Beschwerdeführer vor Beginn der Begutachtung darüber informiert, dass und weshalb er eine Maske trage. Weiter ist auch die (versehentliche) Verwendung des Vornamens anstatt des Nachnamens durch den Gutachter kein Grund, um an der inhaltlichen und fachlichen Qualität des Gutachtens zu zweifeln. Schliesslich sind dem psychiatrischen Gutachter die im Gutachtenzeitpunkt vorhandenen Berichte der behandelnden Fachpersonen zur psychischen Situation vorgelegen. Wie es sich mit den versicherungsinternen Stellungnahmen vom 13. Mai 2022, 28. Mai 2021 und 23. Juli 2019 verhält, die gemäss Gutachten «zumindest dem Auftrag nicht beiliegend» waren, kann offenbleiben, da sie entweder eine somatische Beurteilung enthalten (Bericht vom 23. Juli 2019) oder auf psychiatrischen Abklärungsbedarf hinweisen, ohne selbst eine Beurteilung vorzunehmen (Berichte vom 28. Mai 2021 und 13. Mai 2022).

5.2.2.6 Da somit nebst den festgestellten somatischen Beeinträchtigungen keine weiteren Einschränkungen festgestellt werden konnten und die übrigen vom Beschwerdeführer vorgebrachten Punkte nichts an der medizinischen Beurteilung ändern, ist davon auszugehen, dass die von der Vorinstanz festgestellte Arbeitsfähigkeit korrekt ist. Es ist somit von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit 20. April 2017 auszugehen. In einer angepassten Tätigkeit besteht vom 20. April 2017 bis zum 31. Mai 2018 ebenfalls eine volle Arbeitsunfähigkeit. Ab 1. Juni 2018 besteht in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 70%, ab 1. Juli 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 50% und ab 23. Juli 2019 noch eine solche von 20%.

6.

Es bleibt noch der Invaliditätsgrad zu berechnen.

6.1 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung) 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 150 V 67 E. 4, 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).

6.2 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).

Lässt sich das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht konkret ermitteln oder ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, weil der Stellenverlust namentlich aus invaliditätsfremden Gründen erfolgte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Urteile des BGer 8C_84/2024 vom 12. Februar 2025 E. 5.1, 8C_379/2017 vom 8. September 2017 E. 3.2.1 und 8C_934/2015 vom 9. Mai 2016 E. 2.2). 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).

6.3 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 erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können insbesondere Tabellenlöhne gemäss LSE herangezogen werden, die analog dem Vorgehen beim Validenlohn auf die übliche Arbeitszeit aufzurechnen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen sind (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 (BGE 143 V 295 E. 2.3). Gemeint sind damit die im Zeitpunkt der Verfügung (bzw. des Einspracheentscheids, vgl. BGE 143 V 295 E. 4.1.7) 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 und den darin enthaltenen Totalwert abzustellen (BGE 148 V 174 E. 6.2; Urteil des BGer 8C_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 6.2), wobei aber 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. Dies geschieht namentlich bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung lange Zeit in diesem Bereich tätig gewesen sind und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt.

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 (BGE 148 V 174 E. 6.3; 142 V 178 E. 1.3; 124 V 321 E. 3b/aa). 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 135 V 297 E. 5.2; 126 V 75 E. 5b).

7.

Gestützt auf die Akten ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer heute als Nichtinvalid zu 100% erwerbstätig wäre (vgl. IV-act. 76 und 151). Der Invaliditätsgrad ist daher mittels Einkommensvergleichs zu ermitteln.

7.1 Die Vorinstanz hat dem Beschwerdeführer, der seine Stelle aus wirtschaftlichen Gründen verloren hat (IV-act. 75), als Valideneinkommen einen Tabellenlohn angerechnet (vgl. IV-act. 151). Sie hat aus der Tabelle TA1_skill_level aus dem Jahr 2018 den Lohn von Fr. 5'295.- eines Arbeitnehmers mit dem Kompetenzniveau 1 in der Branche Landverkehr, Schifffahrt, Luftfahrt, Lagerei (49-52) bei 40 Arbeitsstunden pro Woche als Grundlage genommen und diesen auf die branchenüblichen 42,4 Arbeitsstunden pro Woche (Tabelle betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) hochgerechnet. Somit ging die Vorinstanz von einem monatlichen Validenlohn von Fr. 5'612.70 aus. Da ein möglicher Rentenanspruch per 1. April 2018 entstehen könnte, hat die Vorinstanz zu Recht auf die LSE

2018 abgestellt. Die Bestimmung des Valideneinkommens ist insoweit nicht zu beanstanden.

7.2 Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens ist mangels eines tatsächlich erzielten Einkommens ebenfalls auf Tabellenlöhne abzustellen. Die Vorinstanz stützte sich dabei wiederum auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, Zentralwert für Männer, einfache Tätigkeiten körperliche und handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1) aller Wirtschaftszweige und ermittelte so ein Einkommen von Fr. 5'417.- bei 40 Arbeitsstunden pro Woche. Umgerechnet auf die branchenüblichen 41,7 Arbeitsstunden pro Woche (Tabelle Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total aller Sektoren, Jahr 2018) ergibt sich daraus ein monatliches Invalideneinkommen von Fr. 5'647.22.

Die Vorinstanz rechnete dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung aller persönlichen und beruflichen Umstände für die Zeit ab 1. Juni 2018 (bei einer Arbeitsunfähigkeit in Verweistätigkeiten von 70%) einen leidensbedingten Abzug von 10%, ab dem 1. Juli 2018 (Reduktion der Arbeitsunfähigkeit auf 50%) einen Abzug von 10% und ab dem 23. Juli 2019 (Reduktion der Arbeitsunfähigkeit auf 20%) einen solchen von 5% an. Dies ist mit Blick auf die vorgenannten Umstände sowie das Anforderungsprofil einer angepassten Tätigkeit (vgl. E. 5.2.1 vorstehend) nicht zu beanstanden. Dem Beschwerdeführer steht ein genügend breites Spektrum an körperlich leichten Hilfsarbeitertätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zur Verfügung, in denen sich die qualitativen Einschränkungen nicht zusätzlich lohnrelevant auswirkten und die in der Regel keinen besonderen Qualifikationen unterliegen (vgl. Urteile des BGer 8C_266/2025 vom 28. Januar 2026 E. 5.1, 9C_559/2024 vom 11. März 2025 E. 4.4.2 mit Hinweis).

Daraus ergaben sich folgende Invalideneinkommen: ab dem 1. Juni 2018 Fr. 1'524.75, ab dem 1. Juli 2018 Fr. 2'541.25 und ab dem 23. Juli 2019 Fr. 4'291.89.

7.3 Der Vergleich von Valideneinkommen (Fr. 5'612.70) und Invalideneinkommen (Fr. 0.- ab 20. April 2017, Fr. 1'524.75 ab 1. Juni 2018, Fr. 2'541.25 ab 1. Juli 2018 und Fr. 4'291.89 ab 23. Juli 2019) ergibt eine Erwerbseinbusse von 100% ab 20. April 2017, von 72.83% ab 1. Juni 2018, von 54,72% ab 1. Juli 2018 und von 23,53% ab 23. Juli 2019.

Aufgrund der Einführung des Pauschalabzuges per 1. Januar 2024 (vgl. Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV) berechnete die Vorinstanz den IV-Grad per 1. Januar

2024 unter Berücksichtigung der vorgenannten Grundsätze und der Tabellenlöhne von 2020 sowie des Pauschalabzugs von 10% neu und ermittelte einen IV-Grad von 23,99% (vgl. IV-act. 184).

7.4 Der Einkommensvergleich der Vorinstanz ist grundsätzlich schlüssig und nachvollziehbar. Hinzuweisen ist auf Folgendes:

7.4.1 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 das Valideneinkommen; Fr. 5'317.- anstelle von Fr. 5'417.- für das Invalideneinkommen), hätte dies einen bloss marginalen Einfluss (72,55% statt 72,83% ab 1. Juni 2018; 54,25% statt 54,72% ab 1. Juli 2018; 22,74% statt 23,53% ab 23. Juli 2019) auf den Invaliditätsgrad, weshalb offengelassen werden kann, ob im vorliegenden Fall die LSE Tabellenwerte vor oder nach Korrektur durch das Bundesamt für Statistik als Berechnungsgrundlage dienen sollen. Für die Berechnung nach Einführung des Pauschalabzuges hat die Vorinstanz die neu berechneten Tabellen verwendet (vgl. IV-act. 184).

7.4.2 Weiter hat die Vorinstanz die Einkommen nicht auf den Zeitpunkt der Veränderung des Rentenanspruchs (2019, 2024) indexiert (vgl. hierzu BGE 150 V 67; Urteil des BVGer C-4756/2016 vom 1. September 2017 E. 9.2.7). Weiterungen hierzu erübrigen sich, da sich dies infolge der geringfügigen Auswirkungen auf die Einkommen nicht auf den Rentenanspruch auswirkt (vgl. Tabelle T1.1.15 des BFS, Nominallohnindex, Männer).

7.5 Nachdem für die verschiedenen Zeitabschnitte die Invaliditätsgrade bestimmt worden sind, ist zu prüfen, von wann bis wann und in welcher Höhe Anspruch auf eine Rente besteht. Die anwendbaren Grundsätze wurden in E. 3.6 hiervor dargelegt. Es besteht somit nach Ablauf des Wartejahrs mit Wirkung ab 1. April 2018 ein Anspruch auf eine ganze Rente. In Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV reduziert sich der Rentenanspruch aufgrund der per 1. Juli 2018 eingetretenen Verbesserung bei einem IV-Grad von 55% ab 1. Oktober 2018 auf eine halbe Rente. Aufgrund der weiteren gesundheitlichen Verbesserung per 23. Juli 2019 besteht ab 1. November 2019 bei einem IV-Grad von 24% kein Rentenanspruch mehr.

8.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Vorinstanz den Anspruch des Beschwerdeführers korrekt festgestellt und verfügt hat. Die vorliegende Beschwerde ist somit vollumfänglich abzuweisen.

9.

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

9.1 Die Verfahrenskosten sind bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200-1'000 Franken festzulegen (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Für das vorliegende Verfahren sind die Verfahrenskosten auf Fr. 800.- festzusetzen. Diese sind dem Beschwerdeführer als unterlegene Partei aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss in derselben Höhe ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

9.2 Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die IVSTA jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

(Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.)

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 800.- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- wird zur Bezahlung der Verfahrenskosten verwendet.

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.

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

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Philipp Egli

Andrea Meier

(Die Rechtsmittelbelehrung folgt auf der nächsten Seite.)

Rechtsmittelbelehrung:

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

Versand: