



Abteilung III
C-972/2023

Urteil vom 11. März 2026

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richterin Caroline Gehring, Richter Christoph Rohrer,
Gerichtsschreiberin Natassia Gili.

Parteien

A. _____, (Österreich),
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

IV, abgestufte Rente;
Verfügungen der IVSTA vom 27. Januar 2023.

Sachverhalt:**A.**

A. _____ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer), geboren am (...) 1970, österreichischer Staatsangehöriger, wohnhaft in Österreich, ist gelernter Tischler und war in diesem Beruf von 1990 bis 2018 als Grenzgänger in der Schweiz bei B. _____ AG tätig. Dabei erlitt er im Jahre 2015 ein Burnout und wurde arbeitsunfähig, woraufhin das Arbeitsverhältnis im Jahre 2018 in gegenseitigem Einvernehmen beendet wurde. Ab 3. September 2018 war er bei C. _____ GmbH in Österreich als CNC-(Computerized Numerical Control)-Schleifer im Schichtbetrieb angestellt. Das Anstellungsverhältnis wurde per 16. August 2019 (letzter effektiver Arbeitstag: 16. März 2019) einvernehmlich aufgelöst.

B.

B.a Am 12. März 2020 meldete er sich bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (IVSTA-act. 1).

B.b Mit Verfügungen vom 27. Januar 2023 stellte die IVSTA – in Bestätigung ihres Vorbescheids vom 14. September 2022 (IVSTA-act. 62) – fest, dass der Versicherte ab dem 1. September 2020 bei einem Invaliditätsgrad von 100% einen Anspruch auf eine ganze Rente, ab dem 1. Juli 2021 bei einem Invaliditätsgrad von 47% einen Anspruch auf eine Viertelsrente habe (IVSTA-act. 73, 86 f.). Dabei stützte sie sich insbesondere auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle GA eins AG vom 11. Dezember 2021 (IVSTA-act. 55).

C.

C.a Gegen die Verfügung betreffend die Zusprache einer Viertelsrente erhob der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 17. Februar 2023 sinngemäss Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht (BVGer-act. 1).

C.b Mit Zwischenverfügung vom 22. Februar 2023 wurde der Eingang der Beschwerde bestätigt und der Beschwerdeführer aufgefordert, einen Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– zu leisten (BVGer-act. 3).

C.c Am 9. März 2023 reichte die IVSTA weitere medizinische Akten, die ihr vom österreichischen Verbindungsträger zugestellt worden waren, zu den Akten (BVGer-act. 5).

C.d Der Kostenvorschuss wurde am 15. März 2023 fristgerecht geleistet (BVGer-act. 6).

C.e Mit Zwischenverfügung vom 21. März 2023 wurde die Vorinstanz zur Einreichung einer Vernehmlassung eingeladen (BVGer-act. 7).

C.f Mit Eingabe vom 2. Juni 2023 nahm die Vorinstanz nach einmalig gewährter Fristerstreckung zur Beschwerde im Rahmen der Vernehmlassung Stellung (BVGer-act. 11).

C.g Mit Zwischenverfügung vom 5. Juni 2023 wurde dem Beschwerdeführer unter Beilage des Doppels der Vernehmlassung der IVSTA vom 2. Juni 2023 Gelegenheit geboten, sich im Rahmen einer Replik zur vorinstanzlichen Vernehmlassung zu äussern (BVGer-act. 12).

C.h Am 3. Juli 2023 reichte der Beschwerdeführer eine entsprechende Stellungnahme ein (BVGer-act. 13).

C.i Mit Zwischenverfügung vom 4. August 2023 wurde der Vorinstanz eine Kopie der Replik des Beschwerdeführers vom 3. Juli 2023 zugestellt und gleichzeitig der Schriftenwechsel abgeschlossen (BVGer-act. 14).

D.

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

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, in der bis zum 31. Dezember 2021 gültigen Fassung] i.V.m. Art. 40 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). 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, in der bis zum 31. Dezember 2021 gültigen Fassung]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist – nachdem der mit Zwischenverfügung vom 22. Februar 2023 eingeforderte Kostenvorschuss am 15. März 2023 fristgerecht geleistet wurde

(vgl. Art. 69 Abs. 1^{bis} und 2 IVG i.V.m. Art. 63 Abs. 4 VwVG; BVGer-act. 6) – somit einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

2.

2.1 Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

2.2 Gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen ist das Bundesverwaltungsgericht nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2013/46 E. 3.2).

2.3 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt und findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Partei (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG; BGE 125 V 195 E. 2 und 122 V 158 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

3.

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 beiden Verfügungen vom 27. Januar 2023, mit denen die Vorinstanz dem Beschwerdeführer rückwirkend eine abgestufte Rente zugesprochen hat, Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.2 f.). Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine ganze Invalidenrente vom 1. September 2020 bis 30. Juni 2021 im Rahmen einer Erstanmeldung und insbesondere, ob die ganze

Rente ab dem 1. Juli 2021 zu Recht auf eine Viertelsrente herabgesetzt wurde.

4.

4.1 Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger, wohnt in Österreich und war in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) versichert. Es liegt offensichtlich ein grenzüberschreitender Sachverhalt mit Bezug zur EU vor (vgl. dazu BGE 145 V 231 E. 7.1; 143 V 354 E. 4; 143 V 81 E. 8.1). Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004). So ist nach Art. 46 Abs. 3 der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 eine vom Träger eines Staats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Österreich und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist.

4.2

4.2.1 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).

4.2.2 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen 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 vom 3. November 2021 der IVV (AS 2021 706) in Kraft

getreten. Leistungsansprüche, die nach Inkrafttreten dieser Änderungen entstanden sind, sind nach den neuen Normen zu prüfen. Erfolgt die Verfügung über die erstmalige Rentenzusprache nach dem 1. Januar 2022, welche aber einen Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 begründet, sind die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 massgebend (vgl. Kreisschreiben des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Juli 2022, Rz. 9100 f.; Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystem [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Januar 2022, Rz. 1007–1010). Der Zeitpunkt der massgebenden Änderung bestimmt sich nach Art. 88a IVV (vgl. Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_55/2023 vom 11. Juli 2023 E. 2.2).

4.2.3 Vorliegend hat die IVSTA mit Verfügungen vom 27. Januar 2023 einen (abgestuften) Leistungsanspruch ab dem 1. September 2020 gewährt. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) beurteilt sich die Streitigkeit, auch betreffend die Kürzung des Rentenanspruchs ab dem 1. Juli 2021, demnach nach der bis 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage.

4.2.4 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 27. Januar 2023) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungs-verfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteile des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1; 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1).

5.

5.1 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. dazu Art. 8 Abs. 1 ATSG sowie nachfolgend E. 5.2) und bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG).

Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge in diesem Sinn geleistet (vgl. IVSTA-act. 5 S. 2), so dass

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

5.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

5.3 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht zudem vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht.

Aufgrund der Erstanmeldung vom 12. März 2020 sowie der geltend gemachten vollständigen Arbeitsunfähigkeit seit März 2019 können im vorliegenden Fall allfällige Leistungsansprüche gestützt auf Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab 1. September 2020 entstehen.

5.4 Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 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 Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der EU haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

5.5

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

5.5.2 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

5.5.3 Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund

eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potenziellen 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.).

5.5.4 Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 und E. 2.2.1). Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6). 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).

5.5.5 Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren. Grundlage bildet die – den einschlägigen Indikatoren folgende – Einschätzung des Leistungsvermögens durch die sachverständige ärztliche Person anhand der diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen der versicherten Person (BGE 141 V 281 E. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 6). Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann (BGE 141 V 281 E. 6). Nach BGE 141 V 281 kann der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (E. 6; vgl. zum Ganzen auch BGE 144 V 50 E. 4.3 mit Hinweis auf BGE 143 V 418 E. 6).

5.5.6 Hinzuweisen ist noch darauf, dass die ärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge aufweist (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.3 m.w.H.; Urteil des BGer 9C_585/2016

vom 29. November 2016 E. 3.3; Urteil des BGer 9C_397/2015 vom 6. August 2015 E. 5.3; BGE 145 V 361 E. 3.2.1 mit Hinweisen). Gleiches gilt für die psychiatrische Exploration. Den medizinischen Sachverständigen eröffnet sich praktisch immer ein gewisser Spielraum, innerhalb welchem verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des BGer 9C_338/2016 vom 21. Februar 2017 E. 5.5 mit Hinweisen; Urteil des BGer 9C_634/2015 vom 15. März 2016 E. 6.1). Weiter ist dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag Rechnung zu tragen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil 9C_397/2015 E. 5.3) und zwar auch dann, wenn es um psychische Beeinträchtigungen geht (Urteil 9C_585/2016 E. 3.3).

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

6.

Vorab streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz in den vorliegend angefochtenen Verfügungen zu Recht davon ausging, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. September 2020 einen Invaliditätsgrad von 100% und ab dem 1. Juli 2021 einen Invaliditätsgrad von 47% aufweist, beziehungsweise ob der Sachverhalt im vorinstanzlichen Verfahren rechtsgenügend abgeklärt wurde (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG). Aus den Akten ergibt sich zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie zur Einschränkung seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit folgendes Bild:

6.1 In somatischer Hinsicht:

6.1.1 Der Beschwerdeführer wurde am 27. Februar 2020 von Dr. D._____, Ambulanz für Neurologie, behandelt, wobei ein Spannungskopfschmerz (ICD-10 G44) mit Tinnitus und Schwindel sowie eine Depression mit Schlafstörung diagnostiziert und ihm Saroten 25 mg verschrieben wurde (IVSTA-act. 13).

6.1.2 Gemäss Arztbrief des Landeskrankenhauses (...), Abteilung für Unfallchirurgie, vom 29. Mai 2020 befand sich der Beschwerdeführer aufgrund einer Quadrizepssehnenruptur links (ICD-10 S76.1) vom 29. Mai 2020 bis

zum 2. Juni 2020 in stationärer Behandlung. Am 29. Mai 2020 wurde eine offene transossäre Refixation mit 3-fach FiberWire durchgeführt (IVSTA-act. 55 S. 84 f.).

6.1.3 Nachdem der Beschwerdeführer nach der Operation Ende Mai 2020 Beschwerden im linken Knie beklagte, dieses kaum habe belasten können, Laufen ohne Gehstöcke unmöglich geworden und eine Schwellung oberhalb der Kniescheibe entstanden sei, wurde er am 11. Dezember 2020 von Dr. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, behandelt. Eine gleichentags durchgeführte Computertomographie (CT) des linken Knies zeigte eine normale Wiederherstellung der Anatomie und eine ordnungsgemässe Kontinuität der Quadrizepssehne; gemäss der Magnetresonanztomographie (MRT) zeigte sich an der Austrittsstelle aus der Patella eine eindeutige Narbenbildung und ein Ödem, wahrscheinlich ein Fadengranulom. Dr. E. _____ diagnostizierte ein eindeutiges Problem im Bereich des Fixationsareals nach der Rekonstruktion der Quadrizepssehne (IVSTA-act. 55 S. 87 ff.).

Gemäss Operationsbericht vom 22. Dezember 2020 von Dr. E. _____ wurde beim Beschwerdeführer eine Arthroskopie, ein Debridement, eine Meniskussanierung, eine Briedenlösung eine Arthrolyse, eine Revision des distalen Quadrizeps-Sehnenansatzes, eine Granulomentfernung, eine Nahtentfernung sowie die Entfernung eines Dissekat (freier Gelenkskörper) am linken Knie operativ durchgeführt (IVSTA-act. 55 S. 100 f.; BVGer-act. 5 S. 39).

In der Verlaufskontrolle vom 23. Dezember 2020 waren das linke Knie zeitgerecht geschwollen und die Inzisionsstellen reizlos und spannungsfrei. In der Verlaufskontrolle vom 4. Januar 2021 zeigten sich die Wunden reizfrei verheilt und das Knie gut abgeschwollen. In der Verlaufskontrolle vom 18. Januar 2021 waren die Operationsnarben reizlos und es konnte nur noch eine Restschwellung festgestellt werden. Gleichzeitig zeigte sich die Patella links weniger mobil als rechts; ein Patellatiefstand und eine unwesentlich eingeschränkte Beugung wurden registriert. Dem Beschwerdeführer wurde empfohlen, die bisherige Physiotherapie zu intensivieren und Einlagen zu tragen. Im Rahmen des isokinetischen Krafttests vom 2. Februar 2021 wurde eine erhebliche Kraftminderung des Quadrizeps festgestellt und während der gleichentags stattfindenden ärztlichen Kontrolle wurde keine Besserung unter weiterhin vorhandenem Belastungsschmerz registriert. Ebenfalls am 2. Februar 2021 wurde aufgrund der anhaltenden Beschwerdesymptomatik eine MRT vom Knie veranlasst, welche ergab,

dass das Transplantat des vorderen Kreuzbandes korrekt, der mediale Meniskus teilreseziert, ein Dissekat dorsal unterhalb der Gelenkspalthöhe festzustellen und der laterale Meniskus in Ordnung sei. Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 2. März 2021 beklagte der Beschwerdeführer weiterhin anhaltende innenseitige Beschwerden sowie einen Druckschmerz, gemäss Untersuchung bestünden aber eine gute Bandstabilität, eine sehr gute Beweglichkeit und keine Meniskussymptomatik. Unter dem klinischen Verdacht auf eine Innenbandreizung wurde eine Infiltration von Carbostein (Lokalanästhetikum) am caudalen Innenbandansatz vorgenommen. An der Verlaufskontrolle vom 8. März 2021 führte der Beschwerdeführer weiterhin eine unveränderte Beschwerdesymptomatik bei völlig ungestörter Beweglichkeit, Streckung und Beugung, ein Knieschmerz im Bereich der medialen Patella-Facette, und unter Belastung Ausstrahlen der Beschwerden bis zum Innenbandansatz an, während an den Verlaufskontrollen vom 6. April 2021 (und der gleichentags durchgeführten MRT des linken Knies) und vom 3. Mai 2021 die Beschwerden eher diffus und unspezifisch beschrieben und auf die mediale Patella und die Patellaspitze projiziert wurden. Dem Beschwerdeführer wurde die Weiterführung der Physiotherapie, die Durchführung einer Stosswellentherapie im Bereich der Patella und allenfalls eine Arthroskopie empfohlen (IVSTA-act. 55 S. 90 ff.)

6.1.4 Im Bericht vom 13. August 2021 von Dr. F. _____, Facharzt für Orthopädie, zu Handen Dr. G. _____, diagnostizierte Ersterer beim Beschwerdeführer eine Quadrizepsruptur mit residualem Beschwerdebild und empfahl zur Behandlung Kälte- und Infiltrationstherapie (IVSTA-act. 55 S. 81).

6.1.5 Gemäss Bericht vom 24. August 2021 über die MRT-Untersuchung des Schädels des Beschwerdeführers durch die Radiologie Bregenz zu Handen Dr. H. _____, Fachärztin für Neurologie, zeigte sich das Neurokranium unauffällig (IVSTA-act. 55 S. 83).

6.1.6 Im Arztzeugnis vom 24. September 2021 erachtete Dr. med. G. _____, Hausarzt, eine Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers derzeit als nicht möglich und listete folgende Diagnosen auf (IVSTA-act. 55 S. 80):

- Angst und Depression gemischt;
- Zustand nach Nierenkolik links mit Hydronephrose Grad II links;
- Verdacht auf stattgehabten spontanen Steinabgang links;
- Normofrequentes Vorhofflimmern mit AP-Beschwerden I48.1/I20.9 und Palpitationen, CHADV ASC Score 0;

- Zustand nach Schwindel und Präkollaps vor Woche (Betablockade wieder begonnen);
- Seit 2016 bekanntes paroxysmales Vorhofflimmern;
- Keine OAK (orale Antikoagulation) bei CHADV ASC Score 0;
- Ergometrie mit Myokardszintigraphie 2012, 2013: unauffällig, gute linksventrikuläre (LV) Funktion, Ergometrie unauffällig (LKHF).

6.1.7 Im Bericht vom 3. Oktober 2021 über die MRT des Knies links durch die Radiologie (...), Dr. I. _____, zu Händen Dr. F. _____, wurde ein Zustand nach Quadrizepssehnenruptur mit narbigen Veränderungen, eine intakte Kreuzbandplastik, bekannte Einrisse an den Menisci ohne wesentliche Zunahme, unveränderte oberflächliche Chondropathie am medialen und lateralen Kniekompartiment und retropatellär (etwa Grad II), sowie keine zunehmende Arthrose festgestellt (IVSTA-act. 55 S. 82).

6.1.8 Aus einem medizinischen Bericht der Universitätsklinik für Neurologie in (...) vom 6. April 2022 geht hervor, dass die Beschwerden des Beschwerdeführers auf eine somatoforme Schmerzstörung zurückzuführen seien, nachdem primäre oder sekundäre Kopfschmerzen ausgeschlossen werden könnten. Weitere neurologische Untersuchung seien aber medizinisch nicht angezeigt; die psychiatrische Behandlung sei zu intensivieren (BVGer-act. 5 S. 41 f.).

6.1.9 Aus dem medizinischen Bericht der J. _____ GmbH vom 13. November 2022 geht hervor, dass beim Aufenthalt vom 23. Oktober 2022 bis zum 13. November 2022 eine dringende Indikation für die Operation einer Leistenhernie vorgelegen habe. Folgende Diagnosen wurden gestellt: Lumboischialgie (ICD-10 M54.4); Dorsalgie; Quadrizepssehnenoperation (mehrfach); Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung/Angststörung; paroxysmales Vorhofflimmern; Rechtsschenkelblock; Inzipiente Maculadegeneration; Zustand nach idiopathischer Nasenseptumdeviation; Zustand nach Nierenkolik mit Hydronephrose (Erweiterung des Nierenbeckens) Grad II. Im Rahmen der Entlassungsuntersuchung vom 10. November 2022 wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer weiterhin über sehr starke Schmerzen am linken Knie, der Lendenwirbelsäule und der linken Hüfte klagt. Ebenso leide er weiterhin an einem Surren im Kopf, schlechtem Schlaf und reduziertem allgemeinem Befinden (BVGer-act. 5 S. 22 ff.).

6.1.10 Aus der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 23. Januar 2023 im Rahmen des ärztlichen Gesamtgutachtens zur Nachuntersuchung bezüglich der Invalidität zu Händen der Pensionsversicherungsanstalt

(PVA) Q._____ gehen in somatischer Hinsicht folgende Diagnosen hervor: Anhaltende Schmerzstörung im Zusammenhang mit einem mehrfach aufgetretenen Riss des linken Quadrizeps; paroxysmales Vorhofflimmern mit präkollaptischen Zuständen und Schwindel; drohende Makuladegeneration; Status nach Nasenscheidewandperforation und Nierenkoliken mit Hydronephrose aufgrund einer Nierensteinerkrankung im Jahr 2019 (BVGer-act. 5 S. 3 ff.).

6.2 In psychischer Hinsicht:

6.2.1 Dr. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, hielt in seinem Bericht vom 29. April 2019 fest, der Beschwerdeführer leide an Angst und Depression gemischt (ICD-10 F41.2) und empfahl ihm den Beginn einer regelmässigen Psychotherapie sowie eine veränderte Medikation (Duloxetin 60 mg, Trittico 75 mg und Xanor 0.5 mg). Derzeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit (IVSTA-act. 11).

6.2.2 Dr. L._____ des Departements für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Landeskrankenhauses (...), in welchem sich der Beschwerdeführer vom 17. September 2019 bis zum 10. Dezember 2019 (IVSTA-act. 12; IVSTA-act. 55 S. 6) sowie vom 8. Juni 2021 bis zum 20. Juli 2021 (IVSTA-act. 55 S. 71 ff.; BVGer-act. 5 S. 32 ff.) stationär aufhielt, diagnostizierte bei dessen Entlassung Folgendes: Generalisierte Angststörung mit ausgeprägter körperlicher Begleitsymptomatik im Rahmen einer Anpassungsstörung (komplexen Traumafolgenstörung) (ICD-10 F41.1 und F43.1); Anhaltende Schmerzstörung linke Quadrizepssehne nach Mehrfach-Operation (ICD-10 F45.41); Paroxysmales Vorhofflimmern CHAD-VASC-Score 0 mit präkollaptischen Zuständen und Schwindel (ICD-10 I48.0); Rechtsschenkelblock (ICD-10 I45.1); Inzipiente Makuladegeneration (ICD-10 H35.3); Zustand nach idiopathischer Nasenseptumperforation (ICD-10 J34.8); Zustand nach Nierenkolik mit Hydronephrose Grad II bei Nephrolithiasis 05/19. Zunächst wurde ihm Bisoprolol 5 mg, Duloxetin 30 mg, Macusan Drg. Areds 2 sowie eine Hautcreme für die Nasenscheidewand verschrieben. Die Medikation wurde nach dem Aufenthalt im Juni 2021 angepasst (Concor 5 mg, Lyrics 50 mg, Pantoloc 40 mg, Ixel 50 mg, Passedan 20 Tropfen und Melatonin 25 mg). Gleichzeitig wurde dem Beschwerdeführer dringend die ambulante Fortführung einer Gruppenpsychotherapie, eine Gewichtsreduktion sowie weiterhin eine ärztliche Betreuung empfohlen. In der sozialmedizinischen Bewertung wird die Belastbarkeit und Arbeitsfähigkeit als eingeschränkt beurteilt (IVSTA-act. 12).

6.2.3 Im Ambulanzbericht vom 27. Februar 2020 des Landeskrankenhauses Rankweil diagnostizierte Primarius Dr. D. _____, Ambulanz für Neurologie, beim Beschwerdeführer das Vorliegen eines Spannungskopfschmerzes (ICD-G44), eines Tinnitus sowie einer Depression mit Schlafstörungen (IVSTA-act. 13).

6.2.4 Im ärztlichen Gutachten von Dr. M. _____, Facharzt für Psychiatrie, vom 8. Juli 2020 im Zusammenhang mit dem Antrag auf Gewährung einer Invaliditätspension wurde eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) diagnostiziert, was für die Minderung der Erwerbsfähigkeit massgeblich sei (IVSTA-act. 17). Dem Beschwerdeführer wurde nahegelegt, eine pharmakologische Behandlung (insbesondere aufgrund seiner Schlafstörungen) aufzunehmen und weitere psychotherapeutische Betreuung in Anspruch zu nehmen, um den innerfamiliären Todesfall zu verarbeiten.

6.2.5 Im Kurzbericht vom 22 September 2021 hielt Psychotherapeutin und Verhaltenstherapeutin N. _____, B.Sc. fest, dass der Beschwerdeführer an einer anhaltenden Trauerstörung und einer mittelschweren Depression leide und es ihm nicht möglich sei, wieder in den beruflichen Alltag zurückzukehren (IVSTA-act. 55 S. 79).

6.2.6 Der Beschwerdeführer befand sich vom 27. Juni 2022 bis zum 14. Juli 2022 in stationärer Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie des Landeskrankenhauses (...). Gemäss Arztbrief von Dr. O. _____ vom 14. Juli 2022 sei der Beschwerdeführer aufgrund von Suizidgedanken bei vordiagnostizierter generalisierter Angststörung und somatoformer Symptomatik aufgenommen und es seien folgende Diagnosen gestellt worden: Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1); Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion und begleitender somatoformer Symptomatik (ICD-10 F43.2); Paroxysmales Vorhofflimmern; Rechtschenkelblock, Zustand nach Musculus quadriceps Sehnenruptur links (mehrfache Operationen); Inzipiente Makuladegeneration. Während seines stationären Aufenthalts wurde er physiotherapeutisch, ergotherapeutisch und psychotherapeutisch behandelt (IVSTA-act. 66). Die empfohlene Medikation umfasste Cipralext 10 mg, Temesta 1 mg und Concor 2.5 mg. Die Entlassung aus der stationären Behandlung erfolgte auf Wunsch des Beschwerdeführers, nachdem sich sein psychopathologischer Zustand stabilisiert habe, die Medikation neu eingestellt worden sei und er sich klar und glaubhaft von einer akuten Suizidalität distanziert habe. Ihm wurde empfohlen, die Psychotherapie fortzuführen, eventuell eine psychiatrische (ambulante oder stationäre) Rehabilitation zu machen und sich fachärztlich

psychiatrisch und hausärztlich weiterbetreuen zu lassen. Zudem wurde er über das Abhängigkeitspotenzial und Kontraindikationen durch Benzodiazepine aufgeklärt und wurde die Reduzierung beziehungsweise Absetzung unter ärztlicher Überwachung im weiteren Verlauf empfohlen (IVSTA-act. 66; BVGer-act. 5 S. 15 ff.).

6.2.7 Gemäss Schreiben vom 13. November 2022 des P. _____ wurde beim Beschwerdeführer vom 23. Oktober 2022 bis zum 13. November 2022 ein Heilverfahren im Rahmen der Gesundheitsvorsorge Aktiv mit dem Ziel der Erholung (BVGer-act. 5 S. 23 ff.) durchgeführt (zu den Diagnosen s.o. E. 6.1.8). Im Rahmen der Entlassungsuntersuchung vom 10. November 2022 wurde unter anderem festgehalten, dass der Beschwerdeführer weiterhin an einem Surren im Kopf, schlechtem Schlaf und reduziertem allgemeinem Befinden leide. Der Erholungseffekt des Heilverfahrens wurde mithin als minimal erachtet (BVGer-act. 5 S. 27 f.).

6.2.8 Am 23. Januar 2023 wurde der Beschwerdeführer erneut im Auftrag der PVA Q. _____ begutachtet. Dabei wurden die folgenden Diagnosen mit massgeblicher Auswirkung auf die Minderung der Erwerbsfähigkeit gestellt: Generalisierte Angststörung mit ausgeprägter körperlicher Begleitsymptomatik (ICD-10 F431; Hauptdiagnose); im Rahmen einer Anpassungsstörung (komplexe Traumafolgestörung (ICD-10 F431); anhaltende Schmerzstörung linke Quadrizepssehne nach Mehrfachoperation (ICD-10 F454); Paroxysmales Vorhofflimmern mit präkolaptischen Zuständen und Schwindel (ICD-10 I480; Nebendiagnosen). Als weitere Diagnosen wurde eine inzipiente Makuladegeneration, ein Zustand nach idiopathischer Nasenseptumperforation sowie ein Zustand nach Nierenkoliken mit Hydronephrose Grad II bei Nephrolithiasis im Mai 2019 genannt (BVGer-act. 5 S. 3 ff.). Im Ergebnis wurde keine leistungskalkülrelevante Besserung der bekannten Beschwerdebilder festgestellt. Der Beschwerdeführer sei aus gutachterlicher Sicht weiterhin zentral nicht ausreichend belastbar für die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit.

7.

7.1 In den angefochtenen Verfügungen vom 27. Januar 2023 stellt die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht auf das von ihr in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten der GA eins AG, (...), vom 11. Dezember 2021 ab. Gestützt darauf kommt sie im Wesentlichen zum Schluss, dass aufgrund der festgestellten Einschränkungen in jeglicher Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100% ab 16. März 2019, eine solche von 50% ab Januar 2020 und eine erneute Arbeitsunfähigkeit von 100% ab Mai 2020 bestehe. Ab

April 2021 sei eine angepasste Tätigkeit zu 70% zumutbar. Die durchgeführte Berechnung der Erwerbsunfähigkeit ergebe eine Erwerbseinbusse von 100% ab dem 16. März 2019, von 50% ab Januar 2020, von 100% ab Mai 2020 und von 47% ab April 2021. Damit bestehe – unter Beachtung von Art. 29 Abs. 1 IVG – ab 1. September 2020 Anspruch auf eine ganze Rente sowie ab 1. Juli 2021 Anspruch auf eine Viertelsrente. Der ärztliche Dienst der IVSTA folgerte, dass durch eine adäquate psycho- und pharmakotherapeutische Behandlung mit einer wesentlichen Verbesserung des Beschwerdebildes gerechnet werden könnte und verpflichtete den Beschwerdeführer, mit einem Psychiater Kontakt aufzunehmen und sich einer Psycho- und Pharmakotherapie zu unterziehen (IVSTA-act. 74).

In ihrer Vernehmlassung vom 2. Juni 2023 (BVGer-act.11) bekräftigte die Vorinstanz diesen Standpunkt gestützt auf die Stellungnahmen des ärztlichen Dienstes der IVSTA. So führte der Allgemeinmediziner Dr. R. _____ in seiner Stellungnahme vom 16. Mai 2023 aus, dass einzig die Anzeichen eines Leistenbruchs beziehungsweise einer Leistenhernie mit unmittelbarer Operationsindikation gemäss Aufnahmeuntersuchungsbericht vom 24. Oktober 2022 und ärztlichem Bericht vom 13. November 2022, zusammen mit diagnostizierter Lumbalgie und Rückenschmerzen, als neue Erkrankungen erachtet werden könnten. Alle weiteren im medizinischen Bericht vom 8. Juni 2021 genannten Gesundheitsbeeinträchtigungen (HNO-Trauma vor 20 Jahren, Meniskusoperation vor 15 Jahren, Operation an der linken Schulter nach einem Skiunfall vor 10 Jahren, Aufenthalt in der Urologie im Jahre 2019, Operation des linken Quadrizeps wegen eines Risses im Jahr 2020 und damit verbundenen Schmerzen, paroxysmales Vorhofflimmern mit präsynkopenartigem Zustand und Schwindel, drohende Makuladegeneration, Status nach Nasenscheidewandperforation und Nierenkoliken mit Hydronephrose aufgrund einer Nierensteinerkrankung im Jahr 2019, sowie ein Tinnitus im frontoparietalen Bereich) seien mit den bisher anerkannten Arbeitsunfähigkeiten vereinbar. In Bezug auf das im Jahre 2016 diagnostizierte paroxysmale Vorhofflimmern spreche das Fehlen einer aktuellen Antikoagulation überdies für das Ausbleiben eines Rückfalls (BVGer-act. 11 S. 3 f.). Des Weiteren stellte Dr. S. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, dass sowohl der erneut eingereichte Austrittsbericht des Landeskrankenhauses (...), Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, vom 8. Juni 2021 als auch die vom Neurologen Dr. T. _____ in dessen neurologischem Befundbericht vom 6. April 2022 genannte somatoforme Störung bereits gutachterlich berücksichtigt beziehungsweise diagnostiziert und bewertet worden seien. Auch die in den anderen beiden Berichten (medizinischer Bericht des P. _____

GmbH vom 13. November 2022 und ärztliches Gesamtgutachten der PVA Q._____ vom 14. Februar 2023) genannte chronische Schmerzstörung seien als Diagnose aus den Vorberichten unhinterfragt übernommen worden, genauso wie die gutachterlich nicht feststellbare Angststörung oder eine ebenfalls nicht substanziierte Traumafolgestörung. Neue objektive Befunde seien in den Berichten aus psychiatrischer Sicht nicht enthalten. Es könne allenfalls von einer abweichenden Beurteilung desselben Sachverhalts ausgegangen werden. Ein Korrekturbedarf der bisherigen psychiatrischen Einschätzungen ergebe sich daher nicht (BVGer-act. 11 S. 6 f.).

7.2 Der Beschwerdeführer erklärte sich in der Beschwerde mit dem Entscheid, ab dem 1. Juli 2021 eine Invalidenrente von 47% zu erhalten, nicht einverstanden und ersuchte um eine neue Berechnung, zumal er von seinen österreichischen Ärzten weiterhin als arbeitsunfähig beurteilt worden sei (BVGer-act. 1).

8.

Es ist zu prüfen, ob die Vorinstanz nach Eingang der IV-Anmeldung von 12. März 2020 den rechtserheblichen Sachverhalt genügend abgeklärt und zu Recht den Anspruch auf eine ganze Rente ab 1. September 2020 und eine Viertelsrente ab dem 1. Juli 2021 bejaht hat.

8.1 In somatischer Hinsicht wurde der Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtung internistisch, orthopädisch, kardiologisch, otorhinolaryngologisch und neurologisch abgeklärt.

8.1.1 Im internistischen Teilgutachten diagnostizierte Dr. U._____, Fallführer und Facharzt Allgemeine Innere Medizin, eine Adipositas (BMI 34.1 kg/m²) (ICD-10 E66.0) und damit zusammenhängend eine Dyslipidämie (ICD-10 E78.0) sowie ein paroxysmales Vorhofflimmern (ICD-10 I48.0), wobei diese Diagnosen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Entsprechend bestehe aus allgemeininternistischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit (IVSTA-act. 55 S. 19 ff.).

8.1.2 Dr. V._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, stellte im orthopädischen Teilgutachten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Chronische Kniebeschwerden links (ICD-10 M79.66/T93.8/Z98.8):

- anamnestisch St. n. Eingriff bei Kreuzbandläsion vor zwanzig Jahren (Landeskrankenhaus [...], Österreich);

- St. n. anamnestisch am 28. Mai 2020 erlittener Knie-distorsion mit Quadrizepssehnenruptur;
- St. n. offener transossärer Refixation der Quadrizepssehne mit FiberWire am 29. Mai 2020 (Unfallchirurgie Landeskrankenhaus [...], Österreich);
- St. n. Kniearthroskopie, Debridement, Meniskusanierung, Bridenlösung, Arthrolyse und Revision des Quadrizepssehnenansatzes am 22. Dezember 2020 (Dr. E._____, [...], Österreich) radiologisch regelrechter postoperativer Befund (MRT vom 3. Oktober 2021);
- klinisch klarer Reizzustand, Quadrizepsatrophie und Zeichen des femoropatellären Maltracking.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei anamnestisch ein Status nach einem Eingriff an der dominanten linken Schulter vor Jahren nach einer Skiverletzung zu verzeichnen (ICD-10 Z98.8). Entsprechend bestehe für körperlich leichte, überwiegend sitzende Verrichtungen unter Wechselbelastung eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, das längerdauernde Stehen und Gehen, die Einnahme kniender und kauender Positionen sowie das Gehen auf unebenem Grund und Treppen sollten dabei vermieden werden (IVSTA-act. 55 S. 38 ff.).

8.1.3 Im Rahmen des kardiologischen Teilgutachtens wurden am 26. Oktober 2021 ein EKG, ein Belastungs-EKG und eine Echokardiographie durchgeführt. Dr. W._____, Facharzt Kardiologie, stellte keine kardiologischen Diagnosen, welche eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er Folgendes:

Rhythmogene Kardiopathie mit paroxysmalem Vorhofflimmern und Rechtsschenkelblock (ICD-10 I48.0/I45.1)

- St. n. präkollaptischen Zuständen mit Schwindel;
- Erstsymptome anamnestisch seit 2016;
- normale biventrikuläre Pumpfunktion, kein Vitium;
- Fahrradergometrie: gute Leistungsfähigkeit, keine Ischämiezeichen (26.10.2021).

Insgesamt bestünden aus kardiologischer Sicht mithin keine Einschränkungen der Leistungsfähigkeit und keine Arbeitsunfähigkeit im angestammten, massgebenden Bereich (IVSTA-act. 55 S. 50 ff.).

8.1.4 Dr. X. _____, Facharzt Otorhinolaryngologie, diagnostizierte im otorhinolaryngologischen Teilgutachten einen chronischen Tinnitus (ICD-10 H93.1), dekompenziert, sowie eine Schwindelsymptomatik (ICD-10 H82) bei unauffälliger vestibulärer Funktion. Angesichts der Dauerschwindelsymptomatik bestünden qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, so dass sturzgefährdende Tätigkeiten nicht mehr geeignet seien. Ebenso müsse aufgrund des dekompenzierten Tinnitus mit Begleitsymptomatik, der Konzentrationsstörungen und konsekutiv schnelleren Ermüdbarkeit von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 10% ausgegangen werden (IVSTA-act. 55 S. 56 ff.).

8.1.5 Dr. Y. _____, Facharzt Neurologie, kam im entsprechenden Teilgutachten zum Schluss, dass aus neurologischer Sicht weder eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit noch eine Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden könne. Es sei aber nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer funktionell im Alltag erheblich eingeschränkt sei, wobei auf das psychiatrische Teilgutachten zu verweisen sei. Er diagnostizierte – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – eine funktionelle Störung mit Tinnitus, Kopfdruck und Schwindelgefühl (IVSTA-act. 55 S. 44 ff.).

8.1.6 Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. Z. _____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, schloss dahingehend, dass beim Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.00/F33.10) sowie eine sonstige somatoforme Störung (Schwindel) (ICD-10 F45.8) diagnostiziert werden könne, wobei sich nur erstere auf dessen Arbeitsfähigkeit auswirke. Aufgrund der durch die Depression bedingte erhöhte Ermüdbarkeit bestehe eine Leistungseinschränkung von 20%, wobei alle somatisch angepassten und den Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeiten zumutbar seien. Zudem könne, nachdem initial im Jahre 2019 eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit festgestellt worden sei, spätestens ab dem Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung von einer Arbeitsfähigkeit von 80% ausgegangen werden (IVSTA-act. 55 S. 27 ff.).

8.2 Im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass die Hauptbeschwerden des Beschwerdeführers – Schwindel, Tinnitus, Kopfschmerzen und allgemeines Unwohlsein mit Antriebslosigkeit sowie Konzentrationsprobleme – bereits seit mehreren Jahren bestünden und er seit einem Mitte 2020 erlittenen Riss der Quadrizepssehne links unter Knieschmerzen leide. Entsprechend der sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Diagnosen sei von einer Arbeitsunfähigkeit

von 100% ab März 2019 (aus psychiatrischen Gründen), von 50% ab Januar 2020, und bleibend von 100% ab Mai 2020 (aus orthopädischen Gründen) in der bisherigen Tätigkeit auszugehen. In angepasster Tätigkeit sei von einer Arbeits- und Leistungsunfähigkeit von 100% ab März 2019 (aus psychiatrischen Gründen), von 50% ab Januar 2020, von 100% ab Mai 2020 (aus orthopädischen Gründen) und ab April 2021 von 30% (letztere begründet durch das psychische und das Hals-Nasen-Ohren-ärztliche Leiden) auszugehen. Begründet durch die orthopädischen Befunde sei eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit, welche überwiegend im Sitzen ausgeübt werden könne, empfehlenswert. Aufgrund der psychiatrischen und otorhinolaryngologischen Beschwerden sei die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers verringert, so dass dieser langsamer und mit vermehrten Erholungspausen arbeite (IVSTA-act. 55 S. 4 ff.).

9.

9.1 Das polydisziplinäre Gutachten der GA eins AG wurde durch entsprechend qualifizierte Fachärzte erstellt. Es beruht auf allseitigen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) sowie unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden abgegeben, was sich bereits aus der chronologischen Auflistung und Zusammenfassung der Vorakten (vgl. IVSTA-act. 55 S. 14 f.) ergibt. Dabei ist hervorzuheben, dass die Gutachter den Beschwerdeführer zunächst spontan und anschliessend vertieft in Bezug auf ihr jeweiliges Fachgebiet befragt haben; entsprechend wurden sämtliche von ihm angegebenen Beschwerden berücksichtigt. Im Weiteren wurden in den Teilgutachten die jeweils festgestellten Untersuchungsbefunde angeführt und die gestellten Diagnosen begründet. Schliesslich enthält das Gutachten auch eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung). Insgesamt erfüllt das polydisziplinäre Gutachten vom 11. Dezember 2021 die formellen Kriterien für eine beweiswertige medizinische Expertise.

9.2 Das Gutachten der GA eins AG erweist sich auch in materieller Hinsicht mit seinen Teilgutachten in den Disziplinen Innere Medizin, Psychiatrie, Orthopädie, Neurologie, Kardiologie und Otorhinolaryngologie als umfassend, schlüssig und nachvollziehbar.

9.3 Aus allgemeininternistischer, neurologischer und kardiologischer Sicht wurden seitens der Gutachterstelle keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Die Experten hielten in nachvollziehbarer Weise und in Übereinstimmung mit den vorhandenen medizinischen Berichten und Untersuchungsergebnissen fest, dass sich keine Hinweise für eine

lang andauernde Arbeitsunfähigkeit fänden. Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass die gemäss Berichten vom 24. Oktober 2022 und 13. November 2022 festgestellten Anzeichen eines Leistenbruchs/einer Leistenhernie mit unmittelbarer Operationsindikation, zusammen mit einer Lumbalgie und Rückenschmerzen, den Akten zufolge nicht weiter medizinisch behandelt worden sind beziehungsweise sich ein operativer Eingriff offenbar als nicht notwendig erwiesen hat.

9.4 Der orthopädische Teilgutachter stellte in Übereinstimmung mit den Berichten der behandelnden Ärzte zusammenfassend fest, dass der Beschwerdeführer an chronischen Knieschmerzen links (ICD-10 M79.66/T93.8/Z98.8) leidet und die von ihm beklagten Beschwerden und geltend gemachten Einschränkungen durch die objektiven Befunde durchaus nachvollziehbar sind. So bestehe nach einer operativen Behandlung einer Quadrizepssehnenruptur ein klarer Reizzustand samt Zeichen des femoropatellären Maltracking mit extensionsnahe Schnappen, entsprechender Schmerzhaftigkeit unter Belastung sowie resultierender Schonung der Extremität im Sinne einer Quadrizepsatrophie und verminderten Fussbeschwiellung (IVSTA-act. 55 S. 39). In seiner bisherigen Tätigkeit sei daher von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit seit der anamnestisch am 28. Mai 2020 erlittenen Knieverletzung bis auf Weiteres auszugehen. In angepasster Tätigkeit, sprich bei körperlich leichten, überwiegend sitzenden Verrichtungen unter Wechselbelastung sowie bei Vermeidung von wiederholtem Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, von längerdauerndem Stehen und Gehen, der Einnahme kniender und kauender Positionen sowie des Gehens auf unebenem Grund und Treppen, bestehe hingegen eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Diese orthopädische Einschätzung setzte sich in nachvollziehbarer Weise mit den Berichten der behandelnden Ärzte auseinander und erweist sich als schlüssig.

9.5 Aus otorhinolaryngologischer Sicht bestehe einerseits ein chronischer Tinnitus (ICD-10 H93.1), dekompenziert, andererseits eine konstante Schwindelsymptomatik (ICD-10 H82) bei unauffälliger peripherer vestibulärer Funktion. Im Rahmen der aktuellen otoneurologischen Befunde könne die angegebene otoneurologische Beschwerdesymptomatik anhand von pathologischen Befunden objektiviert und teilweise nachvollzogen werden. In Anbetracht der Dauerschwindelsymptomatik beständen qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, so dass sturzgefährdende Tätigkeiten für den Exploranden nicht mehr geeignet seien. Des Weiteren müsse in Anbetracht des dekompenzierten Tinnitus mit Begleitsymptomatik von

einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit ausgegangen werden (IVSTA-act. 55 S. 56 f.). Entsprechend seien Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit im Umfang von 10% anzunehmen. Auch diese gutachterliche Einschätzung ist nachvollziehbar und schlüssig dargelegt und steht im Einklang mit den vorhandenen medizinischen Berichten und Untersuchungsergebnissen.

9.6

9.6.1 Aus den Vorakten ergeben sich sodann ebenso wenig Anhaltspunkte für weitere langandauernde Arbeitsunfähigkeiten psychischen Ursprungs. Seit dem Tod seines Zwillingsbruders ist der Beschwerdeführer psychisch angeschlagen, erlitt im Jahre 2015 ein Burnout und wurde in der Folge arbeitsunfähig. Eine im September 2018 aufgenommene neue Erwerbstätigkeit wurde im August 2019 ebenfalls aus Krankheitsgründen aufgegeben. Den Akten kann entnommen werden, dass beim Beschwerdeführer im April 2019 erstmals Angst und Depression diagnostiziert wurden und eine entsprechende Medikation verordnet wurde. Er hielt sich mehrfach stationär im Landeskrankenhaus (...) (ab dem 17. September 2019 bis 10. Dezember 2019, vom 8. Juni 2021 bis zum 20. Juli 2021) beziehungsweise im Landeskrankenhaus (...) (vom 27. Juni 2022 bis zum 14. Juli 2022) auf und absolvierte vom 23. Oktober 2022 bis zum 13. November 2022 ein Heilverfahren im P._____. In psychischer Hinsicht wurde bei seinen stationären Aufenthalten eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) mit ausgeprägter körperlicher Begleitsymptomatik im Rahmen einer Anpassungsstörung (komplexen Traumafolgenstörung) (ICD-10 F43.1) sowie einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion und begleitender somatoformer Symptomatik (ICD-10 F43.2) diagnostiziert. Weitere Diagnosen betreffen eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), eine anhaltende Trauerstörung, eine mittelschwere Depression sowie Angst und Depression. Eigenen Angaben anlässlich der Begutachtung durch die Gutachterstelle GA eins AG zufolge befand er sich zum Zeitpunkt der Begutachtung in regelmässiger Psychotherapie (alle zwei Wochen beziehungsweise einmal im Monat; IVSTA-act. 55 S. 24); entsprechende Hinweise auf eine tatsächliche regelmässige ambulante Psychotherapie lassen sich den Akten aber nicht entnehmen.

9.6.2 In seinem psychiatrischen Teilgutachten setzte sich der Experte in nachvollziehbarer Weise mit den Berichten der behandelnden Ärzte auseinander und begründete seine Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10F33.00/F33.10), sowie an einer sonstigen

somatoformen Störung (Schwindel) (ICD-10 F45.8) leidet, schlüssig. So führte er zutreffend aus, dass die Arbeitsfähigkeit längerfristig, gemittelt über den Verlauf, beurteilt werden müsse (anhaltende Arbeitsfähigkeit), weswegen die in den Akten attestierte psychiatrische Arbeitsunfähigkeit von der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der gutachterlichen Beurteilung abweiche. Mangels entsprechender vegetativer Symptome im Rahmen der Begutachtung könne er die Diagnose einer generalisierten Angststörung nicht stützen. Sodann handle es sich bei der zuvor diagnostizierten Angst und depressiven Störung gemischt um Angstsymptome und depressive Symptome, die noch nicht das Ausmass einer spezifischen Angststörung oder einer depressiven Episode annehmen würden. Sowohl die von den behandelnden Ärzten diagnostizierte Anpassungsstörung – bei welcher es sich im Übrigen um eine leichte psychische Störung handle – als auch die mittelgradige depressive *Episode* würden keine anhaltende gänzliche Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermögen.

Der psychiatrische Gutachter kam zum Schluss, dass eine anhaltend aufgehobene Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar und zumindest eine Teilarbeitsfähigkeit zu erwarten sei (IVSTA-act. 55 S. 29). In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass – wie bereits erläutert – die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem oder der medizinischen Sachverständigen deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb welchem verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und im Rahmen einer Exploration *lege artis* zu respektieren sind (vgl. Urteil des BGer 8C_8/2019 vom 23. April 2019 E. 5.2.1 m.H.). Hinsichtlich des Umfangs der Arbeits- und Leistungsfähigkeit wurden sodann die gestellten Diagnosen entsprechend berücksichtigt und dem Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht eine Arbeitsfähigkeit von 80% attestiert.

9.6.3 Angesichts dieser psychiatrischen Diagnosen hat ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (vgl. BGE 143 V 409).

9.6.3.1 Ausgangspunkt für die Beurteilung der Frage, ob ein Gesundheitsschaden im Sinne der klassifizierenden Merkmale vorliegt, ist eine fachärztlich einwandfrei gestellte Diagnose (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2; 143 V 418 E. 6; 141 V 281 E. 2.1). Bei psychiatrischen Diagnosen ist zu berücksichtigen, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen

möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Entsprechend kann die ärztliche Beurteilung abhängig von der Gutachterperson und von den Umständen der Begutachtung eine grosse Varianz aufweisen und trägt deshalb ebenfalls von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.1.2 mit Hinweisen). Abweichende Beurteilungen behandelnder Ärzte vermögen unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag ein Gutachten nach Art. 44 ATSG grundsätzlich nicht in Frage zu stellen und Anlass zu weiteren Abklärungen zu geben (vgl. Urteil des BGer 9C_794/2012 vom 4. März 2013 E. 4.2 mit Hinweisen). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Exploration unerkannt oder ungewürdigt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteile des BGer 9C_246/2018 vom 16. August 2018 E. 4.1; 8C_29/2018 vom 6. Juli 2018 E. 3.2.2; 9C_353/2015 vom 24. November 2015 E.4). Es bleibt darauf hinzuweisen, dass es bei der Beurteilung einer invalidisierenden gesundheitlichen Einschränkung in erster Linie nicht auf die Diagnoseeinstellung ankommt, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Denn zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit besteht keine Korrelation (BGE 140 V 193 E. 3.1). Massgebend ist der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen (Urteil 9C_273/2018 vom 28. Juni 2018 E. 4.2 mit Hinweisen; so schon BGE 127 V 294 E. 4c).

9.6.3.2 Vorliegend sind dem Gutachten keine Ausschlussgründe im Sinne einer Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung zu entnehmen. Solche werden auch nicht geltend gemacht.

9.6.3.3 Die Kategorie «funktioneller Schweregrad» beurteilt sich nach den konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen leidensbedingt beeinträchtigt ist (vgl. Urteil des BGer 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.3 m.H.).

Im Komplex «Gesundheitsschädigung» ist als erster Indikator die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde zu nennen. Hieraus ergibt sich, dass die vom psychiatrischen Gutachter gestellten Diagnosen (rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode

[ICD-10F33.00/F33.10] und sonstige somatoforme Störung [Schwindel] [ICD-10 F45.8] zu einer Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Umfang von 20% führen. Gutachterlich wurde festgehalten, dass der affektive Kontakt gut herstellbar und der Beschwerdeführer während der gesamten Exploration aufmerksam und konzentriert war. Er wirkte aber traurig (und weinte, als er auf seinen Vater angesprochen wurde) und wurde durchwegs zum depressiven Pol hingelenkt. Seine Stimmung war depressiv mit verminderter Freude und einem gewissen Interessensverlust. Er konnte Lebensdaten gut nennen und seinen Tagesablauf sowie seine Aufgaben im Alltag und im Haushalt detailliert wiedergeben. Der Selbstwert war herabgesetzt mit Insuffizienzgedanken. Schuldgedanken bestanden nicht, ebenso wenig wie negative Zukunftsperspektiven. Er äusserte aber negative Zukunftsperspektiven und -ängste bezüglich seiner gesundheitlichen und beruflichen Situation. Hinweise auf manifeste Ängste mit vegetativen Symptomen als Ausdruck der Angst und Zwänge bestanden sonst nicht. Sodann war er während der Begutachtung bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis waren nicht gestört. Sein Denken war formal geordnet und inhaltlich bestanden keine Hinweise auf Wahnideen, Sinnestäuschungen, Halluzinationen oder Ich-Störungen. Die Anamnese war früher psychiatrisch bland mit normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit, was bei sonst im Querschnittsbefund wenig auffälligen Persönlichkeitsmerkmalen gegen die Achse-11-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung spricht. Ein Suchtleiden besteht nicht. Eine Zirkadianität war nicht ausgeprägt. Hinweise auf Suizidalität und ein fremdaggressives Verhalten bestanden nicht. Anamnestisch gab er zwar Streitereien zusammen mit seiner Ehefrau an, häusliche Gewalt verneinte er jedoch (IVSTA-act. 55 S. 26 f).

Sodann stellen «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz», also Verlauf und Ausgang von Therapien, wichtige Schweregradindikatoren dar (Urteil des BGer 9C_21/2017 vom 22. Februar 2018 E. 5.1; vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). In diesem Zusammenhang hielt der Gutachter fest, es bestünden sowohl eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung als auch diverse stationäre psychosomatische Behandlungen. Entsprechend sei gemäss Angaben des Beschwerdeführers eine stationäre Behandlung in einer Klinik für Neurologie in (...) vorgesehen. Hinsichtlich der Medikation, die er erhalte, zeigte das ärztlich verordnete Antidepressivum Ixel (Milnacipran), ein kombinierter selektiver Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, einen Medikamentenspiegel im therapeutischen Bereich, während das ebenfalls ärztlich verordnete Antikonvulsivum Pregabalin, welches auch analgetische und

anxiolytische Eigenschaften besitzt, aber niedrig dosiert ist, einen tiefen Medikamentenspiegel unter dem therapeutischen Bereich zeigte. Die Behandlung kann aber von medikamentöser Seite durchaus intensiviert werden, sollte dies notwendig sein. In subjektiver Hinsicht fühlt sich der Beschwerdeführer wegen seiner somatischen Beschwerden mit Schmerzen und Schwindel und seiner psychischen Beschwerden mit Depressionen nicht arbeitsfähig (IVSTA-act. 55 S. 28 f.).

Unter dem Aspekt der «Komorbiditäten» ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychischen Störungen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Störungen fallen dabei unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1). Im vorliegenden Fall haben die Gutachter in somatischer und auch psychiatrischer Hinsicht diverse weitere Diagnosen gestellt (vgl. dazu oben. E. 9.3 ff.). Die Wechselwirkungen wurden zwar nicht ausführlich in einem separaten Abschnitt erörtert, dennoch ergibt sich aus dem Gutachten sowie den vorhandenen Akten klar, dass die Einschätzung der Experten auf einer Gesamtbetrachtung sämtlicher Beschwerden beruht. So bringt der psychiatrische Gutachter beispielsweise an, dass soweit die Schwindelsymptomatik aus somatischer Sicht nicht erklärt werden könne, von einer psychischen Überlagerung im Sinne einer somatoformen Störung ausgegangen werden müsse. Eine diffuse, ausgeweitete somatische Beschwerdesymptomatik bestehe sonst aber nicht (IVSTA-act. 55 S. 29).

Mit Blick auf die ebenfalls der Kategorie des funktionellen Schweregrades angehörenden Komplexe «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) und «Sozialer Kontext» geht aus dem Gutachten hervor, dass der Beschwerdeführer vor allem den Suizidtod seines Zwilingsbruders noch nicht verarbeitet hat und darauf derart fixiert ist, dass er nicht loslassen kann. Durch die Arbeitsunfähigkeit und Abhängigkeit von Versicherungsleistungen kommt es auch zu finanziellen Problemen. Es bestehen aber durchaus Ressourcen mit einem soliden Berufsabschluss und guter, mehrjähriger Berufserfahrung. Ausserdem ist der Beschwerdeführer Familienvater von drei Kindern und lebt nach wie vor mit seiner Ehefrau und den Kindern zusammen. Er habe gute Kontakte in seinem Umfeld, ist beispielsweise Mitglied im Musikverein, wo er Klarinette spielte, zieht sich aber zunehmend zurück. Die täglichen Aktivitäten, die ihm grundsätzlich möglich sind, sprechen für erhaltene psychische Funktionen und gegen

eine anhaltende höhergradige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht (IVSTA-act. 55 S. 29 f.).

9.6.3.4 In die Kategorie «Konsistenz» fallen verhaltensbezogene Gesichtspunkte (BGE 141 V 281 E. 4.4).

Der Indikator einer «gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1). Dem Gutachten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer nach wie vor Auto fährt, wenn auch keine längeren Strecken. Das Aktivitätsniveau im beruflichen und im privaten Bereich weicht aber etwas auseinander. So beteiligt er sich am Haushalt, indem er das von der Ehefrau vorgekochte Mittagessen für die Kinder aufwärmt, die Wohnung mit dem Staubsauger reinigt, das Geschirr abwäscht und versorgt und sich um den Kehrichtabfall kümmert. Vor zwei Jahren hat er das Klarinettenspielen im örtlichen Musikverein aufgegeben; auch Ferien hat er zuletzt mit seiner Familie vor zwei Jahren verbracht. Insgesamt sind keine wesentlichen Inkonsistenzen festzustellen, die subjektive Beeinträchtigung vor allem seiner Arbeitsfähigkeit durch die Beschwerden ist allerdings medizinisch nicht vollständig plausibel nachvollziehbar, womit gewisse Diskrepanzen zwischen den objektiven medizinischen Befunden, seinen Angaben zu den Alltagsaktivitäten und der subjektiv hochgradigen Arbeitsunfähigkeit bestehen (IVSTA-act. 55 S. 29).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen weist auf den tatsächlichen «Leidensdruck» hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2). In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass, wie bereits erläutert, der Beschwerdeführer regelmässig in ambulanter und stationärer psychiatrischer Behandlung ist und Medikamente einnimmt.

9.6.3.5 Nach dem Gesagten ist insgesamt von einem leichten bis mittleren funktionellen Schweregrad der psychischen Beeinträchtigungen auszugehen. Der Beschwerdeführer lebt gemeinsam mit seiner Ehefrau und seinen Kindern in einem Haus und verfügt über soziale und körperliche Ressourcen. Die Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Therapien und Behandlungen sowie die Einnahme von Medikamenten zeugen von einem gewissen Leidensdruck. Zudem zeigte sich seine Stimmung depressiv, sein Selbstwertgefühl herabgesetzt und er äusserte negative Zukunftsperspektiven und -ängste. Es bestehen aber Diskrepanzen zwischen den

objektiven medizinischen Befunden, den Angaben des Beschwerdeführers zu seinen Alltagsaktivitäten und der subjektiv hochgradigen Arbeitsunfähigkeit. Eine anhaltend aufgehobene Arbeitsunfähigkeit ist aus gutachterlicher Sicht nicht nachvollziehbar.

9.6.4 Angesichts der voranstehenden Ausführungen ist die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters ohne weiteres nachvollziehbar und nicht zu beanstanden, zumal die Diagnosen auf einer sorgfältigen und ausführlichen Herleitung beruhen und auf der persönlichen Untersuchung vom 27. Oktober 2021 beruhen. Eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose liegt demnach vor.

9.7 Nach dem Gesagten leuchtet das Gutachten beziehungsweise dessen interdisziplinäre Gesamtbeurteilung in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthält begründete Schlussfolgerungen der Experten, die miteinander vereinbar sind. Der medizinische Sachverhalt erweist sich in internistischer, psychiatrischer, orthopädischer, neurologischer, kardiologischer und otorhinolaryngologischer Hinsicht als rechtsgenügend abgeklärt. Die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsbeziehungsweise Leistungsfähigkeit erfolgten im Rahmen einer Gesamtbetrachtung, in Kenntnis des beruflichen Anforderungsprofils in der angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers, unter Beachtung der rechtssprechungsmässigen Anforderungen auch hinsichtlich der Indikatoren und werden für die rechtsanwendende Person nachvollziehbar begründet (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, 137 V 210 E. 1.2.2 S. 223). Die Experten sind lege artis vorgegangen. Damit erfüllt das polydisziplinäre Gutachten vom 11. Dezember 2021 die rechtlichen Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Entscheidungsgrundlage, weshalb darauf abzustellen ist (vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.1 und E. 4.1.2 mit Hinweisen).

9.8 Die Gutachter hielten in ihrer interdisziplinären Expertise zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und zu deren Verlauf fest, dass nach vorangehend nicht dokumentierter länger dauernder Arbeitsunfähigkeit ab dem 16. März 2019 von einer (psychiatrisch bedingten) aufgehobenen Arbeitsfähigkeit und ab Januar 2020 von einer Arbeitsfähigkeit von 50% in jeglicher Tätigkeit auszugehen sei. Ab Mai 2020 sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der orthopädischen Beschwerden des Beschwerdeführers, welche durch die Akten der behandelnden Ärzte entsprechend belegt seien, erneut ganz aufgehoben worden. Die im Gutachten vom 11. Dezember 2021 hergeleitete Arbeitsfähigkeit von 70% in angepasster Tätigkeit sei ab April

2021 anzunehmen. Wie bereits erläutert, können aufgrund der Erstanmeldung vom 12. März 2020 sowie der seither geltend gemachten vollständigen Arbeitsunfähigkeit allfällige Leistungsansprüche frühestens ab 1. September 2020 entstehen. Entsprechend den gutachterlichen Ausführungen bestand für den vorliegend rentenrelevanten Zeitraum vom 1. September 2020 bis zum 31. März 2021 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% sowohl im angestammten als auch in einem angepassten Bereich, während ab 1. April 2021 eine (andauernde) Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 100% und in angepasster Tätigkeit von 30% besteht (IVSTA-act. 55 S. 9). Diese Einschätzung wird durch die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der IVSTA vom 4. Januar 2022 und vom 9. August 2022 gestützt (IVSTA-act. 58 und 60; s. auch IVSTA-act. 62 und 73) und ist mithin nicht zu beanstanden.

9.9 Da im Übrigen eine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der Begutachtung bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung weder geltend gemacht wurde noch ersichtlich ist, durfte die Vorinstanz somit gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten vom 11. Dezember 2021 davon ausgehen, dass der Beschwerdeführer in angepasster Tätigkeit ab April 2021 keine weitergehende Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich festgehaltenen 30% erlitten hat. Damit ist der Beschwerdeführer in der vorliegend zu beurteilenden Zeitperiode zu 70% arbeitsfähig. Der Beschwerdeführer hat sich bei der Vorinstanz im März 2020 für den Leistungsbezug angemeldet. Ein allfälliger Rentenanspruch konnte somit frühestens am 1. September 2020 entstehen (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). Der medizinische Sachverhalt ist rechtsgenügend abgeklärt worden. Von weitergehenden medizinischen Abklärungen sind vorliegend keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb auf solche in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3).

9.10 Schliesslich steht das Alter des Beschwerdeführers (zum Zeitpunkt der Begutachtung beziehungsweise bei Verfügungserlass 51 Jahre) einer Verwertbarkeit seiner Restarbeitsfähigkeit nicht entgegen (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.2, Urteil des BGer 9C_899/2015 vom 4. März 2016 E. 4.3.1). Auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt stehen ihm nicht zuletzt aufgrund seiner guten Ausbildung viele andere Tätigkeiten offen.

10.

Abschliessend ist die Invalidität und der daraus resultierende Invaliditätsgrad zu bemessen. Diesbezüglich ist, wie bereits in E. 5.3 ausgeführt, zu

berücksichtigen, dass ein allfälliger Rentenanspruch frühestens ab 1. September 2020 entstehen kann,

10.1 Bei erwerbstätigen Versicherten – wie unbestrittenermassen dem Beschwerdeführer – ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 6 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung; vgl. auch oben E. 4.2.2) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen.

10.1.1 Bei einem Einkommensvergleich 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 (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1).

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; Urteil des BGer 8C_61/2018 vom 23. März 2018 E. 6.2). Für die Bemessung der Invalidität einer im Ausland wohnhaften versicherten Person sind Validen- und Invalideneinkommen grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2; Urteil des BGer 8C_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.1).

10.1.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist nach der Rechtsprechung entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne

Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 134 V 322 E. 4.1; Urteil des BGer 8C_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 3.1). Lässt sich das Valideneinkommen aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse nicht hinreichend genau beziffern, darf auf statistische Werte wie die vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) zurückgegriffen werden, sofern dabei die für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren mitberücksichtigt werden (vgl. Urteil des BGer 8C_523/2022 vom 23. Februar 2023 E. 7.1 mit Hinweis auf BGE 144 I 103 E. 5.3 und 139 V 28 E. 3.3.2).

10.1.3 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich 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 (BGE 139 V 592 E. 2.3 m.H.; 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).

In der Regel ist auf die LSE-Tabelle TA1 und den darin enthaltenen Totalwert abzustellen (Urteil des BGer 8C_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 6.2; vgl. auch Urteil des BGer 9C_358/2017 vom 2. Mai 2018 E. 5.2 m.H.), 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. Es besteht jedoch kein Grundsatz, wonach stets auf die Tabelle TA1 abzustellen ist (Urteil des BGer 9C_841/2013 vom 7. März 2014 E. 4.2). Wird auf die LSE 2012 oder neuer abgestellt, ist – zumindest bis auf Weiteres – nur die Tabelle TA1 zu verwenden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7).

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 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 pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2; 126 V 75 E. 5b; Urteil des BGer 9C_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.1).

10.2 Die Vorinstanz ist bei der Berechnung des IV-Grades in der angefochtenen Verfügung von einem Valideneinkommen von monatlich Fr. 7'451.43 ausgegangen. Dabei hat sie – aufgrund der zuletzt in Österreich bis 15. März 2019 ausgeübten Arbeit mit CNC-Schleifmaschinen/Metallstücke bearbeiten und schleifen – für einen in der Schweiz vergleichbaren Lohn ohne Invalidität auf die LSE 2018, Tabelle TA1 (monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Sektor Produktion), der Branche Maschinenbau im Kompetenzniveau 3 abgestellt und den Tabellenwert auf die branchenüblichen 41.1 Wochenstunden aufgerechnet. Für das Invalideneinkommen hat sie sodann unter Berücksichtigung eines zumutbaren Belastungsprofils (körperlich leichte, überwiegend sitzende Verrichtungen unter Wechselbelastung sowie bei Vermeidung von wiederholtem Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, von längerdauerndem Stehen und Gehen, der Einnahme kniender und kauender Positionen sowie des Gehens auf unebenem Grund und Treppen) ebenfalls auf die LSE 2018, Tabelle TA1 (monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor) im Kompetenzniveau 1 des allgemeinen privaten Sektors abgestellt und den Tabellenwert auf 41.7 Wochenstunden aufgerechnet, was einen Monatslohn von Fr. 5'647.22 ergibt. Daraus resultiert, unter Berücksichtigung der attestierten Arbeitsfähigkeit von 70% und unter Hinweis darauf, dass einige dieser Tätigkeiten an die Einschränkungen der versicherten Person angepasst seien, ohne Gewährung eines Leidensabzugs – was in Anbetracht des Alters von 53 Jahren im Verfügungszeitpunkt, seiner beruflichen Karriere als vollbeschäftigter Tischler und zuletzt Metallschleifer sowie eines genügend breiten Spektrums an Verweistätigkeiten nicht zu beanstanden ist

–, ein IV-Grad von gerundet 47%, was einer Viertelsrente entspricht (IV-StA-act. 61). Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass aufgrund des im Rentenrevisionszeitpunkt (April 2021) anwendbaren Rechts der seit 1. Januar 2022 beziehungsweise 1. Januar 2024 in Kraft stehende Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV – und damit verbunden ein zusätzlicher Leidensabzug – vorliegend nicht zur Anwendung gelangt.

10.3 Die Berechnung ist entsprechend der bundesgerichtlichen Praxis zum Erwerbsvergleich (BGE 124 V 321 E. 3b) nachvollziehbar und nicht zu beanstanden. Es ergibt sich vorliegend ein Invaliditätsgrad von gerundet 47% ($\{(7'451.43 - 3'953.05) \times 100 / 7'451.43\} = 46.95\%$), der einen Anspruch auf eine Viertelsrente ab 1. Juli 2021 ergibt. Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass aufgrund der vollständigen Arbeitsunfähigkeit vom 1. September 2020 bis zum 30. März 2021, sowohl in bisheriger als auch in angepasster Tätigkeit, zu Recht ein Invaliditätsgrad von 100% ermittelt und in Beachtung von Art. 88a Abs. 1 IVV eine ganze Rente vom 1. September 2020 bis 30. Juni 2021 gewährt wurde.

11.

11.1 Die angefochtenen Verfügungen vom 27. Januar 2023 sind damit zu bestätigen. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und somit abzuweisen. Allfällige gesundheitliche Verschlechterungen, die nach Erlass der angefochtenen Verfügung eingetreten sind, wären vom Beschwerdeführer im Rahmen einer neuen Anmeldung zum Leistungsbezug bei der Vorinstanz geltend zu machen.

12.

12.1 Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} i.V.m. Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 800.– festzusetzen. Der einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

12.2 Weder der unterliegende Beschwerdeführer noch die obsiegende Vorinstanz haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario und Art. 7 Abs. 3 des Reglements über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE] vom 21. Februar 2008; SR 173.320.2).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 800.– werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Der einbezahlte Kostenvorschuss wird zur Bezahlung der Verfahrenskosten verwendet.

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Beat Weber

Natassia Gili

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 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [BGG, SR 173.110]). 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 Rechtschrift 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: