



Urteil vom 26. September 2025

Besetzung

Richter Christoph Rohrer (Vorsitz),
Richterin Caroline Bissegger, Richterin Caroline Gehring,
Gerichtsschreiberin Vera Häne.

Parteien

A. _____, (Liechtenstein),
vertreten durch Antonius Falkner, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch
(Verfügung vom 11. Oktober 2022).

Sachverhalt:**A.**

A.a Der 1971 geborene, geschiedene und mittlerweile im Fürstentum Liechtenstein wohnhafte deutsche Staatsangehörige A._____ (*im Folgenden*: Versicherter oder Beschwerdeführer) war – mit Unterbrüchen – in den Jahren 1998 bis 2004 während insgesamt 41 Monaten mit einer Niederlassungsbewilligung «C» in der Schweiz erwerbstätig, zuletzt als Betriebskontrolleur und stellvertretender zweiter Braumeister bei der B._____ in (...) in seinem erlernten Beruf angestellt. Nach verschiedenen weiteren Stellen in Deutschland war er zuletzt als Braumeister und technischer Leiter bei der C._____ AG in (...) in einem Pensum von 100 % arbeitstätig. Das Arbeitsverhältnis endete im Februar 2019, wobei der letzte effektive Arbeitstag am 19. Februar 2019 war (vgl. Akten der Vorinstanz [*im Folgenden*: IVSTA-act.] 27; 29; 32; 36; 41; 48; 66).

A.b Aufgrund einer hohen Arbeitsbelastung war es bereits im Sommer 2015 zu einer psycho-physischen Erschöpfung gekommen und nach der Kündigung der Arbeitsstelle lag ab dem 21. Februar 2019 aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % zunächst bis Ende des Jahres 2019 vor (IVSTA-act. 12). Mit Schreiben vom 31. März 2021 wurde aufgrund eines am 28. Januar 2020 eingereichten Antrags auf Ausrichtung einer Invaliditätsrente vom bearbeitenden Träger Familienausgleichskasse der D._____ Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (*im Folgenden*: Familienausgleichskasse D._____) der beteiligte Träger Schweizerische Ausgleichskasse um Zusendung verschiedener Unterlagen (E 205, E 210, Bescheid) gebeten und andererseits wurden verschiedene Unterlagen zugestellt (E 204, E 205, E 207, Kopie schweizerischer Versicherungsnachweis, Kopie IK-Auszug, Kopie Personalausweis; IVSTA-act. 1-6).

A.c Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*im Folgenden*: IVSTA) wie auch die Familienausgleichskasse D._____ tätigten erste Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht, zudem befinden sich auch entsprechende Unterlagen betreffend die Versicherungszeiten in Deutschland bei den Akten (IVSTA-act. 7-55). Die Deutsche Rentenversicherung Bund teilte mit Entscheid vom 1. September 2021 mit, es werde ab dem 1. Januar 2020 eine anteilige Rente gewährt, welche mit dem 31. Dezember 2022 weg falle (IVSTA-act. 40; 71 S. 2 f.). Mit Vorbescheid vom 24. Februar 2022 der Familienausgleichskasse D._____ wurde eine halbe IV-Rente vom 1. März 2020 bis 31. Dezember 2020 sowie eine Viertels-Rente vom

1. April 2021 bis 31. Juli 2021 zugesprochen (IVSTA act. 49). In der Folge erging diesbezüglich eine Verfügung vom 26. April 2022 gemäss Vorbescheid (IVSTA-act. 56).

A.d Mit Vorbescheid der IVSTA vom 20. Mai 2022 wurde dem Versicherten die Zusprache einer befristeten halben Invalidenrente seit dem 1. Juli 2020 bis zum 31. März 2021 auf der Grundlage eines Invaliditätsgrades von 58 % in Aussicht gestellt. Die diesem ab dem 1. April 2021 grundsätzlich zustehende Viertelsrente könne nicht ausgerichtet werden, nachdem eine Viertelsrente einem EU-Bürger nicht in einen EFTA-Staat ausgerichtet werden könne (IVSTA-act. 58).

A.e Mit Verfügungen der Familienausgleichskasse D._____ vom 14. Juni 2022 wurde aufgrund der Ermittlung eines neuen Invaliditätsgrads mitgeteilt, es bestehe ab 1. März 2020 bis 31. Dezember 2020 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente bei einem IV-Grad von 53 % und ab 1. April 2021 bis 31. Juli 2021 Anspruch auf eine Viertelsrente bei einem Invaliditätsgrad von 45 % sowie jeweils eine entsprechende Kinderrente zur IV-Rente (IVSTA-act. 73 S. 4 ff.).

A.f Mit Schreiben vom 21. Juni 2022 liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Mag. iur. Antonius Falkner, Einwand gegen den Vorbescheid der IVSTA vom 20. Mai 2022 erheben, allerdings datiert der Poststempel vom 19. September 2022 (IVSTA-act. 74), womit der Einwand verspätet erfolgte und von der Vorinstanz nicht berücksichtigt wurde (IVSTA-act. 75).

A.g Am 11. Oktober 2022 erliess die IVSTA eine dem Vorbescheid entsprechende Verfügung (vgl. Bst. A.d vorstehend) und stellte dem Versicherten die entsprechenden Berechnungsgrundlagen und Erklärungen zur Rentenberechnung zu (IVSTA-act. 75; 78).

B.

Gegen die Verfügung der IVSTA vom 11. Oktober 2022 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Falkner, am 10. November 2022 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragte, die IVSTA sei zu verpflichten, ihm auch über den 31. März 2021 hinaus unbefristet eine halbe Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die Verfügung aufzuheben und die Rechtssache zur neuerlichen Entscheidung zurückzuweisen. Zur Begründung brachte er zusammengefasst vor, bei korrekter Ermittlung der für die Berechnung des Invaliditätsgrads notwendigen Vergleichseinkommen ergebe sich ein Invaliditätsgrad, der ihn durchgehend zum Bezug

einer halben Invalidenrente berechtige. Die Verfügung der IVSTA sei mangelhaft, da sich dieser nicht entnehmen lasse, auf Basis welcher Vergleichseinkommen und Einkommensgrundlagen der Invaliditätsgrad jeweils berechnet worden sei. Zum Valideneinkommen sei festzuhalten, dass er im Gesundheitsfall den damals von der Arbeitgeberin bereits erstellten Arbeitsvertrag mit einem Jahresgehalt von Fr. 97'500.– ab 1. März 2019 unterzeichnet hätte. Indexiert auf das Jahr 2022 ergebe sich somit ein Valideneinkommen von Fr. 98'500.–. In einer zumutbaren Verweistätigkeit ergebe sich ein maximales Invalideneinkommen von Fr. 45'000.–. Zudem sei nicht nachvollziehbar, welche medizinischen Abklärungsergebnisse Grundlage der Verfügung darstellten. Die IVSTA habe sich im Wesentlichen auf ein von der Familienausgleichskasse D. _____ eingeholtes psychiatrisches Gutachten gestützt, seine schwerwiegenden und aktenkundigen pulmologischen Beschwerden seien überhaupt nicht berücksichtigt worden, es werde diesbezüglich insbesondere auf die Berichte des behandelnden Pneumologen und des Hausarztes verwiesen. Es werde Antrag gestellt auf Einholung eines pulmologischen Sachverständigengutachtens sowie eines bidisziplinären Gesamtgutachtens betreffend die Bereiche Psychiatrie und Pulmologie. Schliesslich werde bestritten, dass die von der IVSTA ab 1. April 2021 errechnete Viertelsrente nicht ausbezahlt werden könne, da er als EU-Bürger in einem EFTA-Land lebe (vgl. Akten im Beschwerdeverfahren [*im Folgenden*: BVGer-act.] 1).

B.a Mit Zwischenverfügung vom 16. November 2022 wurde der Beschwerdeführer zur Leistung eines Kostenvorschusses in Höhe von Fr. 800.– aufgefordert (BVGer-act. 2). Der eingeforderte Kostenvorschuss ging am 21. Dezember 2022 fristgerecht bei der Gerichtskasse ein (BVGer-act. 4).

B.b Mit Vernehmlassung vom 6. Februar 2023 beantragte die Vorinstanz innert einmalig erstreckter Frist (BVGer-act. 7 f.), die Beschwerde sei abzuweisen und die angefochtene Verfügung sei zu bestätigen. Im Wesentlichen hielt sie an ihren Ausführungen fest und machte geltend, anlässlich der Beurteilung durch den ärztlichen Dienst sei unter Berücksichtigung sämtlicher Unterlagen aus somatischer und psychiatrischer Sicht Stellung genommen worden. Der vom Beschwerdeführer erwähnte pneumologische Bericht sei nicht aktenkundig und könne von diesem mit der Replik nachgereicht werden. Die beschwerdeweise geltend gemachten Gesundheitsbeeinträchtigungen seien durch den ärztlichen Dienst vollumfänglich berücksichtigt worden und diesbezüglich sei insbesondere aus somatischer Sicht kein Gesundheitsschaden festgestellt worden, der eine langfristige Arbeitsfähigkeit rechtfertige. Der Entwurf des Arbeitsvertrags könne

nicht berücksichtigt werden, nachdem der Beschwerdeführer die entsprechende Änderungskündigung abgelehnt habe. Die Vorinstanz reichte zudem eine Stellungnahme des Fachdienstes für wirtschaftliche Invaliditätsbemessung vom 3. Februar 2023 ein (BVGer-act. 9).

B.c In seiner Replik vom 13. März 2023 hielt der Beschwerdeführer im Wesentlichen an seinen bisherigen Ausführungen fest und reichte zusätzlich medizinische Unterlagen aus dem Jahr 2021 (Verlaufsbericht des Hausarztes und pneumologischer Bericht) sowie einen Beschluss des E._____ vom 2. März 2023 ein (BVGer-act. 11).

B.d Mit Duplik vom 13. April 2023 hielt auch die Vorinstanz nach Vornahme zusätzlicher Abklärungen an ihren Ausführungen fest und reichte zusätzliche Dokumente ein (BVGer-act. 13).

B.e Mit Eingabe vom 15. Mai 2023 liess der Beschwerdeführer eine Stellungnahme zur Duplik der Vorinstanz einreichen (BVGer-act. 14).

B.f Mit Verfügung vom 19. Mai 2023 wurde diese Stellungnahme zur Duplik der Vorinstanz zugestellt und gleichzeitig der Schriftenwechsel abgeschlossen.

B.g Mit Verfügung vom 20. August 2025 (BVGer-act. 17) teilte der Instruktionsrichter dem Beschwerdeführer mit, das Bundesverwaltungsgericht erwäge, die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht über den gesamten für den Rentenanspruch relevanten Zeitraum abkläre und neu verfüge, womit sich neue Abklärungsergebnisse auch zu Ungunsten des Beschwerdeführers auswirken könnten (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4; Urteil des BGer 8C_37/2016 vom 8. Juli 2016 E. 8.2). In diesem Zusammenhang wurde dem Beschwerdeführer Frist zur Stellungnahme und allfälligem Beschwerderückzug gegeben. Mit Eingabe vom 19. September 2025 erklärte sich der Beschwerdeführer mit einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz ausdrücklich einverstanden und beantragte für das Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung von insgesamt Fr. 5'405.– zu Lasten der Vorinstanz (BVGer-act. 19).

B.h Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften ist – soweit erforderlich und rechtserheblich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), einzutreten.

2.

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 11. Oktober 2022, mit der die Vorinstanz dem Beschwerdeführer eine befristete halbe Invalidenrente ab dem 1. Juli 2020 bis zum 31. März 2021 zugesprochen hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist die Rechtmässigkeit dieser Rentenzusprache und in diesem Zusammenhang vorab, ob die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt in medizinischer und erwerblicher Sicht genügend abgeklärt hat. Ebenfalls streitig ist die Frage, ob die Vorinstanz zu Recht einen Anspruch auf Auszahlung einer Viertelsrente aufgrund des Wohnsitzes des deutschen Beschwerdeführers im Fürstentum Liechtenstein verneint hat. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die gerichtliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass unbestritten gebliebene Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben. Es liegt materiell ein einziges Rechtsverhältnis vor, wenn eine Leistung rückwirkend zugesprochen, diese aber gleichzeitig befristet, herauf- oder herabgesetzt wird (BGE 131 V 164 E. 2.2 f. mit Hinweis auf BGE 125 V 417 E. 2d).

3.

3.1 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).

3.2 Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der

Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2013/46 E. 3.2).

3.3 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 unbeschränkt; 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).

4.

4.1 Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und war unter anderem in der Schweiz wohnhaft und erwerbstätig, bevor er nach Liechtenstein gezogen ist, wo er aktuell seinen Wohnsitz hat. Aufgrund seiner deutschen Staatsangehörigkeit besteht in persönlicher Hinsicht ein internationaler Sachverhalt mit Bezug zur EU, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (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), zu beachten sind (BGE 138 V 533 E. 2.1). 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).

4.2 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 11. Oktober 2022 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.

4.2.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBI 2020 5535; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBI 2017 2535]) sowie die Änderungen der IVV vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1), sind die Leistungsansprüche mit Blick auf das Erlassdatum der vorliegend angefochtenen Verfügung (11. Oktober 2022; IVSTA-act. 78) für die Zeit ab 1. Januar 2022 nach den neuen Normen zu prüfen.

4.2.2 Soweit aber – wie vorliegend (frühestmöglicher Rentenbeginn im Juli 2020 bei IV-Anmeldung im Januar 2020, vgl. oben Sachverhalt Bst. A.b) – Ansprüche zu prüfen sind, welche noch vor dem 1. Januar 2022 entstanden sind, kommen für die Zeit bis zum Rechtswechsel die Normen des IVG und der IVV, welche bis zum 31. Dezember 2021 in Kraft standen und nachfolgend zitiert werden, zur Anwendung. Weiter ist zu beachten, dass die Übergangsbestimmungen des IVG unter lit. b und c für Personen, die bei Inkrafttreten der Rechtsänderung am 1. Januar 2022 eine laufende Rente beziehen, mehrere Ausnahmen von den allgemeinen übergangsrechtlichen Grundsätzen statuieren (vgl. BGE 150 V 323 E. 4.2 und 4.3.1; 130 V 445; vgl. auch Kreisschreiben des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Juli 2020, Rz. 9101; Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], Stand 1. Januar 2022).

4.3 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 11. Oktober 2022) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 144 V 224 E. 6.1.1; 132 V 215 E. 3.1.1). Damit ist vorliegend

grundsätzlich der bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretene Sachverhalt zu berücksichtigen. Neue Tatsachen, die sich vor Erlass der streitigen Verfügung verwirklicht haben, die der Vorinstanz aber nicht bekannt waren oder von ihr nicht berücksichtigt wurden (unechte Noven), können im Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht vorgebracht werden und sind zu würdigen. Gleiches gilt für neue Beweismittel (Urteil des BVGer C-3910/2021 vom 6. Februar 2023 E. 3.2 m.H.; ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER/MARTIN KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3. Aufl. 2022, S. 132 Rz. 2.204). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3). 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.; BGE 121 V 362 E. 1b).

5.

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

5.2 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare

Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

5.3 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 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). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

5.4 Zusätzliche kumulative Voraussetzung für einen Rentenanspruch ist, dass der Versicherte im Sinne von Art. 36 Abs. 1 IVG beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, wobei auch Beitragszeiten, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind, mitberücksichtigt werden (vgl. Art. 6 und Art. 45 VO [EG] 883/2004; vgl. auch BGE 131 V 390). Die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer für eine ordentliche Invalidenrente ist vorliegend unbestritten und aktenkundig erfüllt (vgl. IVSTA-act. 4; 27; 29; 32; 36; 41; 76 S. 2 ff.).

5.5 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).

5.6

5.6.1 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 arbeits(un)fähig 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.).

5.6.2 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 Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil 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 potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner 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 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).

5.6.3 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 145 V 97 E. 8.5; 139 V 225 E. 5.2). 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).

Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.1; 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; je m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 m.H.; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

5.6.4 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 versicherungsinternen medizinischen Stellungnahmen in Zweifel zu ziehen (BGE 135 V 465 E. 4.5).

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

5.8 Die Bemessung der Invalidität erfolgt bei erwerbstätigen Versicherten in der Regel nach der Einkommensvergleichsmethode (Art. 28a Abs. 1 IVG [in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung] 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 [in den bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassungen]) 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 [in den bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassungen]; Art. 16 ATSG und Art. 27 IVV [in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung]).

5.9 Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist (Statusfrage), was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) führt, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVV [in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung]) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1 mit Hinweisen; Urteil des BGer 9C_883/2017 vom 28. Februar 2018 E. 4.1.1). Die Statusfrage ist hypothetisch zu beurteilen. Dabei sind die ebenfalls hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen, welche als innere Tatsachen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich sind und in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden müssen (Urteil des BGer 9C_883/2017 vom 28. Februar 2018 E. 4.1.2 mit Hinweisen).

6.

Aufgrund des vorstehend Ausgeführten ist im Folgenden vorab zu prüfen,

ob die Vorinstanz den medizinischen Sachverhalt entsprechend der ihr gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG obliegenden Pflicht rechtsgenügend abgeklärt hat und die vorliegenden medizinischen Berichte es dem medizinischen Dienst erlaubten, sich ein vollständiges Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zu machen und seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind.

6.1 Es lagen der Vorinstanz zum Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zunächst folgende medizinische Unterlagen vor:

6.1.1 Gemäss gutachterlichem Konsil von Dr. med. F._____, Facharzt FMH Psychiatrie/Psychotherapie vom 4. November 2019 – verfasst im Auftrag der G._____ und basierend auf den ihm entsprechend zugestellten Akten und einer persönlichen Untersuchung vom 22. Oktober 2019 – sei der Versicherte seit dem 21. Februar 2019 aus krankheitsbedingten Gründen zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Aus dem hausärztlichen Erstbericht vom 19. Juli 2019 gehe hervor, dass der Versicherte sich im Sommer 2015 erstmalig aufgrund von beruflicher Überbelastung und geschäftlichen Differenzen mit Erschöpfungszustand, Antriebslosigkeit und sozialem Rückzug vorgestellt habe. Es sei eine pharmakologische Behandlung erfolgt sowie seit Juli 2015 eine psychotherapeutische Behandlung durch Frau Dr. H._____. Es zeige sich ein wechselhaftes, vielschichtiges Beschwerde- und Symptombild. Wohl habe sich im Rahmen einer konflikthafter Zuspitzung im Februar 2019 respektive im ersten Halbjahr 2019 die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) als nachvollziehbar erwiesen, doch würden sowohl die Intensität wie auch die zeitliche Persistenz der Erschöpfungssymptomatik auf eine sonstige anhaltende affektive Störung mit Krankheitswert (ICD-10 F34.8) bei Status nach mittelgradiger depressiver Episode verweisen, die nicht mehr die Kriterien einer spezifischen Depression erfülle. Die ambulante psychotherapeutische Behandlung werde weitergeführt, ebenso eine hausärztliche Behandlung bei körperlichen Risikofaktoren (Übergewicht). Es beständen noch ein reduziertes Durchhaltevermögen sowie eine verminderte Belastbarkeit und Stressresistenz, welche die aktuelle Arbeitsunfähigkeit noch nachvollziehbar belegen. Es zeige sich eine erkennbare Tendenz der Besserung mit langsamer aber kontinuierlicher Leistungssteigerung und es dürfe von einem schrittweisen Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Von der behandelnden Psychotherapeutin werde eine zumindest teilweise Arbeitsfähigkeit ab Anfang 2020 skizziert, von

Seiten des Hausarztes eher etwas später. Bei sich weiter ergebender Verbesserung dürfe spätestens ab Frühjahr 2020 mit der bisherigen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Aufgrund der langjährigen beruflichen Praxis und ausreichenden sozialen Kompetenz (bei guter Gesundheit) sei die bisherige Tätigkeit – bei einem anderen Arbeitgeber – grundsätzlich geeignet. Es sei keine Anpassung der beruflichen Tätigkeit erforderlich. Das Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit sei an eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation gebunden und könne nicht durch allfällige Anpassungen des Tätigkeitsbereichs beschleunigt werden (IVSTA-act. 10).

6.1.2 Die behandelnde Psychotherapeutin, Dr. phil. H. _____, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 10. Februar 2020 eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) nach chronischer Erschöpfung respektive Burnout, bestehend seit 2015. Sie behandle den Versicherten seit Juli 2015 und die letzte Kontrolle sei am 6. Februar 2020 erfolgt. In seiner vollzeitlich ausgeübten Berufstätigkeit als Braumeister sei es aufgrund einer Arbeitsüberlastung, häufigeren und längeren krankheitsbedingten Abwesenheiten aufgrund von Erkältungen und grippalen Erkrankungen, Schwierigkeiten mit dem Chef und Personalmangel zu einer chronischen Erschöpfung sowie auch aufgrund eines Gefühls der Hilflosigkeit zu einer schweren depressiven Erschöpfungssymptomatik gekommen. Infolge dessen habe er sich im Spätjahr 2018 entschieden, die Arbeitsstelle zu kündigen. Nach der Kündigung habe sich die Symptomatik durch körperliche Erholung schon deutlich gebessert, es bedürfe aber immer noch medizinischer und psychotherapeutischer Unterstützung. Der Versicherte sei bereits beim I. _____ gemeldet (*im Folgenden*: I. _____; Arbeitsfähigkeit von 20 %). Die Genesungschancen seien gut, sofern dem Heilungsprozess in den nächsten Monaten genügend Raum gegeben werde (langsame, schrittweise Wiedereingliederung). Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit und die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Diese sei hinsichtlich der Arbeitszeiten zu unrythmisch (Abend- und Wochenendarbeit) gewesen und stundenmässig weit über ein Pensum von 100 % hinausgegangen. Die Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei beim Hausarzt zu erfragen, ebenso in welchem Umfang und seit wann eine behinderungsangepasste Tätigkeit mit welchem Belastungsprofil möglich sei. Es könne mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden, es sei diesbezüglich beim Hausarzt nachzufragen, ab wann und in welchem Umfang (IVSTA-act. 11).

6.1.3 Der Hausarzt Dr. med. J. _____, Facharzt für Innere Medizin FMH, diagnostizierte in seinem Arztbericht vom 14. Februar 2020 eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), bestehend seit Sommer 2015. Der Versicherte sei bei ihm seit Juli 2015 in Behandlung und die letzte Kontrolle sei am 7. Februar 2020 erfolgt. Es sei im Rahmen der Arbeitsbelastung mit zahlreichen Überstunden sowie Pikettdiensten am Feierabend und am Wochenende zu einer zunehmenden psychophysischen Erschöpfung gekommen. Im Frühjahr 2019 habe sich der Versicherte aufgrund einer progredienten Verschlechterung gezwungen gesehen, seine bisherige Stelle zu kündigen. Er habe diesen in der Folge für circa zehn Monate zu 100 % krankschreiben müssen. Seit Anfang 2020 werde die theoretische Arbeitsfähigkeit nun schrittweise langsam erhöht. Er gehe grundsätzlich von einer restitutio ad integrum im Verlauf der nächsten Monate aus. Hinsichtlich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Braumeister habe seit dem 21. Februar 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, ab dem 1. Januar 2020 von 80 % und ab dem 8. Februar 2020 von 60 % bestanden. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht noch zumutbar. Er gehe theoretisch davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit nach vollständiger Erholung wieder bei 80-100 % liegen dürfte, allerdings sollte unbedingt gewährleistet sein, dass allfällige Überstunden oder Pikettdienste kompensiert werden können, um eine erneute Überlastung zu vermeiden. Es bestehe unter Berücksichtigung des Vorstehenden grundsätzlich keine verminderte Leistungsfähigkeit. Derzeit sei eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im Umfang von 40 % geplant, mit einer schrittweisen Erhöhung in den nächsten Monaten (IVSTA-act. 12).

6.1.4 Aufgrund einer internen Anfrage der Familienausgleichskasse D. _____ betreffend die Einleitung von beruflichen Massnahmen im Sinne eines Case Managements hielt RAD-Arzt Dr. med. K. _____ in seinem Bericht vom 3. März 2020 fest, der Versicherte habe aufgrund längerer Belastungen am Arbeitsplatz eine depressive Symptomatik entwickelt. Mittlerweile bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 40 %, ein Wiedererlangen einer Arbeitsfähigkeit von 100 % sei erst im Laufe der nächsten sechs Monate zu erwarten. Aus versicherungsmedizinischer Sicht unterstütze er die angedachten beruflichen Massnahmen im Sinne eines Case Managements (IVSTA-act. 13).

6.1.5 Dr. H. _____ hielt in ihrem Bericht vom 14. Dezember 2020 nach einer gleichentags erfolgten Sitzung mit dem Beschwerdeführer ergänzend zu den bereits angeführten Diagnosen (vgl. E. 6.1.2 vorstehend) fest, es

liege fremdanamnestisch und bekannt seit Frühjahr 2020 ein Schlaf-Apnoe-Syndrom (ICD-10 G47.0) vor. Kurz nach ihrer letzten Berichterstattung sei dieses diagnostiziert und seither erfolgreich mit einer CPAP-Maske behandelt worden. Der Versicherte berichte über eine deutliche Besserung der Vitalität am Tag, was positive Effekte betreffend die psychische Verfassung zeige. Aktuell sei dieser in ein Arbeitsprogramm des I. _____ eingebunden und sei zuversichtlicher, zukünftig in den ersten Arbeitsmarkt zurückkehren zu können. Diesbezüglich liefen bereits Bewerbungen. Die Prognose sehe weiterhin gut aus. Betreffend die medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit werde auf den Hausarzt verwiesen. Die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit sei aktuell weiterhin eingeschränkt und die Tagesarbeitsfähigkeit sei reduziert. Die bisherige Tätigkeit sei wieder zumutbar, aber nicht am bisherigen Arbeitsplatz und mit der absoluten Notwendigkeit, geregelte Arbeitszeiten einzuhalten, nicht zuletzt auch wegen der organisch bedingten Schlafstörung. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Bis zur völligen Wiedereingliederung werde die Leistungsfähigkeit sicher eingeschränkt sein, sei aber sukzessive wieder herstellbar. Hinsichtlich der Frage, in welchem Umfang und seit wann eine angepasste Tätigkeit möglich sei, komme es auf die Tätigkeit an. Die Einschränkungen könnten durch die CPAP-Maske vermindert werden, welche eine Erhöhung der Leistungsfähigkeit bewirke. Bei der beruflichen Eingliederung sei zu beachten, dass keine Nachtschichten geleistet werden müssten und geregelte Arbeitszeiten beständen. Es könne mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. mit einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden. Es sei diesbezüglich beim Hausarzt zu erfragen, ab wann und in welchem Umfang (IVSTA-act. 14).

6.1.6 Aufgrund einer erneuten Anfrage der Familienausgleichskasse D. _____, wonach laufende Arbeitsbemühungen beständen, der Versicherte sich für eine Ausbildung zum Lehrer interessiere und die Arbeitsfähigkeit bis anhin nicht wirklich über 50 % habe gesteigert werden können, hielt RAD-Ärztin Dr. L. _____, Fachärztin für Neurologie, mit Stellungnahme vom 23. Dezember 2020 fest, aktuell werde ein Pensum von 60 % gehalten und es beständen Aussichten auf Praktika bzw. Stellen. Sie empfehle daher, das bestehende Case Management fortzuführen (IVSTA-act. 15).

6.1.7 Im Verlaufsbericht vom 4. März 2021 hielt Dr. H._____ einen unveränderten Gesundheitszustand fest und verwies auf ihren Bericht vom 14. Dezember 2020 (IVSTA-act. 16; vgl. E. 6.1.5 vorstehend).

6.1.8 Weiter befinden sich unter anderem eine erneute Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. L._____ zur Frage weiterer medizinischer Abklärungen vom 17. März 2020 (IVSTA-act. 17) und der (immer wieder ergänzte) Case Management-Bericht vom 9. März 2020 (IVSTA-act. 18; 19; 25; 28) bei den Akten.

6.1.9 Die IVSTA unterbreitete den Fall am 28. Juni 2021 ihrem ärztlichen Dienst zur Stellungnahme (IVSTA-act. 38). Dr. M._____, Facharzt FMH Allgemeinmedizin, hielt diesbezüglich in seiner medizinischen Stellungnahme vom 13. Juli 2021 als Hauptdiagnosen sonstige affektive Störungen (ICD-10 F34.8) und einen Zustand nach depressiver Episode mittleren Schweregrades (ICD-10 F32.1) fest. Begleitdiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte er keine auf. Als begleitende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte er einen substituierten Hypogonadismus sowie ein Schlafapnoe-Syndrom auf. Weiter hielt Dr. M._____ zusammengefasst fest, es bestehe in der angestammten Tätigkeit seit dem 20. Februar 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. In somatischer Hinsicht liege keine Gesundheitsbeeinträchtigung vor, welche eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit rechtfertige. Wenn eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen medizinisch gerechtfertigt sei und ein neues Gutachten unumgänglich sei, sei eine Stellungnahme des Psychiaters des internen medizinischen Diensts erforderlich (IVSTA-act. 39).

6.1.10 In der Folge bestätigte Dr. N._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Arzt des medizinischen Dienstes der IVSTA, mit medizinischer Einschätzung vom 16. November 2021 die bereits erwähnten Diagnosen grundsätzlich (mittlere depressive Episode im Februar 2019 [ICD-10 F32.1], anschließend anhaltende Stimmungsstörungen seit dem 4. November 2019 [ICD-10 F34.8]), erwähnte aber das Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10 G47.3) unter Begleitdiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und führte den substituierten Hypogonadismus nicht auf. Zur Arbeitsunfähigkeit hielt er fest, es bestehe in der angestammten Tätigkeit seit dem 20. Februar 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, seit dem 1. Januar 2020 eine solche von 80 % und seit dem 7. Februar 2020 eine solche von 60 %. Die Krankenakte enthalte seit dem Gutachten von Dr. F._____ vom 4. November 2019

relativ wenig psychiatrische Fachmeinungen. Dies umso mehr, als der letzte Bericht des Psychologen selbst aus dem April 2021 stamme und relativ knapp ausgefallen sei. Ein aktuelles psychiatrisches Gutachten oder ein Gutachten mit klinischer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und einer Prognose über die weitere Entwicklung sei für eine endgültige Stellungnahme wünschenswert (IVSTA-act. 45).

6.1.11 Gemäss von der Familienausgleichskasse D._____ (vgl. IVSTA-act. 46 f.) beim Swiss Medical Assessment and Business Center (*im Folgenden: SMAB*) eingeholtem psychiatrischen Gutachten vom 16. Dezember 2021 wurde dieses aufgrund der von der Auftraggeberin zur Verfügung gestellten Akten gemäss Aktenauszug im Anhang 1 zum Gutachten und der eigenen Untersuchungen (stattgefunden am 25. November 2021 von 9.00 Uhr bis 10.20 Uhr) und Befunde erstellt. Gutachter Dr. med. O._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt als psychiatrische Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit betreffend die letzte Tätigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) fest. Psychiatrische Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit betreffend die letzte Tätigkeit lägen keine vor. Der Versicherte schildere leicht agoraphobische Ängste. Es werde eingeschätzt, dass diese als Teil der Depression anzusehen seien. Bei der leichten depressiven Episode stehe eine Antriebsminderung im Sinne einer vermehrten Erschöpfbarkeit im Vordergrund. Hinsichtlich der beiden weiteren Hauptsymptome (depressive Stimmung, Verlust von Interesse und Freude) ergebe sich, dass diese nur noch gering ausgeprägt seien. Insbesondere gehe der Versicherte wieder vielfältigen positiv besetzten Aktivitäten nach und nehme soziale Kontakte wahr, ein wesentlicher Verlust von Interesse und Freude sei nicht erkennbar.

Betreffend die Beurteilung des bisherigen Verlaufs von Behandlungen, Rehabilitationen, Eingliederungsmassnahmen etc. und den Heilungschancen hielt Dr. O._____ fest, die depressive Symptomatik, die ab Februar 2019 vorgelegen habe, habe sich gebessert. Es sei nicht optimal, dass über die psychologisch-psychotherapeutische Behandlung hinaus keine ambulante psychiatrische Behandlung erfolgt sei. Der Versicherte stehe einer psychopharmakologischen Behandlung sehr kritisch gegenüber, schliesse diese aber nicht grundsätzlich aus. Aktuell sei eine Besserung der Depression eingetreten, so dass es vertretbar sei, bei nur noch leichtgradiger depressiver Symptomatik auf eine antidepressive Medikation zu verzichten. Sollte aber wieder eine Verschlechterung eintreten, sollte eine ambulante psychiatrische Behandlung in die Wege

geleitet und die Therapieoption einer psychopharmakologischen Behandlung nochmals besprochen werden.

Hinsichtlich der Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität bestehe eine Beschwerdebetonung. Die anfängliche Aussage des Versicherten im Untersuchungsgespräch, er könne sich «über nichts freuen», sei nicht plausibel. Betreffend die Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen lägen als Ressourcen eine fundierte berufliche Ausbildung, langjährige berufliche Erfahrungen sowie eine stabile Partnerschaft vor. Als Belastungen seien der fehlende Arbeitsplatz und die unsichere berufliche Perspektive zu nennen. Hinsichtlich des Belastungsprofils sei eine sachbetonte (mit allenfalls geringfügigem Kundenkontakt), regelmässige, kognitiv einfache, gut vorstrukturierte Tätigkeit ohne besonderen Zeitdruck und ohne erhöhte Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit optimal. Wegen der agoraphobischen Ängste seien Tätigkeiten an starkfrequentierten Orten (Bahnhöfe usw.) nicht geeignet.

Da die Schwere der Fähigkeitsbeeinträchtigungen im Mini-ICF-APP an der Bedeutung der einzelnen Fähigkeitsbereiche für den Referenzkontext zu operationalisieren sei und die bisherige Tätigkeit nicht als optimal leidensadaptiert anzusehen sei, erfolge die Schweregradeinteilung betreffend die beiden Referenzkontexte «bisherige Tätigkeit» und «leidensadaptierte Tätigkeit» getrennt. Zusammengefasst hielt Dr. O._____ diesbezüglich fest, die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sei in der bisherigen Tätigkeit leicht und in einer leidensadaptierten Tätigkeit nicht beeinträchtigt. Betreffend die bisherige Tätigkeit sei die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit mittelgradig beeinträchtigt, in einer angepassten Tätigkeit liege diesbezüglich eine leichte Beeinträchtigung vor. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sei in der bisherigen Tätigkeit leicht beeinträchtigt, in einer leidensadaptierten Tätigkeit nicht beeinträchtigt. Die Widerstand- und Durchhaltefähigkeit sei in der bisherigen Tätigkeit mittelgradig und in einer angepassten Tätigkeit leicht beeinträchtigt. Betreffend die Fähigkeiten zur Anpassung an Regeln und Routinen, die Kompetenz und Wissensanwendung, die Proaktivität und Spontanaktivität, die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Gruppenfähigkeit, die Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen, die Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung und die Mobilität und Verkehrsfähigkeit lägen weder in der bisherigen noch in einer leidensangepassten Tätigkeit Beeinträchtigungen vor.

Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit stelle hohe Anforderungen an die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die Durchhaltefähigkeit, die Daueraufmerksamkeit und die Kontaktfähigkeit zu Dritten. Der Versicherte könne in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit täglich fünf Stunden ohne Leistungseinschränkung anwesend sein, es liege diesbezüglich eine Arbeitsfähigkeit von 60 % vor. Zusammengefasst sei der zeitliche Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit wie folgt: 21. Februar 2019 bis 31. Dezember 2019: Arbeitsfähigkeit 0 % (basierend auf dem Gutachten von Dr. F. _____ und der Einschätzung des Hausarztes); 1. Januar 2020 bis 7. Februar 2020: Arbeitsfähigkeit 20 % (gemäss plausibler Einschätzung des Hausarztes); 8. Februar 2020 bis 13. Dezember 2020: Arbeitsfähigkeit 40 % (gemäss plausibler Einschätzung des Hausarztes); 14. Dezember 2020 bis 31. März 2021: Arbeitsfähigkeit 60 % (ab Bericht von Dr. H. _____ vom 14. Dezember 2020); 1. April 2021 bis 31. Juli 2021: Arbeitsfähigkeit 50 % (basierend auf Angaben des Versicherten und des Hausarztes); seit 1. August 2021: Arbeitsfähigkeit 60 %. Betreffend die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei eine sachbetonte (allenfalls geringfügiger Kundenkontakt), regelmässige, kognitiv einfache, gut vorstrukturierte Tätigkeit ohne besonderen Zeitdruck und ohne erhöhte Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit optimal geeignet. Die maximale Präsenz in einer solchen Tätigkeit sei täglich sieben Stunden, dies ohne Leistungseinschränkung. Die Arbeitsfähigkeit in einer solchen Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt betrage 80 %. Es gelte hinsichtlich des zeitlichen Verlauf der Entwicklung dieser Arbeitsfähigkeit die gleiche Verlaufsdynamik wie jene bei der bisherigen Tätigkeit, aber mit einer um 20 % höheren Arbeitsfähigkeit: 21. Februar 2019 bis 31. Dezember 2019: Arbeitsfähigkeit 20 %; 1. Januar 2020 bis 7. Februar 2020: Arbeitsfähigkeit 40 %; 8. Februar 2020 bis 13. Dezember 2020: Arbeitsfähigkeit 60 %; 14. Dezember 2020 bis 31. März 2021: Arbeitsfähigkeit 80 %; 1. April 2021 bis 31. Juli 2021: Arbeitsfähigkeit 70 %; seit 1. August 2021: Arbeitsfähigkeit 80 %.

Dr. O. _____ hielt zur Thematik der Arbeitsfähigkeit im Sinne einer Anmerkung weiter fest, in seinem Bericht vom 12. Mai 2021 habe der Hausarzt mitgeteilt, dass sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vorliege. Das sei nicht nachvollziehbar, die bisherige Tätigkeit stelle deutlich höhere Anforderungen an die berufliche Leistungsfähigkeit als eine einfachere Tätigkeit gemäss Belastungsprofil.

Es liege keine Situation vor, wo der Versicherte zwar theoretisch über relevante arbeitsbezogene Ressourcen verfüge, diese aber aufgrund interaktioneller Schwierigkeiten (z.B. fehlende Sozialkompetenz) nicht an einem regulären Arbeitsplatz umsetzen könne. Die Arbeitsfähigkeit könne nach seiner Einschätzung noch durch medizinische Massnahmen relevant verbessert werden. Er empfehle die Fortführung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung, gegebenenfalls bei einer erneuten Verschlechterung der Depression zusätzlich eine psychiatrische Behandlung mit gegebenenfalls antidepressiver Medikation. Er schätze, dass in sechs bis acht Monaten eine vollständige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erreichbar sei (IVSTA-act. 48).

6.1.12 Mit medizinischer Stellungnahme vom 4. Mai 2022 hielt Psychiater Dr. N. _____ als Hauptdiagnose eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0; zu Beginn mittelschwer) sowie als Begleitdiagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: einen Hypogonadismus (substituiert) und ein Schlafapnoe-Syndrom fest. Betreffend die Arbeitsfähigkeit stimmte Dr. N. _____ grundsätzlich Dr. O. _____s Einschätzung (vgl. E. 6.1.11 vorstehend) zu, ausser dass er ab dem 14. Dezember 2020 in der angestammten Tätigkeit durchgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % und in einer angepassten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit durchgehend von 80 % ausging. Zu vermeiden im Sinne von funktionellen Einschränkungen seien Nacharbeit, stressige, schnelle und komplexe Arbeiten, anstrengende Arbeiten mit Ausdauer, Arbeiten mit Kunden oder mit häufigen zwischenmenschlichen Kontakten sowie Emotionsmanagement. Dr. N. _____ verwies weiter hinsichtlich der kognitiven Ebene und der somatischen Beeinträchtigung auf die Stellungnahme von Dr. M. _____ vom 13. Juli 2021. Aus psychiatrischer Sicht würden die in den Unterlagen beschriebenen klinischen Elemente (traurige Stimmung, Erschöpfungsgefühl, sozialer Rückzug, Antriebslosigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen) mit der Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode übereinstimmen. Die Depression habe sich im Zusammenhang mit einer Überlastung am Arbeitsplatz und einem anschliessenden Stellenwechsel manifestiert. Es könne die Hypothese einer Anpassungsstörung aufgestellt werden. Die Elemente im Dossier seien kohärent. Insbesondere zu Beginn der Erkrankung habe ein sozialer Rückzug und eine Anhedonie stattgefunden, was für diese Art von Erkrankung recht typisch sei. Die eingeleiteten Behandlungen, im Wesentlichen Psychotherapie, schienen zu einer allmählichen, aber bislang unvollständigen Remission der Symptome geführt zu haben. Der Versicherte erhalte keine medikamentöse Behandlung, insbesondere keine

Antidepressiva. Die durch die Pandemie beeinträchtigten Versuche einer beruflichen Neuorientierung würden fortgesetzt. Die kürzlich diagnostizierte und behandelte Schlafapnoe habe die Beschwerden betreffend die erhöhte Müdigkeit teilweise verbessert. Es bestehe eine einheitliche Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen. Der Versicherte folge allen von den Ärzten vorgeschlagenen Behandlungen und zeige damit den Wunsch, sich von den Leiden zu befreien. Das Gutachten von Dr. O._____ sei qualitativ hochwertig, ausreichend detailliert, klinisch fundiert und stehe im Einklang mit den früheren medizinischen Berichten. Es könne hinsichtlich der Diagnose und der Arbeitsunfähigkeit auf dessen Ausführungen abgestellt werden. Die Arbeitsunfähigkeit nehme mit der Intensität der depressiven Episode und mit dem Ausmass der Funktionsstörungen ab. Der beschriebene Zeitraum der symptomatischen Verschlechterung von April bis Juli 2021 sei von zu geringer Dauer und Intensität, um eine signifikante Veränderung des festgestellten Grades der Arbeitsunfähigkeit darzustellen. Die Prognose sei angesichts der langsam besser werdenden Beschwerden und der Abnahme der Arbeitsunfähigkeit günstig (IVSTA-act. 53).

6.2 Nach dem Vorbescheid vom 20. Mai 2022 (IVSTA-act. 58) und der Verfügung vom 11. Oktober 2022 (IVSTA-act. 78) liess der Versicherte im bundesverwaltungsgerichtlichen Verfahren den Entwurf eines Arbeitsvertrags zwischen ihm und der C._____ AG (Beilage zur Beschwerde vom 10. November 2022; BVGer-act. 1) sowie – nachdem die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung vom 6. Februar 2023 unter anderem ausgeführt hatte, dass ein vom Beschwerdeführer erwähnter pneumologische Bericht nicht aktenkundig sei – einen Bericht von Dr. med. P._____, Facharzt für Innere Medizin FMH (spez. Pneumologie), vom 23. März 2021, einen Verlaufsbericht von Dr. J._____ vom 12. Mai 2021 und einen Beschluss des E._____ in seiner Sozialversicherungssache vom 2. März 2023 (Beilagen zur Replik vom 13. März 2023; BVGer-act. 11) einreichen.

6.2.1 Dr. P._____ stellte in seinem Bericht vom 23. März 2021 – welcher als unechtes Novum zu berücksichtigen ist (vgl. dazu E. 4.3 vorstehend) – zusammengefasst die folgenden Diagnosen:

- schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom und Hypopnoe-Syndrom (CPAP-Behandlung seit Mai 2020, sehr gute Therapiecompliance);
- schwere, partiell reversible obstruktive Ventilationsstörung (DD: Adipositas bedingt, chronisches Asthma bronchiale COPD; langjähriger und fortgesetzter Nikotinabusus);

- Hypertonie (unbehandelt)
- Adipositas permagna (BMI 39,7)
- Burnout (50 % arbeitsunfähig; zurzeit stellenlos)

Dr. P. _____ hielt weiter fest, in der Lungenfunktion ergebe sich das Bild einer COPD Gold 3 B mit einer schweren obstruktiven Ventilationsstörung, die vor allem auch durch sein massives Übergewicht mitverursacht sei. Trotzdem hätten sich die Werte im Vergleich zur Voruntersuchung von April 2020 verschlechtert. Wahrscheinlich sei zusätzlich eine asthmatische Komponente vorhanden. Entsprechend komme es auch zu einer deutlichen Abnahme der pulmonalen Überblähung und der Atemwegswiderstände nach Inhalation. Damit dürfte der Versicherte von einer inhalativen Therapie und wahrscheinlich auch von einem topischen Steroid profitieren. Ein solches habe er bereits vor einem Jahr erhalten, damit aber aufgehört, nachdem die Dosis aufgebraucht gewesen sei. Aufgrund des Befundes der Lungenfunktion mache aber eine Fortsetzung der Therapie Sinn. Hauptproblem dürfte seine massive Adipositas sein als Ursache seiner diversen Schwierigkeiten. Hinzu komme der langjährige und fortbestehende Nikotinabusus, der wohl auch für die Verschlechterung in der Lungenfunktion mitverantwortlich sei (Beilage zur Replik vom 13. März 2023; BVGeract. 11).

6.2.2 Gemäss dem Verlaufsbericht für die Zeit ab Februar 2020 von Dr. J. _____ vom 12. Mai 2021 – welcher als unechtes Novum zu berücksichtigen ist (vgl. dazu E. 4.3 vorstehend) – habe sich der Gesundheitszustand seither verbessert. Es liege ein schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom und ein Adipositas-Hypoventilationssyndrom sowie eine schwere partiell reversible Ventilationsstörung vor. Das obstruktive Schlafapnoesyndrom sei mit CPAP-Beatmung suffizient behandelt. Die fortgeschrittene Lungenerkrankung beeinträchtige die körperliche Leistungsfähigkeit grundsätzlich sicher in relevantem Ausmass, wobei sich dies vor allem bei körperlich belastender Arbeit manifestieren würde. Grundsätzlich habe sich die depressive Symptomatik im Verlauf des letzten Jahres verbessert, allerdings sei es aufgrund der Pandemie-Restriktionen und der bis anhin erfolglosen Suche nach einer Arbeitsstelle mit zahlreichen Absagen auf seine Bewerbungsschreiben zu einer neuerlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Stabilität gekommen. Die Arbeitsunfähigkeit habe seit Februar 2020 von initial 80 % schrittweise auf 40 % reduziert werden können, wobei derzeit aufgrund der erneuten psychischen Verschlechterung von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 %

ausgegangen werden müsse (Beilage zur Replik vom 13. März 2023; BVGer-act. 11).

6.3 In der Folge wurden die vom Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren neu eingereichten Unterlagen von der Vorinstanz dem ärztlichen Dienst unterbreitet.

6.3.1 Dr. M. _____ kam diesbezüglich in seiner Stellungnahme vom 31. März 2023 zum Schluss, dass nach Durchsicht der neu vorgelegten medizinischen Gutachten eine teilweise reversible Atemstörung anzunehmen sei, die Anfang 2021 keiner medikamentösen Behandlung bedurft habe, jedoch funktionelle Einschränkungen für schwere Tätigkeiten rechtfertigte. Es sei ersichtlich, dass im Rahmen der Rehabilitationsmassnahmen eine Unterrichtstätigkeit vorgesehen gewesen sei. Aus somatischer Sicht sei daher keine langfristige Arbeitsunfähigkeit anerkannt oder bescheinigt worden sei. Es müsse eine teilweise reversible schwere obstruktive Atemwegserkrankung zur aktuellen Diagnose hinzugefügt werden, die funktionelle Einschränkungen rechtfertige, die mit schweren Tätigkeiten nicht vereinbar seien und sich auf die sonstige Arbeitsfähigkeit auswirkten (Beilage zur Duplik vom 13. April 2023; BVGer-act. 13).

6.3.2 Gestützt darauf hielt der Fachdienst für wirtschaftliche Invaliditätsbemessung mit Einschätzung vom 12. April 2023 an dem der Verfügung vom 11. Oktober 2022 zugrunde liegenden Einkommensvergleich fest. Ergänzend wurde ausgeführt, der Abzug von 10 %, der für den Invalidenlohn im Einkommensvergleich vom 17. Mai 2022 vorgenommen worden sei, decke auch die in der medizinischen Stellungnahme vom 31. März 2023 erwähnten funktionellen Einschränkungen ab. Die Einkommenseinbusse ab dem 14. Dezember 2020 könne höchstens 40 % betragen, was der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit entspreche. Es sei somit kein neuer Einkommensvergleich zu erstellen (Beilage zur Duplik vom 13. April 2023; BVGer-act. 12).

7.

Zur Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers stützte sich die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht gemäss ihrer Begründung in der angefochtenen Verfügung vom 11. Oktober 2022 (S. 2) insbesondere hinsichtlich des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit

ausdrücklich auf die medizinischen Berichte des Psychiaters Dr. F._____ (für die Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem 21. Februar 2019), des behandelnden Hausarztes Dr. J._____ (für die Arbeitsunfähigkeit von 60 % ab dem 8. Februar 2020) und der behandelnden Psychotherapeutin Dr. H._____ (für die Arbeitsunfähigkeit von 40% ab dem 14. Dezember 2020). Zudem führte die Vorinstanz aus, angepasste Tätigkeiten seien zu 20 % ab dem 21. Februar 2019, zu 60 % ab dem 8. Februar 2020 und zu 80 % ab dem 14. Dezember 2020 unter Berücksichtigung der folgenden wesentlichen funktionellen Einschränkungen zumutbar: Nicht zumutbar seien Tätigkeiten, die Nacharbeit, Stress, komplexe Aufgaben oder Kunden- oder sonstigen häufigen Personenkontakt mit sich brächten, oder Schnelligkeit, Ausdauer, das Beherrschen von Emotionen oder die Anpassung an Regeln voraussetzten (IVSTA-act. 75). Damit stützte sich die Vorinstanz zwar im Wesentlichen zugleich und ohne dies zu erwähnen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. O._____, wick aber ohne Begründung von dessen Beurteilung hinsichtlich des Verlaufs der Schwere der psychischen Beeinträchtigung und der Arbeitsfähigkeit für die Zeitspannen 1. Januar 2020 bis 7. Februar 2020 und 1. April 2021 bis 31. Juli 2021 ab (vgl. oben E. 6.1.11). Weiter ist darauf hinzuweisen, dass entgegen den Ausführungen der Vorinstanz die Psychotherapeutin Dr. H._____ (insbesondere auch in ihrem Bericht vom 14. Dezember 2020) keine eigene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen hat und auch nicht vornehmen konnte und diesbezüglich ausdrücklich auf den Hausarzt verwiesen hat (vgl. E. 6.1.5 und 6.1.7 vorstehend).

7.1 Dr. O._____ erstellte sein psychiatrisches Gutachten vom 16. Dezember 2021 (vgl. E. 6.1.11 vorstehend) im Auftrag der IV-Stelle (...). Es handelt sich um ein von einem externen Spezialarzt erstelltes Gutachten, welchem bei der Beweiswürdigung grundsätzlich volle Beweiskraft zukommt, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit sprechen, wenn es den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügt und Dr. O._____ über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (vgl. E. 5.6.1 f. vorstehend).

7.1.1 Dr. O._____ führte eine Untersuchung des Beschwerdeführers durch und es lagen ihm grundsätzlich die relevanten medizinischen Akten vor, welcher im Anhang 1 im Sinne eines Aktenauszugs zusammengefasst sind (BVGer-act. 48 S. 18 ff.).

7.1.2 Dr. O. _____ diagnostizierte im Zeitpunkt der Untersuchung eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit und wies darauf hin, dass im Vergleich zur Vergangenheit eine Verbesserung eingetreten sei. Mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu leichten und mittelgradigen depressiven Störungen finden sich keine ausreichenden Ausführungen des psychiatrischen Gutachters zur Kategorie «funktioneller Schweregrad». In BGE 143 V 409 erwog das Bundesgericht, dass leichte bis mittelschwere depressive Störungen ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Der Verlauf und Ausgang von Therapien verblieben dabei als wichtige Schweregradindikatoren. Dementsprechend sei es Aufgabe des medizinischen Sachverständigen aufzuzeigen, weshalb trotz lediglich leichter bis mittelschwerer depressiver Störungen und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultierten, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2; vgl. auch BGE 148 V 49 E. 6.2.2). Vorliegend hält der psychiatrische Gutachter zwar fest, dass sich die depressive Symptomatik seit Februar 2019 gebessert habe. Er erwähnt die vom Beschwerdeführer absolvierte ambulante Therapie und bezeichnet es als nicht optimal, dass keine ambulante psychiatrische Behandlung mit einer intensiveren Diskussion der Therapieoption von Psychopharmaka erfolgt sei. In diesem Zusammenhang wies er auch darauf hin, dass der Versicherte einer psychopharmakologischen Behandlung sehr kritisch gegenüberstehe. Bei aktuell nur noch leichtgradiger depressiver Symptomatik sei ein Verzicht auf eine antidepressive Medikation vertretbar. Damit fehlt es vorliegend an einer gutachterlichen Beurteilung der Therapieadhärenz sowie an einer eigentlichen Beurteilung, ob die bisherige Therapie, welche in den vorliegenden Akten nicht dokumentiert ist, fachgerecht erfolgt ist respektive, ob eine psychiatrische und/oder psychopharmakologische Behandlung aus fachpsychiatrischer Sicht in der vorliegend zu beurteilenden Zeitperiode indiziert gewesen wäre resp. ist. Es fehlen auch Ausführungen dazu, in welcher Regelmässigkeit die psychotherapeutischen Sitzungen erfolgen.

7.1.3 Auch vermag das Gutachten von Dr. O. _____ mit Blick auf den Indikator «Komorbidität» nicht zu überzeugen (vgl. E. 5.7 vorstehend). Im Sinne einer Gesamtbetrachtung wären diesbezüglich auch allfällige im konkreten Fall ressourcenhemmende somatische Leiden miteinzubeziehen gewesen (vgl. BGE 143 V 418 und Urteil des BGer 9C_21/2017 E. 5.2.1, je mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Obgleich im Aktenauszug (Anhang 1 zum Gutachten) insbesondere der

Bericht von Dr. P. _____ vom 23. März 2021 zusammengefasst wird (mit den Diagnosen schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom und Hypopnoe-Syndrom, schwere, partiell reversible obstruktive Ventilationsstörung [DD: Adipositas bedingt, chronisches Asthma bronchiale COPD, langjähriger und fortgesetzter Nikotinabusus], Hypertonie und Adipositas permagna; vgl. E. 6.2.1 vorstehend), konnte vorliegend keine interdisziplinäre Arbeitsfähigkeitsbeurteilung erfolgen. Die erforderliche Gesamtbetrachtung war schon deshalb nicht möglich, weil nur ein psychiatrisches Gutachten erstellt wurde und es insbesondere an der Mitwirkung eines pneumologischen Facharztes fehlte. Dr. O. _____ nahm entsprechend und folgerichtig auch keine umfassende Beurteilung des gesamten Gesundheitszustands vor.

7.1.4 Betreffend die Kategorie «Konsistenz» («gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» und «behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck») weist der psychiatrische Gutachter zwar darauf hin, dass eine Beschwerdebetonung vorliege, geht aber auf deren Auswirkungen nicht ein. Allein die Ergebnisse des Mini-ICF-APP-Ratings wiederzugeben und zusammenfassend auszuführen, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit stelle hohe Anforderungen an die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die Durchhaltefähigkeit, die Daueraufmerksamkeit und die Kontaktfähigkeit zu Dritten, womit – trotz lediglich leichtgradiger depressiver Symptomatik – nur eine Arbeitsfähigkeit von ca. 5 Stunden täglich gesehen werde, beziehungsweise in einer leidensangepassten Tätigkeit könne er täglich 7 Stunden tätig sein, reicht für eine hinreichende und nachvollziehbare Begründung der Arbeitsunfähigkeitseinschätzung nicht aus, wie sich auch aus dem Nachfolgenden ergibt.

Aus den anlässlich der psychiatrischen Begutachtung gemachten Angaben des Beschwerdeführers geht hervor, dass dieser jeweils um 6.00 Uhr aufstehe, seine Körperhygiene verrichte, sich anziehe, frühstücke und seine beiden Katzen versorge. Anschliessend fahre er mit dem Bus oder mit seiner Freundin mit dem Auto zur Eingliederungsmassnahme nach (...), wo er von 7.30 Uhr bis 12.00 Uhr Büroarbeiten verrichte. Anschliessend fahre er mit dem Bus nach Hause und esse etwas. Dann schlafe er von 13.30 Uhr bis 15.00 Uhr. Wenn er gute Energie habe, mache er Hausarbeit und gehe einkaufen. Wenn er wenig Energie habe, lege er sich auf die Couch und lese ein Buch. Seine Freundin komme gegen 17.30 Uhr nach Hause. Er lasse mit ihr den Tag Revue passieren, trinke Kaffee und sehe am Abend fern. Zwischen 20.30 Uhr und 21 Uhr gehe er zu Bett.

Als Hobbies bezeichnete der Beschwerdeführer fernsehen, spazieren, lesen, angeln, Musik hören und Fahrrad fahren. Er benutze öffentliche Verkehrsmittel und fahre Auto. Im Sommer habe er mit seiner Freundin ein verlängertes Wochenende im Tessin verbracht. Psychopharmakologische Medikamente nehme er keine ein (IVSTA-act. 48 S. 7 f.). Das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers im Alltag deutet somit durchaus auf noch vorhandene Ressourcen hin.

Bezogen auf den Indikator «behandlungs- und eingliederungs-anamnestisch ausgewiesener Leidensdruck» ist ungeklärt, weshalb der Beschwerdeführer sich nicht in psychiatrische Behandlung begab und sein Leiden auch nicht medikamentös behandeln liess. Diesbezüglich fehlen Ausführungen zu den Gründen für die fehlende Inanspruchnahme dieser therapeutischen Optionen trotz geltend gemachtem subjektiv anhaltendem Leidensdruck. Dr. O._____ führt diesbezüglich lediglich aus, eine ambulante psychiatrische Behandlung sei gemäss Angaben des Versicherten nicht erfolgt und ihm von seiner Psychologin auch nicht vorgeschlagen worden. Medikamente wie Antidepressiva wolle er möglichst nicht einnehmen. Der Versicherte erinnere sich auf Nachfrage nicht an eine antidepressive Medikation durch den Hausarzt mit Valdoxan (Antidepressivum), welche gemäss Bericht von Dr. F._____ vom 4. November 2019 erfolgt sei (IVSTA-act. 48 S. 6). Damit ist auch ungeklärt, ob der Beschwerdeführer seiner Mitwirkungspflicht bei den auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands abzielenden Therapien nachkam bzw. nachkommt (vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG). Im Bericht von Dr. F._____ vom 4. November 2019 wird nur ausgeführt, im hausärztlichen Erstbericht vom 19. Juli 2019 werde festgehalten, dass zum damaligen Zeitpunkt eine pharmakologische Behandlung mit Valdoxan erfolgt sei (IVSTA-act. 10). Es finden sich dazu keine weiteren inhaltlichen Konkretisierungen in den Akten und auch der erwähnte hausärztliche Bericht liegt nicht vor.

7.1.5 Zusammenfassend verfügte Dr. O._____ zwar über die notwendigen fachspezifischen Qualifikationen (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) um zu den psychischen Beschwerden des Versicherten beweistauglich Stellung nehmen zu können. Allerdings fehlt es an einer umfassenden und nachvollziehbaren gutachterlichen Würdigung, dies insbesondere hinsichtlich der Beurteilung der bei leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen bedeutsamen Schweregrad-indikatoren (vgl. E. 7.2.2 vorstehend) und der Kategorie «Konsistenz» (vgl. E. 7.2.3 vorstehend). So enthält das Gutachten keine nachvollziehbare

Einschätzung hinsichtlich der Gründe, weshalb trotz lediglich leichter Depression funktionelle Leistungseinschränkungen persistieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, und dazu, ob und inwiefern die bisherige Therapie leitliniengerecht erfolgte. Auch im Hinblick auf den Indikator Komorbidität fehlt es trotz aktenkundiger somatischer Leiden an der erforderlichen gutachterlichen Gesamtbetrachtung.

7.2 Auch die Aktenbeurteilung des Psychiaters Dr. N. _____ vom internen medizinischen Dienst der Vorinstanz vom 4. Mai 2022 kann nicht als schlüssig und nachvollziehbar beurteilt werden. Hinsichtlich des Indikators «Komorbidität» führt Dr. N. _____ lediglich aus, betreffend die kürzlich entdeckte und behandelte Schlafapnoe-Komorbidität habe sich die erhöhte Müdigkeit teilweise verbessert. Auch beschränkt sich Dr. N. _____ darauf, zu behaupten, es bestehe eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, ohne dies nachvollziehbar zu begründen. Zudem legt er dar, der Versicherte würde sich sämtlichen vorgeschlagenen Behandlungen unterziehen und damit den Willen zeigen, sich von seinen Leiden zu befreien, ohne dabei in die Überlegungen einzubeziehen, dass sich der Beschwerdeführer weder einer psychiatrischen Behandlung unterzieht noch eine psychopharmakologische Medikation erfolgt. Dr. N. _____ weicht auch von der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. O. _____ ab und führt diesbezüglich lediglich aus, der beschriebene Zeitraum der symptomatischen Verschlechterung von April bis Juli 2021 sei von zu geringer Dauer und Intensität, um eine signifikante Veränderung des festgestellten Grades der Arbeitsunfähigkeit darzustellen.

7.3 Auf die ergänzende Stellungnahme des ärztlichen Dienstes vom 31. März 2023 kann ebenfalls nicht abgestellt werden. Dr. M. _____ hält fest, es liege eine teilweise reversible schwere obstruktive Atemwegserkrankung vor, die funktionelle Einschränkungen für schwere Tätigkeiten rechtfertige. Weiter führt er lediglich aus, aus somatischer Sicht sei keine langfristige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden, da eine Unterrichtstätigkeit vorgesehen gewesen sei. Zur Erforderlichkeit weiterer Abklärungen äussert er sich nicht und es fehlt auch an einer alle Leiden einbeziehenden Gesamtbetrachtung.

7.4 Das Gericht kann sich schliesslich auch nicht ausschliesslich auf die Berichte der verschiedenen behandelnden und konsultierten Ärzte stützen, welche verschiedene Diagnosen und bescheinigte Arbeitsunfähigkeiten enthalten. Diese Dokumente erlauben es nicht, als unmittelbare

Entscheidungsgrundlage für ein abschliessendes Urteil herangezogen zu werden (vgl. oben E. 5.6.4). So enthalten auch die Berichte der verschiedenen im Verlauf konsultierten oder behandelnden Ärzte keine vollständige und rechtsgenügende Darstellung und Beurteilung des relevanten medizinischen Sachverhalts, sondern konzentrieren sich jeweils auf die Behandlung des aktuellen Gesundheitszustands.

7.5 Vorliegend kommt hinzu, dass rechtsprechungsgemäss die Einschätzung der Leistungsfähigkeit bei komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf einer umfassenden, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierenden Grundlage erfolgen muss. Denn Zweck solcher interdisziplinären Gutachten ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Aus den vorliegenden Akten gehen ausser den psychiatrischen Beschwerden wie dargestellt auch somatische Leiden hervor, die zu therapieren sind. Diesbezüglich ist insbesondere auf den erst im bundesverwaltungsgerichtlichen Verfahren eingereichten Bericht des behandelnden Pneumologen Dr. P. _____ vom 23. März 2021 und die hausärztlichen Berichte hinzuweisen. Eine daher notwendige interdisziplinäre Gesamtbetrachtung findet sich in den vorliegend verfügbaren Unterlagen nicht, dies auch nicht im Hinblick auf eine umfassende Darstellung der pneumologischen Entwicklung (schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom und Hypopnoe-Syndrom; schwere, partiell reversible obstruktive Ventilationsstörung) und der diagnostizierten Adipositas, welche die Gesamtbeurteilung einzubeziehen sind (zur präzisierten Rechtsprechung zur Adipositas vgl. BGE 151 V 66 E. 5.9 und 5.11).

7.6 Insgesamt erweist sich somit die Abklärung des medizinischen Sachverhalts durch die Vorinstanz ungenügend. Die eingeholten Arztberichte erlauben es nicht, ein schlüssiges und nachvollziehbares Bild der geklagten Leiden zu machen und sie bilden keine rechtsgenügende Grundlage für die abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers während des massgebenden Zeitraums ab spätestens Juli 2019 (bei Anmeldung am 28. Januar 2020) bis zur Verfügung vom 11. Oktober 2022. Die Vorinstanz wäre aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes verpflichtet gewesen, weitere Abklärungen vorzunehmen. Im Übrigen war die Vorinstanz vor Verfügungserlass durch den Beschwerdeführer unter Hinweis auf sich zum damaligen Zeitpunkt nicht in den Akten befindliche Arztberichte auch auf seine somatischen Leiden hingewiesen worden (vgl. E. 7 vorstehend). In Anbetracht der

langjährigen Beschwerden des Beschwerdeführers hätte sich daher eine interdisziplinäre Begutachtung aufgedrängt, auch hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs. Enthalten die Akten für die streitigen Belange wie vorliegend keine beweistauglichen Unterlagen, kann eine Stellungnahme der versicherungsinternen Fachpersonen in der Regel nur zu weiteren Abklärungen Anlass geben (vgl. oben E. 5.6.3). Mangels einer zuverlässigen medizinischen Entscheidungsgrundlage ist es vorliegend daher auch nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente hat. Da es insbesondere an einer interdisziplinären Gesamtbeurteilung der Beschwerden fehlt und die Vorinstanz sich im vorliegenden Verfahren lediglich auf die – wie dargelegt – ungenügenden Beurteilungen der behandelnden und konsultierten Ärzte und die Aktenbeurteilungen ihres internen medizinischen Dienstes gestützt hat, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

7.7 Die angefochtene Verfügung ist gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen, weshalb die Sache in Gutheissung des Eventualantrags des Beschwerdeführers in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4), was vorliegend der Fall ist, da die Vorinstanz die psychischen und somatischen Beschwerden des Versicherten nicht rechtsgenügend abgeklärt hat und auch kein interdisziplinäres (Verlaufs)Gutachten eingeholt hat.

7.8 Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten und Klärung der Statusfrage eine umfassende interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Die Gutachter werden dabei im Rahmen einer Gesamtbetrachtung insbesondere zu beurteilen haben, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit welchen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in seiner angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit spätestens seit Juli 2019 und auch im zeitlichen Verlauf bestehen.

Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Innere Medizin, Pneumologie und Psychiatrie (letztere insbesondere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281]) erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beizuziehen sind, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C_361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 4.4).

In Bezug auf die durchzuführende psychiatrische Begutachtung ist Folgendes zu berücksichtigen: Die Vorinstanz hat zunächst die von der behandelnden Psychotherapeutin und den behandelnden Ärzten (insbesondere auch vom behandelnden Hausarzt seit Beginn der hausärztlichen Behandlung im Juli 2015) geführten vollständigen Patientenakten des Beschwerdeführers für die gesamte Therapiedauer einzuholen, da sich in den echtzeitlichen Aufzeichnungen zu den durchgeführten Behandlungen relevante Angaben (gerade betreffend jeweils geklagte Beschwerden, festgestellte Befunde, zur Entwicklung des Beschwerdebildes und der Befunde, zu therapeutischen Überlegungen und durchgeführten Therapien und ihrer Wirkung) finden, welche Aufschluss über den Schweregrad und den Verlauf des psychischen Leidens geben können und eine genauere retrospektive Arbeitsfähigkeitsbeurteilung zulassen. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (sowohl retrospektiv als auch für den Begutachtungszeitpunkt) hat unter Berücksichtigung der Standardindikatoren zu erfolgen. Die psychiatrische Beurteilung kann erst erfolgen, wenn die somatischen Abklärungsergebnisse vorliegen. Bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen ist es zudem Aufgabe des medizinischen Sachverständigen aufzuzeigen, weshalb trotz an sich guter Therapierbarkeit dieser Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2; 148 V 49 E. 6.2.2). Schliesslich werden die Gutachter eine gutachterliche interdisziplinäre Gesamtwürdigung vorzunehmen haben. Mit der interdisziplinären Begutachtung kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen im Verlauf erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu Urteil des BVer C-2713/2015 vom 13. Oktober 2016 E. 5.1). Sinnvollerweise ist dabei die Entwicklung des Gesundheitszustands und der Verlauf der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bis zum Zeitpunkt der Begutachtung miteinzubeziehen.

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

8.

Es bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung zu befinden.

8.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden. Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt rechtsprechungsgemäss als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 146 V 28 E. 7; 141 V 281 E. 11.1; Urteil des BGer 8C_104/2024 vom 22. Oktober 2024 E. 7.1). Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind deshalb keine Verfahrenskosten aufzuerlegen und der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Die Vorinstanz als Bundesbehörde hat ebenfalls keine Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Es werden somit keine Verfahrenskosten erhoben.

8.2 Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers macht mit Eingabe vom 19. September 2025 (vgl. BVGer-act. 19) für die Zeit vom 10. November 2022 bis 19. September 2025 einen anwaltlichen Aufwand von 20 Stunden à Fr. 250.– zuzüglich 8.1 % Umsatzsteuer von Fr. 405.–, d.h. insgesamt Fr. 5'405.– geltend.

Mit Blick auf den notwendigen Aufwand ist für das vorliegende Verfahren zu prüfen, ob der Aufwand von 20 Stunden als notwendig zu betrachten

und demzufolge vollumfänglich zu entschädigen ist. Der Beschwerdeführer hat im vorliegenden Verfahren im Wesentlichen folgende Rechtschriften ausarbeiten und einreichen lassen: Beschwerde (7 Textseiten inkl. Deckblatt mit einem geltend gemachten Aufwand von 10 Stunden), Replik (rund 4 Textseiten inkl. Deckblatt mit einem geltend gemachten Aufwand von 5 Stunden) und eine Stellungnahme zur beabsichtigten Rückweisung (2 Textseiten inkl. Deckblatt mit einem geltend gemachten Aufwand von 1 Stunde). Mit Blick auf diese Eingaben und die weiteren deklarierten Aufwendungen, namentlich Aktenstudium und Besprechung der Beschwerdeschrift sowie der Verfügung zur beabsichtigten Rückweisung mit dem Beschwerdeführer, erweist sich der dafür geltend gemachte Aufwand von 20 Stunden als zu hoch. Der Rechtsanwalt vertrat den Beschwerdeführer bereits im Verwaltungsverfahren, weshalb Kenntnis der Sach- und Rechtslage grösstenteils vorausgesetzt werden darf. Unter Berücksichtigung der obgenannten Umstände, mit Blick auf ähnlich gelagerte Fälle und die im Sozialversicherungsrecht geltende Untersuchungsmaxime ist ein Aufwand von insgesamt 11 Stunden als angemessen und gerechtfertigt anzusehen, wobei 10 Stunden für den Aufwand bis und mit Erstellung der Replik und 1 Stunde für die Besprechung der Verfügung zur beabsichtigten Rückweisung und das Einreichen der diesbezüglichen Stellungnahme zu veranschlagen sind. Der geltend gemachte Stundenansatz von Fr. 250.– entspricht dem in der Regel vom Bundesverwaltungsgericht für Parteientschädigungen in Verfahren im Bereich der Invalidenversicherung anerkannten Stundenansatz und ist daher nicht zu beanstanden. Ebenfalls zu berücksichtigen ist grundsätzlich die geltend gemachte Mehrwertsteuer (vgl. Art. 9 Abs. 1 i.V.m. Art. 10 Abs. 2 VGKE; Art. 1 Abs. 2 lit. a und Art. 3 lit. a des Bundesgesetzes vom 12. Juni 2009 über die Mehrwertsteuer [MWSTG, SR 641.20] i.V.m. Art. 3 Abs. 1 und 2 des Zollgesetzes vom 18. März 2005 [ZG, SR 631.0] und Art. 2 der Vereinbarung zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Fürstentum Liechtenstein zum Vertrag betreffend die Mehrwertsteuer im Fürstentum Liechtenstein vom 12. Juli 2012 [SR 0.641.295.142.1]; zum Begriff (Mehrwertsteuer-)Inland vgl. auch unter: www.estv2.admin.ch/stp/ds/d-grundsaeetze-der-mehrwertsteuer-de.pdf, Ziff. 4.1, 4.1.1). Für die erbrachten Leistungen bis zum 31. Dezember 2023 von 10 Stunden ist ein Mehrwertsteuerzuschlag von 7.7 % (= Fr. 192.50) und für jene ab dem 1. Januar 2024 von 1 Stunde ein solcher von 8.1 %, (= Fr. 20.25) anwendbar, insgesamt Fr. 212.75.

Dem Beschwerdeführer ist somit zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung in der Höhe von insgesamt Fr. 2'962.75 (11 Stunden à Fr. 250.– zuzüglich der Mehrwertsteuer von Fr. 212.75) zuzusprechen.

Die Vorinstanz hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 11. Oktober 2022 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen sowie zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.– wird ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheids zurückerstattet.

3.

Dem Beschwerdeführer wird zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'962.75.– zugesprochen.

4.

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Christoph Rohrer

Vera Häne

Rechtsmittelbelehrung:

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