

BVGer C-464/2022 vom 13. Dezember 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-12-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-464_2022_d20211213

FR: TAF C-464/2022 du 13 décembre 2021

IT: TAF C-464/2022 del 13 dicembre 2021

Regeste

Rentenanspruch | Invalidenversicherung, Rentenanspruch, Verfügung der IVSTA vom 13. Dezember 2021

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und ob auf eine Beschwerde einzutreten ist (Art. 7 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG; SR 172.021]; BVGE 2016/15 E. 1; 2014/4 E. 1.2).

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG; SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVV; SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

C-464/2022 Seite 11

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit es die einzelnen Sozialversicherungsgesetze vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a-26bis und 28-70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.3

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit Art. 60 ATSG und Art. 50 Abs. 1 VwVG sowie Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der Verfügung vom 13. Dezember 2021 (IV-act. 121) ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG).

Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde (BVGer-act. 4), ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten.

E. 1.4

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 13. Dezember 2021 (IV-act. 121), mit welcher die Vorinstanz bei einem Invaliditätsgrad von 3 % den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente abgewiesen hat. Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit dieses Verwaltungsaktes und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Vorinstanz den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

E. 1.5

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

E. 1.6

Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im

C-464/2022 Seite 12 Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet zum einen sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 193 E. 2 und 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen). Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b und 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 2

Im Folgenden sind die weiteren, im vorliegenden Verfahren im Wesentlichen anwendbaren Normen in den jeweiligen Fassungen und die massgeblichen Rechtsgrundsätze darzustellen.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer verfügt über die italienische Staatsbürgerschaft und wohnt in Frankreich. 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).

E. 2.2

Gemäss Art. 40 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) ist für die Entgegennahme der Anmeldungen von Grenzgängern sowie Durchführung und Prüfung der entsprechenden Abklärungen die kantonale IV-Stelle zuständig, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt hat; die Verfügungen werden von der IV-Stelle für Versicherte im Ausland erlassen (vgl. auch Rz. 7005 und 7009 des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung [gültig ab 1. Januar 2022, Stand: 1. Januar 2022;

C-464/2022 Seite 13 nachfolgend KSVI]). Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht (vgl. auch Rz. 7006 KSVI).

E. 2.3

Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBl 2020 5535 ff.) sowie die Änderungen der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer über- gangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze mass- geblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 und BGE 144 V 210 E. 4.3.1), und die angefochtene Verfügung vom 13. Dezember 2021 (IV-act. 121) vor dem Inkrafttreten der Änderungen des IVG und des ATSG vom 19. Juni 2020 sowie der IVV vom 3. November 2021 datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Normen zu prüfen.

E. 2.4

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG, vgl. auch E. 2.5 hiernach) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorge- sehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenver- sicherung (AHV/IV) geleistet hat, d.h. während mindestens dreier Jahre (Art. 36 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren AHV/IV-Beiträge geleistet (IV-act. 9), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung erfüllt ist.

E. 2.5

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dau- ernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf

dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit

C-464/2022 Seite 14 Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2020, Art. 8 Rz. 7). 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). 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 ATSG).

E. 2.6

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies

C-464/2022 Seite 15 ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

E. 2.7

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 %

arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme ist vorliegend gegeben (vgl. Art. 7 der Verordnung [EG] Nr. 883/2004). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (bis Ende Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG]) stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

E. 2.8

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Ärztliche Auskünfte sind eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4). Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2). Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG). Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2;

134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Unabhängig davon, ob es sich um eine nachweisliche organische Pathologie oder um ein unklares Beschwerdebild handelt, setzt eine Anspruchsbe- rechtigung stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus. Dabei können – insbesondere unklaren Beschwerdebildern inhä- rente – Abklärungs- und Beweisschwierigkeiten die Berücksichtigung wei- terer Lebens- und Aktivitätsbereiche wie etwa Freizeitverhalten oder fami- liäres Engagement erfordern, um das Ausmass der Einschränkungen zu plausibilisieren, wobei auch fremdanamnestic Angaben zu berücksich- tigen sind. Ohne Einbezug solcher Indizien, wie sie im Rahmen der festen Praxis zu den organisch nicht nachweisbaren unklaren Beschwerdebildern (BGE 141 V 281 E. 4.4.1) regelmässig zu berücksichtigen sind, ist eine ärztliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht beweiskräftig (BGE 140 V 290 E. 3.3.2). In den konsistenten Nachweis einer gestörten Aktivität und Par- tizipation einzubeziehen sind nur funktionelle Ausfälle, die sich aus denje- nigen Befunden ergeben, welche auch für die Diagnose der Gesundheits- beeinträchtigung massgebend gewesen sind. Die Einschränkung in den

C-464/2022 Seite 17 Alltagsfunktionen, welche begrifflich zu einer lege artis gestellten Diagnose gehört, wird mit den Anforderungen des Arbeitslebens abgeglichen und an- hand von Schweregrad- und Konsistenzkriterien in eine allfällige Ein- schränkung der Arbeitsfähigkeit umgesetzt. Auf diesem Weg können gel- tend gemachte Funktionseinschränkungen über eine sorgfältige Plausibili- tätsprüfung bestätigt oder verworfen werden (BGE 141 V 281 E. 2.1.2). Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a) genügen, auch hinsichtlich der erforder- lichen ärztlichen Qualifikationen (vgl. hierzu Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1), haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Die Stel- lungnahmen 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 We- sentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehen- den medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befas- sung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen).

E. 3

Der Vorinstanz dienten in medizinischer Hinsicht als Entscheidungsgrundlage in erster Linie das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. P._____ und Q._____ vom 23. und 24. September 2020 (IV-act. 82 S. 1 bis 61 und IV-act. 83) bzw. das ergänzende Schreiben von PD Dr. med. P._____ vom 5. Juli 2021 (IV-act. 111) sowie die Stellungnahmen des RAD-Arzt Dr. med. G._____ vom 1. Oktober 2020 (IV-act. 85), 4. März 2021 (IV- act. 100), 20. April 2021 (IV-act. 106 und 107) und 28. Juli 2021 (IV-act. 114) sowie diejenigen von Dr. med. O._____ vom 14. Mai 2020 (IV-act. 70), 3. März 2021 (IV-act. 99) und 23. Juli 2021 (IV-act. 113). Der Be- schwerdeführer stützte sich betreffend den psychischen Gesundheitszu- stand auf die Teilexpertise von Dr. med. L._____ (IV-act. 66 S. 19 bis 34) und dessen ergänzenden Bericht vom 26. März 2021 (IV-act. 104 S. 3 bis 7). Diese sowie – falls massgeblich – weitere Dokumente sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und zu würdigen. Dabei ist zu prüfen, ob eine rechtsgenügeliche und

umfassende Beurteilung des Gesundheitszustands und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers vorliegt resp. ob sich der rechtserhebliche Sachverhalt als vollständig abgeklärt und gewürdigt erweist. Falls dies bejaht werden kann, ist weiter insbesondere zu prüfen, ob der Beschwerdeführer

C-464/2022 Seite 18 einen Rentenanspruch hat resp. ob die materiellen, kumulativen Anspruchsvoraussetzungen von Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG (vgl. zum kumulativen Charakter von Art. 28 Abs. 1 Bst. a bis c IVG bspw. Urteil des BGer 9C_942/2015 vom 18. Februar 2016 E. 3.1) und Art. 28 Abs. 2 IVG erfüllt sind. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden wären (BGE 133 V 263 E. 6; BGE 109 V 125 E. 4a; SVR 2020 IV Nr. 70 S. 244 E. 4.2.2; AHI 1998 S. 121 E. 1b; zur Revision von Invalidenrenten vgl. Art. 17 Abs. 1 ATSG und Art. 88a Abs. 1 IVV in Verbindung mit Art. 88bis Abs. 2 IVV; vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.2 und E. 3.5.4; BGE 141 V 9 E. 2.3 und 5.2; BGE 133 V 108 E. 5.4; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

E. 3.1.1

Die Dres. med. M. _____ und N. _____ diagnostizierten in der kardiologischen Teilexpertise vom 21. Februar 2020 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine koronare 3-Gefäss-Erkrankung (Erstdiagnose 2015) sowie eine rhythmogene Situation. Weiter wurde zusammengefasst berichtet, aus kardiologischer Sicht sei eine erstmalige Vorstellung im Dezember 2014 und Januar 2015 im Rahmen einer stabilen Angina pectoris erfolgt. In den vorliegenden Dokumenten hätten keine Hinweise für eine myokardiale Narbe im Sinne eines eigenanamnestisch beschriebenen Infarktes gefunden werden können. Auch die aktuelle Echokardiografie zeige keine myokardiale Narbe. In der durchgeführten Echokardiographie zeige sich ein normaler Befund mit normalen Dimensionen und guter Pumpfunktion des linken und rechten Ventrikels. Die diastolische Funktion sei normal und die Herzklappen zeigten keine relevante Stenose oder Insuffizienz. In der Spiroergometrie zeigten sich, abgesehen von der iatrogen bedingten chronotropen Inkompetenz und eines nur geringen Blutdruckanstiegs keine kardialen Limitationen. Es bestehe aktuell aus kardiologischer Sicht ein günstiger Verlauf. Im Vordergrund für die Leistungseinschränkung stehe eindeutig eine fortgeschrittene Dekonditionierung sowie die iatrogen bedingte chronotrope Inkompetenz. Betreffend die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf wurde weiter berichtet, man sehe für den Versicherten im Moment aus rein kardiologischer Sicht leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten mit Einschränkungen. Zurzeit sei eine Beschäftigung für 3 bis 6 Stunden möglich, nach einem körperlichen Aufbautraining möglicherweise länger. Es könne davon ausgegangen werden, dass nach Abschluss der Rehabilitation im Frühjahr 2018 (nach Stent-Implantation) eine entsprechend ähnliche Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Der Versicherte sei für

C-464/2022 Seite 19 Verweistätigkeiten ebenfalls mit leichten bis mittelschweren körperlichen Belastungen zu 100 % arbeitsfähig. Aus kardiologischer Sicht sei die Belastbarkeit unmittelbar nach der Rehabilitation im Frühjahr 2018 schwer beurteilbar. Es könnte eine etwas bessere Leistungsfähigkeit als zum aktuellen Untersuchungszeitpunkt bestanden haben (IV-act. 66 S. 14 bis 18).

E. 3.1.2

In seiner psychiatrischen Teilexpertise (Untersuchungsdatum:

E. 3.1.3

Im Rahmen der Konsensbeurteilung vom 27. März 2020 wurden die Einschätzungen von Dr. med. L. _____ übernommen. Weiter wurde aus- geführt, seit dem 1. März 2018 sei der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit als Gipser nicht arbeitsfähig. Begründet werde dies durch die Funktionseinbussen bei schwerer depressiver Episode. Auch in angepass- ter Tätigkeit sei aufgrund der schweren depressiven Symptomatik aktuell

C-464/2022 Seite 20 keine Leistungsfähigkeit gegeben. Die im kardiologischen Gutachten aus- geführte volle Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätig- keiten sei zum aktuellen Zeitpunkt nicht verwertbar. Falls es im weiteren Verlauf zu einer Verbesserung der aktuell schweren Depression und der Arbeitsfähigkeit kommen sollte, müssten bei der Beurteilung der Arbeitsfä- higkeit auch die muskuloskelettalen Einschränkungen berücksichtigt wer- den. Es empfehle sich bei einer allfälligen neuen Begutachtung daher auch, eine rheumatologische Untersuchung durchzuführen. Die aktuell auf- gehobene Arbeitsfähigkeit gehe auf die psychiatrischen Diagnosen zurück (IV-act. 66 S. 2 bis 8).

E. 3.1.4

In seiner Stellungnahme vom 14. Mai 2020 führte der RAD-Arzt Dr. med. O. _____ zusammengefasst aus, es würden im psychiatrischen Teil diagnostische Instrumente zur Quantifizierung der depressiven Stö- rung herangezogen, der psychopathologische Befund beschränke sich je- doch auf zwei Sätze. Dieser sei damit weder AMDP-konform noch vollstän- dig. Ausführlich im Gegensatz dazu falle die vertiefende Befragung aus. Die nachfolgende medizinische und versicherungsmedizinische Beurtei- lung gebe zunächst die Angaben des Versicherten zur Biografie wieder, um dann auf mehr als einer Seite Angaben zur Epidemiologie von "Double De- pression" und Zusammenhänge von Depression und Myokardinfarkten zu machen. Fragen zum Funktionsniveau des Versicherten und dessen Ar- beitsfähigkeit klärten sich damit nicht. Im Folgenden seien weder die Wi- dersprüche zwischen den Angaben des Versicherten zu seinen Beschwer- den und den erhobenen Befunden gewürdigt noch die begleitenden sozia- len Faktoren diskutiert worden. Es fehle weiterhin eine Auseinanderset- zung mit den sog. "Komplexen ICH-Funktionen", die allenfalls weiterrei- chende Aussagen über die Verfügbarkeit von Ressourcen erlauben könn- ten. Mit den beschriebenen gravierenden Schwächen der Begutachtung falle auch die Beantwortung der Fragen zur Arbeitsfähigkeit unzureichend aus. Es würden weder Angaben zur funktionellen Leistungsfähigkeit ge- macht noch die Angaben zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit begründet (IV- act. 70).

E. 3.1.5

In seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 23. September 2020 stellte PD Dr. med. P. _____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit keine Diagnosen. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine depressive Neurose (ICD-10: F34.1) sowie eine mittelgradige depres- sive Episode (ICD-10: F32.1). Weiter berichtete er, es lägen auch psycho- soziale Belastungsfaktoren vor. Trotz dieser habe sich keine autonomi- sierte und dauerhafte psychische Störung entwickelt. Innerhalb der

C-464/2022 Seite 21 subjektiven Angaben des Versicherten hätten sich keinerlei Hinweise für Inkonsistenzen ergeben. Beim Vergleich derselben mit den objektiven Un- tersuchungsbefunden ergäben sich insofern Inkonsistenzen, als dass sich der Versicherte für vollständig arbeitsunfähig halte, während in der objekti- ven psychiatrischen Beurteilung

keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nachgewiesen werden könne. Ebenso zeige sich eine Inkonsistenz darin, dass der Versicherte mitteilte, regelmässig Agomelatin einzunehmen, was aber durch die veranlasste Plasmaspiegelbestimmung nicht objektivierbar gewesen sei. Aufgrund der zahlreichen Mängel und Inkonsistenzen im Gutachten von Dr. med. L. _____ könne nicht nachvollzogen werden, weshalb eine 0%ige Arbeitsfähigkeit ab dem 1. März 2018 bis auf Weiteres attestiert werde. Es würden hierfür auch nicht im Detail die qualitativen Funktionsfähigkeiten diskutiert. Die depressive Stimmung könne behandelt werden bzw. man habe es mit einer Situation zu tun, in welcher die depressive Störung bis anhin nicht leitlinienorientiert behandelt worden sei, und in welcher keine dauerhafte, chronifizierte und therapieresistente depressive Störung vorliege, so dass unter Würdigung dieser Gesichtspunkte keine relevante Beeinträchtigung der Durchhaltefähigkeit resultiere. Die qualitativen Funktionsfähigkeiten seien beim Versicherten nicht beeinträchtigt. Die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten sei nicht relevant beeinträchtigt und diejenige zur Selbstversorgung sei gegeben. Zusammenfassend lägen beim Versicherten aus psychiatrischer Sicht keinerlei relevanten qualitativen Funktionseinbussen vor, sodass eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für den ersten Arbeitsmarkt bzw. in der bisherigen Tätigkeit und in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit vorliege (IV-act. 83 S. 1 bis 28).

E. 3.1.6

In seiner rheumatologischen Teilexpertise vom 24. September 2020 diagnostizierte Dr. med. Q. _____ mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zur Hauptsache eine koronare 3-Gefäss-Erkrankung, eine rhythmogene Situation sowie ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit/bei Fehlform (Rundrücken) und altersentsprechenden degenerativen Veränderungen und kleiner diskreter rechtsseitiger Diskusprotrusion bis Diskushernie. Weiter stellte er ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit weitere Diagnosen und führte zusammengefasst aus, der Versicherte sei nicht therapiert, weil er dies nicht gewollt habe. Es scheine entweder eine Compliance-Problematik vorzuliegen oder es scheine den Versicherten nicht zu interessieren, was den Beschwerdedruck klar relativiere. Es lägen keine gleichmässigen Einschränkungen des Aktivitätenniveaus aller Lebensbereiche vor. So schildere sich der Versicherte dysfunktional in dem Sinne, als er keine Arbeitsfähigkeit sehe. Schauen Sie sich aber seinen Tagesablauf resp. die Alltagsaktivitäten an, sei klar, dass viele normale Alltagsaktivitäten

C-464/2022 Seite 22 vorliegen würden und der Versicherte diesen auch nachgehe. Die erhobenen Alltagsaktivitäten entsprächen Tätigkeiten auf einem körperlich leichten Niveau, wie dies auch bei einer entsprechenden Berufstätigkeit möglich wäre. Mit den Alltagsaktivitäten, welche der Versicherte durchführe, werde dokumentiert, dass in Bezug auf eine entsprechend adaptierte Tätigkeit normale Ressourcen bestünden. Die bisherige Tätigkeit als Gipser sei aufgrund der kardialen Situation und des Lumbovertebralsyndroms nicht mehr möglich resp. bestehe in dieser Tätigkeit seit dem 5. Februar 2018 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit, welche wechselbelastend und rückschonend sei, bestehe seit Jahren – ausser vom 14. Oktober bis 15. November 2019 – eine "Arbeitsfähigkeit" von 100 % bezogen auf ein Ganztagespensum. Es sei am Rande erwähnt, dass der Versicherte angebe, einen Herzinfarkt erlitten zu haben, was gemäss den Akten nicht der Fall sei. Er zeige hier genauso wie auf seinen Bewegungsapparat bezogen ein katastrophisierendes Verhalten. Berufliche Massnahmen seien nicht indiziert, da er sich für vollständig arbeitsunfähig

erachte. Die von der E. _____ AG, abgegebene Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit (IV-act. 33) sei auch aktuell noch gültig. Es bestünden klare Hinweise für eine Selbstbehinderungsüberzeugung. Es sei klar kommuniziert worden, dass mit jeglichem Erwerbsleben abgeschlossen worden sei (IV-act. 82 S. 1 bis 53).

E. 3.1.7

In der Konsensbeurteilung vom 24. September 2020 führten die Dres. med. Q. _____ und P. _____ nach Wiedergabe der in den Teilgutachten gestellten Diagnosen zusammengefasst aus, die Tätigkeit als Gipser sei dem Versicherten aus somatischer Sicht aufgrund der kardialen Situation und des Lumbovertebralsyndroms nicht mehr möglich resp. liege in dieser Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit, welche zusammengefasst wechselbelastend und rüchenschonend sei, bestehe aus gesamtmedizinischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein Ganztagespensum (IV-act. 82 S. 54 bis 61).

E. 3.1.8

In seinem Bericht vom 1. Oktober 2020 führte Dr. med. G. _____ zusammengefasst aus, bezüglich der Aktenlage, der Anamnese, der subjektiven Beschwerden und den objektivierbaren Beeinträchtigungen werde auf das Gutachten der Dres. med. Q. _____ und P. _____ verwiesen. In Bezug auf die Schmerzangabe und die fehlende medikamentöse Compliance sei eine Stellungnahme zur Prüfung der Ausschlusskriterien und Standardindikatoren erfolgt. Er attestierte dem Versicherten eine 100%ige

C-464/2022 Seite 23 Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ab dem 5. Februar 2018 sowie eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit (ausser für die Zeit vom 14. Oktober bis 15. November 2009 zufolge der kardialen Rehabilitation; IV-act. 85).

E. 3.1.9

In seinem Bericht vom 3. März 2021 brachte der RAD-Psychiater Dr. med. O. _____ insbesondere vor, das Gutachten von Dr. med. L. _____ weise einen psychopathologischen Befund von einem Satz aus. Der weitere Gutachtenstext erfasse die Schilderungen des Versicherten, mutmasse über Zusammenhänge und führe allgemeine Aussagen über Krankheitszusammenhänge ins Feld, ohne die konkrete Bedeutung für den vorliegenden Fall schlüssig zu belegen. Die Behauptung, es liege eine nicht behandelbare "Double Depression" vor, sei unbegründet, insbesondere da sie kaum behandelt worden sei (keine Hospitalisationen, kein Einsatz potenter Psychopharmaka). Die Liste der bisherigen Behandlungen inklusive Medikamente zeige, dass nur ein einziges Antidepressivum eingesetzt worden sei und dass auch sonst keine Behandlungsintensivierung erfolgt sei (Hospitalisation). Damit sei die Behauptung einer leitliniengerechten Behandlung widerlegt. Die Aussage, dass keine Persönlichkeitsstörung vorliege, dürfte die Einschätzungen von PD Dr. med. P. _____ in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit eher stützen als widerlegen im Sinne einer fehlenden Komorbidität. Der Gutachter stütze seine Hypothese der schlechten Behandelbarkeit auf die "Double Depression", ohne diese zu diagnostizieren. Ob es sich bei den Lebensereignissen um "Traumatisierungen" oder "systematische Belastungen" handle, müsse doch sehr bezweifelt werden. Auch die Schilderungen des Versicherten selbst liessen entsprechende Beurteilungen nicht zu. Von eigenen Befunden könne im Gutachten nicht gesprochen werden. Allgemeine Aussagen und Literaturverweise seien nicht geeignet, die Schwere

einer Krankheit zu belegen oder eine Arbeitsfähigkeit abzuschätzen. Der Begriff der "biologischen Elastizität" sei dem psychiatrischen Fachgebiet ebenso fremd wie der Versicherungsmedizin. Bei einem lediglich zwölfseitigen Gutachten, welches ohne psychopathologischen Befund auskomme, keine Objektivierung der beklagten Beschwerden vornehme und auf eine Plausibilisierung wie auch auf eine Standardindikatorenprüfung verzichte, könne nicht von einem beweiskräftigen Dokument gesprochen werden. Aus genau diesem Grund sei schliesslich ein neuer Gutachtersauftrag an PD Dr. med. P._____ formuliert worden (IV-act. 99).

E. 3.1.10

In seiner Stellungnahme vom 26. März 2021 führte der Experte Dr. med. L._____ zusammengefasst aus, leider sei aus nicht mehr

C-464/2022 Seite 24 nachvollziehbaren Gründen die Befunderhebung nur unvollständig im Gutachten wiedergegeben worden. Er lieferte den Befund nach und machte im Anschluss daran geltend, es habe am 6. Februar 2020 eindeutig eine schwere depressive Symptomatik vorgelegen. Im Gutachten von PD Dr. med. P._____ werde unerwähnt gelassen, dass die Psychiaterin Dr. med. I._____ eine rezidivierende depressive Störung mit aktuell schwerer depressiver Episode bescheinige, obwohl der Gutachter von ihrem nun wesentlich ausführlicheren Bericht vom 3. Juli 2020 den richtigen ICD-10: F33.2 zitiere. Dessen Formulierung in der Anamnese wirke zu "geschönt", da er die fehlende Beziehung zum Vater auf der Gefühlsebene bis zum heutigen Tag nicht würdige. In der weiteren Anamnese gebe dieser korrekt an, dass der Versicherte seit 7 Monaten Valdoxan (Agomelatin) einnehme. Er beschreibe auf S. 11 eine Verbesserung der drei depressiven Hauptsymptome durch die Einnahme von Agomelatin seither. Er schätze die Dosierung von 25 mg als niedrig ein, obwohl in den vorliegenden Studien nicht explizit zwischen der Dosis von 25 mg und der Maximaldosis von 50 mg unterschieden werde. Da eine Besserung auszumachen sei, sei eine Steigerung der Dosis nicht explizit empfohlen. Der von PD Dr. med. P._____ geschilderte positive Verlauf könne überwiegend wahrscheinlich auf die Einnahme des ausreichend dosierten Agomelatin zurückgeführt werden. PD Dr. med. P._____ diskutiere an keiner Stelle, dass zwischen den Explorationsdaten eine klinische Verbesserung eingetreten und ein Teil der Differenzen zwischen den Gutachten auch klinisch erklärbar sein könnte. Ganz im Gegenteil unterstelle er dem Versicherten, er weise eine fehlende medikamentöse Compliance auf und stelle damit dessen Validität infrage. Der traumatische Charakter des Verlusterlebnisses werde von PD Dr. med. P._____ nicht als Trauma gewürdigt. In seinen Beschreibungen verwende er obsoleete Begriffe wie "depressive Neurose", die im ICD-10 längst verlassen worden seien. Er kritisiere ausführlich, dass das von Dr. L._____ verfasste Gutachten auf rein subjektiven Angaben des Versicherten beruhen würde. Die psychodynamischen und abschliessenden Überlegungen im Gutachten von PD Dr. med. P._____ beruhten jedoch gleichermassen auf den subjektiven Angaben des Versicherten und in der Folge auf den gutachterlichen Interpretationen und subjektiven Einschätzungen. Unter Ausklammerung der wissenschaftlichen Erkenntnisse und psychosomatischen Zusammenhänge komme er trotz der von ihm geschilderten massiven Belastungen in der Kindheit zum Schluss, dass die mittelgradige depressive Symptomatik beim Versicherten keinerlei Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Dabei würdige er die existentielle Angst, die der Versicherte in Bezug auf seine Herzerkrankung habe, und die

C-464/2022 Seite 25 körperlichen Schmerzen in keiner Weise, obwohl beide Aspekte ständig die depressive Symptomatik triggern würden (IV-act. 104).

E. 3.1.11

PD Dr. med. P. _____ führte in seinem Bericht vom 5. Juli 2021 zusammengefasst aus, Dr. med. L. _____ habe seine vollständige Befunderhebung vom 6. Februar 2020 nachgeliefert. Dabei zeige sich, dass objektive Untersuchungsbefunde vermischt mit subjektiven Beschwerdeangaben aufgeführt würden. Man stelle insgesamt fest, dass die eigentliche Grundstimmung aus objektiver Sicht nirgends beschrieben werde, so dass aus diesem vollständigen Befund ebenfalls nicht hervorgehe, dass eine schwere depressive Grundstimmung vorgelegen haben soll. Wenn Dr. med. L. _____ sodann zusammenfasse, dass "also eindeutig eine schwere depressive Symptomatik vorlag", so müsse festgehalten werden, dass diese schwere depressive Symptomatik bzw. die schwere depressive Episode aus objektiver Sicht keineswegs eindeutig vorliege, zumal die schwere depressive Grundstimmung nicht beschrieben werde. Es würden die drei Hauptsymptome für eine schwere depressive Episode korrekt aufgeführt. Aus den Formulierungen von Dr. med. L. _____ gehe klar hervor, dass es sich hierbei ausschliesslich um subjektive Beschwerdeangaben des Versicherten und nicht etwa um objektive Untersuchungsbefunde handle. Weshalb die anamnestischen Formulierungen von PD Dr. med. P. _____ "geschönt" sein sollten, lasse sich nicht nachvollziehen und suggeriere, dass er hier bewusst Informationen nicht erwähnt habe. Solche Formulierungen gehörten sich nicht in einer fachlichen und sachlichen Auseinandersetzung. Dasselbe gelte für die Bemerkung von Dr. med. L. _____, dass eine Beschreibung der gesundheitlichen Verfassung des Versicherten in seinen frühen Lebensjahren "suggestibel" erscheine. Dr. med. L. _____ schliesse aus seiner Formulierung, dass er die psychische und somatische Gesundheit in einen Topf werfe, was ebenfalls eine nicht sonderlich berufskollegiale Formulierung darstelle und auch nicht den Tatsachen entspreche. Er habe eine Non-Compliance beschrieben und formuliert, dass der Versicherte Agomelatin nicht einnehme, und möchte darauf hinweisen, dass die Non-Compliance nicht alleinige und bei weitem nicht der entscheidende Grund gewesen sei, weshalb er keine schwere depressive Episode diagnostiziert habe, sondern dass hierfür bspw. der objektive Psychostatus von Relevanz gewesen sei. Sodann gehe Dr. med. L. _____ auf die Hamilton-Depressionsskala ein und teile mit, dass es sich hierbei doch auch um Fremdbeurteilungen handle. Hier müsse nochmals hervorgehoben werden, dass sämtliche psychometrischen Depressionsskalen zur Hauptsache, wenn auch nicht ausschliesslich, subjektive Beschwerdeangaben eines Patienten erfassen und nicht objektive

C-464/2022 Seite 26 Untersuchungsbefunde. Wenn er schreibe, dass bei vielen Fragen die Fremdbeurteilung stark miteinfliesse, so sei dies keine korrekte Feststellung. Es scheine Dr. med. L. _____ entgangen zu sein, dass die depressive Neurose als dazugehöriger Begriff für die Dysthymia gemäss ICD-10: F34.1 weiterhin aufgeführt werde. Ganz abgesehen davon sei es fragwürdig, ein psychostrukturelles Konzept, wie es die Neurosenlehre darstelle, als "obsolet" zu bezeichnen. Dass er, PD Dr. med. P. _____, sich in seinen psychodynamischen und abschliessenden Überlegungen auf subjektive Angaben des Versicherten abgestützt habe, sei teilweise korrekt. Dr. med. L. _____ kritisiere sodann, dass er sich zu wenig mit seiner umfangreich zitierten wissenschaftlichen Literatur zu vaskulären kardialen Ereignissen im Zusammenhang mit depressiven Entwicklungen auseinandergesetzt habe. Es stelle sich die Frage, inwiefern

diese Dimension die Bedeutung insbesondere der psychostrukturellen Diskussion und der Diskussion der qualitativen Funktionsfähigkeiten überwiegen sollte (IV-act. 111).

E. 3.1.12

In seiner Stellungnahme vom 23. Juli 2021 zog der RAD-Arzt Dr. med. O._____ das folgende Fazit: Aus den Einwendungen von Dr. med. L._____ zu der Kritik von PD Dr. med. P._____ an dessen Gutachten ergäben sich keine neuen Aspekte, die eine veränderte Sicht und Einschätzung bezüglich des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten erlauben würden. Die Diskussion um die Diagnosen seien aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht zielführend, da die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht primär durch das Vorliegen einer Diagnose erfolge. Das Gutachten von PD Dr. med. P._____ sei insbesondere in Bezug auf die objektiven Befunde, den Vergleich von Funktionsniveaus wie auch in Bezug auf die Frage nach allfälligen (und hier nicht gegebenen) Komorbiditäten vollständig. Die gezogenen Schlüsse für die Arbeitsfähigkeit seien nachvollziehbar. Es sei zu empfehlen, an den bisherigen Einschätzungen festzuhalten (IV-act. 113).

E. 3.1.13

Mit Datum vom 28. Juli 2021 verwies der RAD-Arzt Dr. med. G._____ auf die Stellungnahmen von PD Dr. med. P._____ und Dr. med. O._____ vom RAD vom 23. Juli 2021. Er gab die Empfehlung ab, an der bisherigen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit festzuhalten (IV-act. 114).

E. 3.1.14

hiervor) – an ein voll beweiskräftiges Gutachten nicht erfüllt worden sind. Unter diesem Aspekt erübrigen sich Weiterungen zu den Ausführungen des Beschwerdeführers, wonach der traumatische Charakter des

C-464/2022 Seite 41 Verlusterlebnisses vom Gutachter PD Dr. med. P._____ fälschlicherweise nicht als Trauma gewürdigt, sondern unter den Begriff der depressiven Neurose subsumiert werde (eine Diagnose, die es gemäss ICD-10 längst nicht mehr gebe). Nebst der im Rahmen der Würdigung der Standardindikatoren angebrachten Kritik führen darüber hinaus insbesondere auch die nachfolgenden Erwägungen zu diesem Schluss.

E. 3.2

Nachfolgend ist in einem ersten Schritt zu prüfen, ob die interdisziplinäre Expertise der Dres. L._____, M._____ und N._____ samt Konsensbeurteilung – unter Berücksichtigung der ergänzenden Stellungnahme von Dr. med. L._____ vom 26. März 2021 (IV-act. 104) – die bundesgerichtlichen Anforderungen an eine voll beweiskräftige Expertise erfüllt.

E. 3.2.1

Die kardiologische Teilexpertise der Dres. med. M._____ und N._____ vom 21. Februar 2020 leidet an einem Widerspruch hinsichtlich der zumutbaren Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Gipser resp. der zumutbaren Leistungsfähigkeit in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit. Unter dem Titel "Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf" sahen die Gutachter die Möglichkeit zur Ausübung leichter bis mittelschwerer körperlicher Arbeiten mit Einschränkungen (grosse Kälte, starke Hitze oder Temperaturschwankungen) während einer täglichen Beschäftigungsdauer von – reduziert –

drei bis sechs Stunden. Unter dem Titel "Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten" fügten sie hinzu, dass der Beschwerdeführer für solche Tätigkeiten mit leichten bis mittelschweren Belastungen zu 100 % arbeitsfähig sei. Diese Diskrepanz in der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist nicht schlüssig nachvollziehbar, gingen die Gutachter doch sowohl hinsichtlich der angestammten Arbeit als Gipsler als auch einer leidensangepassten Verweistätigkeit von leichten bis mittelschweren körperlichen Arbeiten aus, jedoch mit unterschiedlich zumutbaren Rendements (3 bis 6 Stunden in der angestammten resp. 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Verweistätigkeit). Bereits aus diesem Grunde weist sich der medizinische Sachverhalt in kardiologischer Hinsicht als nicht rechtsgenügend abgeklärt.

E. 3.2.2.1

Wie es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt, ist auch der seitenmässige Umfang eines Gutachtens alleine nicht entscheidend, sondern vielmehr, ob dieses inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist

C-464/2022 Seite 28 (vgl. Urteil des BGer 8C_695/2015 vom 19. November 2015 E. 3.4; vgl. hierzu auch SVR 2021 IV Nr. 12 S. 34 E. 3.2.3.2, 2019 IV Nr. 85 S. 280 E. 6, 2017 IV Nr. 75 S. 232 E. 4.3). Unter diesem Aspekt könnte allenfalls auch eine lediglich 12 Seiten umfassende Expertise (vgl. hierzu E. 3.1.9 hiervor) voll beweiskräftig sein. In Bezug auf die psychiatrische Teilexpertise von Dr. med. L. _____ ist im Rahmen der entsprechenden Beweiswürdigung weiter darauf hinzuweisen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater bzw. der begutachtenden Psychiaterin daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern lege artis vorgegangen worden ist (vgl. Urteile des BGer 8C_28/2021 vom 9. April 2021 E. 4.2; 8C_720/2020 vom 8. Januar 2021 E. 4.2; 8C_107/2020 vom 17. April 2020 E. 4.1.3; je mit Hinweisen). Dem Bundesverwaltungsgericht steht analog den kantonalen Versicherungsgerichten zudem als Sachgericht im Bereich der Beweiswürdigung ein erheblicher Ermessensspielraum zu (vgl. BGE 120 Ia 31 E. 4b; Urteil des BGer 8C_28/2021 vom 9. April 2021 E. 4.2 mit Hinweis).

E. 3.2.2.2

Weiter ist darauf hinzuweisen, dass weder Gesetz noch Rechtsprechung den Psychiatern eine Begutachtung nach den entsprechenden Leitlinien vorschreiben. Leitlinien, namentlich diejenigen der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) und der Generalversammlung der Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen (SVNP), stellen grundsätzlich eine Orientierungshilfe für die gutachtenden Fachpersonen dar und sollen die Gutachtenspraxis im Hinblick auf die normativ massgeblichen Gesichtspunkte konkretisierend anleiten. Insofern verliert ein Gutachten nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an die entsprechenden Leitlinien anlehnt (vgl. Urteile des BGer 8C_270/2019 vom 5. September 2019 E. 4.1.2, 8C_778/2018 vom 20. März 2019 E. 8.1.2, 9C_273/2018 vom 28. Juni 2018 E. 5.4 und 8C_734/2016 vom 12. Juli 2017 E. 3.9, je mit Hinweisen).

E. 3.2.2.3

Der RAD-Psychiater Dr. med. O. _____ vertrat am 3. März 2021 die Ansicht, das eingesetzte Testverfahren (BDI) sei ein Selbstbeurteilungs-Fragebogen, welcher kaum dazu geeignet sei, beklagte Beschwerden im versicherungsmedizinischen Kontext zu objektivieren, und das andere (HAMD-21) sei ein Instrument zur Bestimmung des Behandlungsverlaufs depressiver Störungen und kein diagnostisches Werkzeug. Hinsichtlich dieser Ausführungen sowie der diesbezüglichen Stellungnahme von Dr. med. L. _____ vom 26. März 2021, wonach die geäusserten Zweifel

C-464/2022 Seite 29 an dem seit über 30 Jahren etablierten "Hamilton Rating Scale of Depression"-Fremdbeurteilungsfragebogen als Fremdbeurteilungsinstrument nicht berechtigt seien, da insbesondere die Items 7 bis 9 und 17 völlig auf Fremdbeurteilung beruhten und bei vielen anderen die Fremdbeurteilung mit einflüsse, ist festzuhalten, dass einem testmässigen Erfassen der Psychopathologien im Rahmen der psychiatrischen Exploration nur ergänzende Funktion beigemessen werden kann, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend ist. Entscheidend ist, dass das Gutachten gesamtthaft gesehen nachvollziehbar begründet und überzeugend ist (vgl. Urteil des BGer 8C_466/2017 vom 9. November 2017 E. 5.1 mit Hinweisen), was nachfolgend – ohne weiter auf die im Zusammenhang mit den Testverfahren gemachten Ausführungen der Dres. med. O. _____ und L. _____ einzugehen – zu prüfen ist.

E. 3.2.2.4

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

C-464/2022 Seite 30 Erwerbsfähigkeit voraus. Dabei können – insbesondere unklaren Beschwerdebildern inhärente – Abklärungs- und Beweisschwierigkeiten die Berücksichtigung weiterer Lebens- und Aktivitätsbereiche wie etwa Freizeitverhalten oder familiäres Engagement erfordern, um das Ausmass der Einschränkungen zu plausibilisieren, wobei

auch fremdanamnestic Angaben zu berücksichtigen sind. Ohne Einbezug solcher Indizien, wie sie im Rahmen der festen Praxis zu den organisch nicht nachweisbaren unklaren Beschwerdebildern (BGE 141 V 281 E. 4.4.1) regelmässig zu berücksichtigen sind, ist eine ärztliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht beweiskräftig (BGE 140 V 290 E. 3.3.2). In den konsistenten Nachweis einer gestörten Aktivität und Partizipation einzubeziehen sind nur funktionelle Ausfälle, die sich aus denjenigen Befunden ergeben, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend gewesen sind. Die Einschränkung in den Alltagsfunktionen, welche begrifflich zu einer *lege artis* gestellten Diagnose gehört, wird mit den Anforderungen des Arbeitslebens abgeglichen und anhand von Schweregrad- und Konsistenzkriterien in eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit umgesetzt. Auf diesem Weg können geltend gemachte Funktionseinschränkungen über eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung bestätigt oder verworfen werden (BGE 141 V 281 E. 2.1.2). Rechtsprechungsgemäss wird mit einer Indikatorenprüfung eine im Rahmen einer psychiatrischen Diagnose attestierte Arbeitsunfähigkeit validiert (vgl. hierzu Urteil des BGer 8C_629/2019 vom 8. November 2019 E. 4.2.4 mit Hinweis). Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kann aus Gründen der Verhältnismässigkeit dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Daher bleibt es entbehrlich, wenn im Rahmen beweismässiger fachärztlicher Berichte (vgl. hierzu BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 418 E. 7.1). Namentlich in Fällen, in welchem von einer leichtgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.00) auszugehen ist, bedarf es in aller Regel keiner Weiterungen in Form eines strukturierten Beweisverfahrens. Voraussetzung für einen solchen Verzicht ist allerdings, dass die leichte depressive Störung nicht schon als chronifiziert gelten kann und darüber hinaus nicht mit Komorbiditäten einhergeht (vgl. hierzu BGE 143 V 409 E. 4.5.3; Urteil des BGer 8C_241/2018 vom 25. September 2018 E. 7.5.1).

C-464/2022 Seite 31 Es ist durch das Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben. Dazu ist erforderlich, dass die Sachverständigen den Bogen schlagen zum vorausgehenden medizinisch-psychiatrischen Gutachtensteil (mit Aktenauszug, Anamnese, Befunden, Diagnosen usw.), d.h. sie haben im Einzelnen Bezug zu nehmen auf die in ihre Kompetenz fallenden erhobenen medizinisch-psychiatrischen Ergebnisse fachgerechter klinischer Prüfung und Exploration. Ärztlicherseits ist also substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmäln vermögen. Am Beispiel rezidivierender depressiver Entwicklungen leichten bis mittleren Grades veranschaulicht, die in der IV-rechtlichen Invaliditätsprüfung sehr oft im Vordergrund stehen, bedeutet dies: Es genügt nicht, dass der medizinisch-psychiatrische Sachverständige vom diagnostizierten depressiven Geschehen direkt auf eine Arbeitsunfähigkeit, welchen Grades auch immer, schliesst; vielmehr hat er darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde (Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Antriebsschwäche, Müdigkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, verminderte Anpassungsfähigkeit usw.) die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar – zu Vergleichs-

Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken – unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenan- sprechenden Person. Kommen die Experten dieser Aufgabe unter Berück- sichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeu- gend nach, wird die medizinisch-psychiatrische Folgenabschätzung auch aus der juristischen Sicht des Bundesverwaltungsgerichts Bestand haben. Andernfalls liegt ein triftiger Grund vor, der rechtlich ein Abweichen davon gebietet (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.3).

E. 3.2.2.5

Zufolge der von Dr. med. L._____ diagnostizierten rezidivieren- den depressiven Störung, derzeit schwere Episode (ICD-10: F33.2), sowie der Dysthymie (ICD-10: F34.1) sind, wie vorstehend dargelegt (vgl. 3.2.2.4 hiervor), für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen von psychi- schen Erkrankungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Be- rücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen. Ausgangs- punkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet dabei eine psychi- atrische, lege artis gestellte Diagnose.

C-464/2022 Seite 32

E. 3.2.2.6

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass der Experte Dr. med. L._____ nicht bestritten hatte, die Befunderhebung in seiner psychiatrischen Teilex- pertise nur unvollständig wiedergegeben zu haben (vgl. E. 3.1.10 hiervor). Trotz Nachreichung dieses vollständigen Befundes am 26. März 2021 (IV- act. 104) kann dennoch nicht von einem voll beweiskräftigen Teilgutachten ausgegangen werden, wie nachfolgend aufzuzeigen ist. Unter diesen As- pekten erübrigen sich vertiefte Weiterungen zu den von PD Dr. med. P._____ am 5. Juli 2021 gemachten Ausführungen, wonach objektive Untersuchungsbefunde vermischt mit subjektiven Beschwerdeangaben aufgeführt worden seien. Dennoch ist darauf hinzuweisen, dass in einem Befund als Ergebnis von medizinischen Untersuchungen durchaus auch subjektive Angaben nach einer Exploration durch gutachterliche Eindrücke bestätigt und erwähnt werden (vgl. hierzu Leitlinien für die Begutachtung psychiatrischer und psychosomatischer Störungen in der Versicherungs- medizin der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychothe- rapie SGPP vom 16. Juni 2016 [3. Auflage] S. 10 ff.; abrufbar unter www.sgvp.ch > Leitlinien; zuletzt besucht am 13. September 2024).

E. 3.2.2.7

Zufolge der Nachreichung des vollständigen Befundes am 26. März 2021 (IV-act. 104) kann davon ausgegangen werden, dass Dr. med. L._____ die Befunde einem bestimmten Krankheitsbild zugeordnet hatte. Mit Blick auf die Kategorie "funktioneller Schweregrad" mit dem Kom- plex "Gesundheitsschädigung" (Ausprägung der diagnoserelevanten Be- funde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resis- tenz; Komorbiditäten) leidet der Beschwerdeführer gemäss dem Experten Dr. med. L._____ demnach mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit schwere Episode (ICD- 10: F33.2), sowie an einer Dysthymie (ICD-10: F34.1). Unter diesem As- pekt ist von einer Komorbidität auszugehen, und es ist darauf hinzuweisen, dass laut BGE 143 V 418 Störungen unabhängig von ihrer Diagnose be- reits

dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung zukommt (E. 8.1, Präzisierung der Rechtsprechung; vgl. Urteil des BGer 8C_604/2017 vom

E. 3.2.2.8

Mit Blick auf die Kategorie "funktioneller Schweregrad" mit dem Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) berichtete Dr. med. L. _____, es bestünden Einschränkungen in der Durchhaltefähigkeit, der allgemeinen Leistungsfähigkeit, der Gruppenfähigkeit, der Umstellungsfähigkeit und der Stresstoleranz sowie ein geminderter Antrieb. Bei nachlassender biologischer Elastizität und nun somatischer Erkrankung mit wahrscheinlich ausgeprägter vaskulärer Komponente der Depression fehlten ihm die Ressourcen, die Summe seiner verdrängten Schicksalsschläge zu kompensieren. Dieser Einschätzung kann aufgrund weiterer Ausführungen von Dr. med. L. _____ nicht uneingeschränkt gefolgt werden. Einerseits machte er für den Fall, dass eine Depression im Zusammenhang mit einer vaskulären Erkrankung auftritt, eine Reihe von bloss theoretischen, nicht jedoch einzelfallgerechten Ausführungen. Hinzu kommt, dass der Versicherte entgegen seinen Ausführungen gemäss den kardiologischen Experten keinen Herzinfarkt erlitten hatte (vgl. E. 3.1.1 und 3.1.6 hiervor). Andererseits ist der Versicherte offenbar noch im Stande, Auto zu fahren, wobei die von ihm genannten Schwierigkeiten (Licht anschalten oder dergleichen) auch völlig gesunde Strassenverkehrsteilnehmer treffen können. Auch kann er seine Einkäufe selbstständig erledigen, und die von ihm diesbezüglich geltend gemachten Einschränkungen sind nicht primär auf seine psychische Gesundheit zurückzuführen. Mit Blick auf diese Aspekte sowie aufgrund der Umstände, dass er die Zeit am Vormittag am liebsten am Computer und am Nachmittag und am Abend bis 22.00 Uhr oder 23.00 Uhr vor dem TV verbringt, ist noch immer von gewissen Ressourcen auszugehen, und der Tagesablauf relativiert das vom Beschwerdeführer erlebte und von Dr. med. L. _____ bestätigte, völlige Erlöschen seiner Leistungs- und Belastungsfähigkeit. Da die Persönlichkeitsdiagnostik mehr als andere (z.B. symptom- und verhaltensbezogene) Indikatoren untersucherabhängig ist, bestehen hier besonders hohe Begründungsanforderungen, welche

C-464/2022 Seite 34 Dr. med. L. _____ nicht zu erfüllen vermochte. Insbesondere findet sich keine rechtsgenügende Auseinandersetzung mit den "komplexen Ich-Funktionen", welche in der Persönlichkeit angelegte Fähigkeiten bezeichnen, die Rückschlüsse auf das Leistungsvermögen zulassen (unter anderem Selbst- und Fremdwahrnehmung, Realitätsprüfung und Urteilsbildung, Affektsteuerung und Impulskontrolle sowie Intentionalität [Fähigkeit, sich auf einen Gegenstand zu beziehen] und Antrieb; (vgl. hierzu BGE 141 V 281 E. 4.3.2 mit Hinweisen).

E. 3.2.2.9

Mit Blick auf die Kategorie "funktioneller Schweregrad" mit dem Komplex "sozialer Kontext" ergibt sich mit Blick auf die Ausführungen von Dr. med. L. _____, dass der Versicherte mit seinem Bruder, mit dem er sich sehr gut verstehe und der nur 1 km entfernt wohne, derzeit keinen Kontakt habe, weil er einfach niemanden sehen wolle. Das Liebesleben habe insgesamt in den letzten Jahren sehr gelitten, und dieses finde nur noch selten statt. Er sei von einem Freund zum Explorationstermin gefahren worden. Unter diesen Aspekten ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer zwar wenige, aber

dennoch gewisse Kontakte hat und diese auch pflegt. Indem er auch von seiner Ehefrau über das Finanzielle hinaus unterstützt wird, hält auch der Lebenskontext (mobilisierbare) Ressourcen bereit (vgl. hierzu BGE 141 V 281 E. 4.3.3 mit Hinweis). Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die von Dr. med. L._____ erwähnte soziale Belastung in Form der schlechten finanziellen Situation ausgeklammert zu bleiben hat, soweit sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen sollte (vgl. hierzu BGE 127 V 294 E. 5a). Aufgrund der Ausführungen von Dr. med. L._____ ist letztlich jedoch nicht rechtsgenügend sichergestellt, ob die gesundheitlich bedingte Arbeits- und Leistungsunfähigkeit und die nicht versicherte Erwerbslosigkeit (zumindest teilweise) ineinander aufgehen oder nicht (vgl. hierzu BGE 141 V 281 E. 4.3.3 mit Hinweisen).

E. 3.2.2.10

Hinsichtlich der Kategorie "Konsistenz" mit dem Faktor "gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" ergibt sich weiter, dass der Experte Dr. med. L._____ keine Hinweise für eine Beschwerdeverdeutlichungstendenz, eine Aggravation oder eine Simulation gefunden hatte, was aufgrund seiner diesbezüglichen Ausführungen nachvollziehbar ist. Jedoch ist die vom Gutachter Dr. med. L._____ attestierte vollständige Arbeits- und Leistungsunfähigkeit im Vergleich zum beschriebenen Tagesablauf nicht in gleich hohem Ausmass ausgeprägt (vgl. hierzu E. 3.2.2.8). Letztlich ist jedoch mangels entsprechender rechtsgenügender Ausführungen zu den sonstigen Lebensbereichen des Beschwerdeführers im Gesundheitsfall (bspw.

C-464/2022 Seite 35 Freizeitgestaltung) nicht rechtsgenügend erstellt, ob das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers im gleichen Verhältnis zur geltend gemachten und gutachterlich attestierten vollständigen Arbeits- und Leistungsunfähigkeit steht (vgl. hierzu Urteile des BGer 9C_148/2012 vom 17. September 2012 E. 2.2.4, in: SVR 2013 IV Nr. 6 S. 13; 9C_785/2013 vom 4. Dezember 2013 E. 3.2).

E. 3.2.2.11

Betreffend die Kategorie "Konsistenz" mit dem Faktor "behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck" weist der Umstand, dass sich der Beschwerdeführer bisher keiner stationären psychiatrischen Behandlung unterzogen hatte, nicht auf einen grossen Leidensdruck hin. Der Umstand, dass er sich in regelmässiger psychiatrischer Behandlung befindet, vermag unter diesem Blickwinkel nichts zu ändern. Es ist jedoch festzustellen, dass er das Medikament Agomelatin regelmässig einnimmt und sich dadurch sein Gesundheitszustand im Zeitraum zwischen der Erstellung des Gutachtens von Dr. med. L._____ und desjenigen von PD Dr. med. P._____ möglicherweise verbessert hatte (vgl. hierzu ausführlich E. 3.3.3 ff. hiernach).

E. 3.2.2.12

Zusammenfassend ergibt sich, dass in einer Gesamtwürdigung der massgebenden Standardindikatoren die Einschätzung durch Dr. med. L._____ mit Blick auf die weiterhin vorhandenen persönlichen Ressourcen und die Therapieoptionen insofern zu beanstanden ist, als nicht in schlüssiger Art und Weise von einer vollständigen Arbeits- und Leistungsunfähigkeit ausgegangen werden kann. Seine Teilexpertise ist unter diesem Aspekt nicht lege artis erstellt worden, und die Anforderungen an ein vollbeweiskräftiges Gutachten sind demnach nicht erfüllt.

E. 3.2.3

Nach dem vorstehend Dargelegten ergibt sich als Zwischenergebnis, dass die bidisziplinäre Expertise – bestehend aus dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. L. _____ vom 6. Februar 2020 (Untersuchungsdatum) und dem kardiologischen Teilgutachten der Dres. med. M. _____ und N. _____ vom 21. Februar 2020 sowie der Konsensbeurteilung vom 27. März 2020 – die bundesgerichtlichen Anforderungen an eine voll beweiskräftige Expertise auch unter Berücksichtigung der ergänzenden Stellungnahme von Dr. med. L. _____ vom 26. März 2021 nicht zu erfüllen vermag. Unter diesen Umständen resp. zufolge unzureichender Gutachtensqualität und somit mangelnder Verwertbarkeit war die Einholung des Zweitgutachtens bei den Dres. med. Q. _____ und P. _____ mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers durchaus angebracht (vgl. hierzu Urteil des

C-464/2022 Seite 36 BGer 8C_558/2017 vom 1. Februar 2018 E. 3.2 mit Hinweisen).

Daraus resp. aus dem in medizinischer Hinsicht durch das Gutachten von Dr. med. L. _____ nicht hinreichend abgeklärten Sachverhalt folgt, dass die zweite Begutachtung entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht bloss als unzulässige Einholung einer "second opinion" zu qualifizieren ist (vgl. hierzu BGE 136 V 156 E. 3.3 mit Hinweisen).

E. 3.3

Nachfolgend ist in einem weiteren Schritt zu prüfen, ob die bidisziplinäre Expertise – bestehend aus der psychiatrischen Teilexpertise von PD Dr. med. P. _____ vom 23. September 2020, dem rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. Q. _____ vom 24. September 2020 sowie der Konsensbeurteilung vom 24. September 2020 – die bundesgerichtlichen Anforderungen an eine voll beweiskräftige Expertise erfüllt.

E. 3.3.1

Das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. Q. _____ ist – für sich alleine betrachtet – für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen sind begründet. Überdies steht sie mit der Konsensbeurteilung in Übereinstimmung. Das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. Q. _____ erfüllt somit in rein somatischer Hinsicht die bundesgerichtlichen Anforderungen an eine voll beweiskräftige Expertise. Damit kann es jedoch nicht sein Bewenden haben.

E. 3.3.2.1

Hinsichtlich des psychiatrischen Teilgutachtens von PD Dr. med. P. _____ ist eingangs darauf hinzuweisen, dass dieser Experte ebenfalls einen gewissen Spielraum hatte, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern er lege artis vorgegangen war (vgl. E. 3.2.2.1 hiervor). Dabei schrieb ihm weder das Gesetz noch die Rechtsprechung eine Begutachtung nach den entsprechenden Leitlinien vor (vgl. E. 3.2.2.2 hiervor). Da dem testmässigen Erfassen der Psychopathologien im Rahmen der psychiatrischen Exploration nur ergänzende Funktion beigemessen werden kann und entscheidend ist, dass das Gutachten gesamthaft gesehen nachvollziehbar begründet und überzeugend ist, ist betreffend die Ausführungen von PD Dr. med. P. _____ zu den Testverfahren zu

bemerken,

C-464/2022 Seite 37 dass auf eine Diskussion der Kritik an solchen Verfahren aufgrund der nachfolgenden Aussagen verzichtet werden kann (vgl. E. 3.2.2.3 hiervoor).

E. 3.3.2.2

Mit Blick auf die Beachtlichkeit von systematisierten Indikatoren für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.2.2.4 hiervoor) resp. die Kategorie "funktioneller Schweregrad" mit dem Komplex "Gesundheitsschädigung" (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten) leidet der Beschwerdeführer gemäss dem Experten PD Dr. med. P. _____ an einer depressiven Neurose (ICD-10: F34.1) sowie einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1), wobei diesen Leiden kein Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit beigemessen worden ist. Entgegen der Auffassung von Dr. med. L. _____ (vgl. E. 3.2.2.7 hiervoor) mass PD Dr. med. P. _____ der Komorbidität keine rechtliche Bedeutsamkeit zu. Zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde brachte PD Dr. med. P. _____ vor, eine schwere depressive Symptomformation liege mit Sicherheit nicht vor, zumal die innerpsychische Vitalität aus objektiver Sicht mit Sicherheit nicht schwer beeinträchtigt sei, da der Versicherte bspw. einzelnen Haushaltstätigkeiten nachgehen und regelmässige Kontakte innerhalb seiner Familie aufrechterhalten könne und auch über eine aktive Sexualität berichte. Es handle sich bei dieser depressiven Störung nicht um eine dauerhafte, chronifizierte und therapieresistente Affektpathologie, zumal sie einerseits noch nicht optimal behandelt worden sei und andererseits auch deutliche psychosoziale Faktoren eine Rolle dafür spielten, dass sich der Versicherte depressiv erlebe. Schliesslich berichtete PD Dr. med. P. _____ zum Behandlungs- und Eingliederungserfolg, es falle auf, dass bei einer durch Dr. med. I. _____ als schwere Depression beschriebenen Affektpathologie lediglich eine niedrigdosierte antidepressive Medikation mit Agomelatin 25 mg verordnet werde. Beim Vorliegen einer schweren oder mittelgradigen Depression bestünden zahlreiche Optionen, die antidepressive Medikation zu optimieren. Der Versicherte nehme jedoch Agomelatin nicht ein, obwohl er beteuert habe, dieses regelmässig einzunehmen. Es bestehe also keine medikamentöse Compliance, was die Validität der subjektiven Angaben des Versicherten zu seiner depressiven Symptomformation etwas schmälern könnte. Berufliche Massnahmen seien nicht zu diskutieren, zumal unter Einleitung einer leitlinienorientierten psychopharmakologischen Medikation keinerlei qualitativen Funktionseinbussen mehr auszumachen sein würden.

C-464/2022 Seite 38

E. 3.3.2.3

3.3.2.3.1 Mit Blick auf die Kategorie "funktioneller Schweregrad" mit dem Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) berichtete PD Dr. med. P. _____, aufgrund der diversen Beurteilungsdimensionen seien die Kardinaldefinition für eine Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt. Dennoch sei die innerpsychische Struktur nicht vollständig bland. Aufgrund der früher emotionalen Entbehrungen und des frühen Verlustes der Mutter habe sich beim Versicherten eine klassische depressiv-neurotische Störung entwickelt. Der Versicherte habe im Januar 2015 einen Myokardinfarkt erlitten, den er depressiv und im Übrigen auch ängstlich fehlverarbeitet habe. Er habe seither eine depressive Symptomatik entwickelt. Der Versicherte erlebe sich in seiner Grundstimmung als niedergeschlagen. Er erlebe seinen

inneren Antrieb als vermindert und erlebe eine Tagesmüdigkeit sowie eine häufige Freud-, In-teresse- und Lustlosigkeit, so dass er mit diesen subjektiven Beschwerde-angaben die Eingangskriterien bzw. die sog. B-Kriterien gemäss ICD-10 für eine depressive Episode erfülle. In den spezifischen objektiven Parametern, die sehr gut die innerpsychische Vitalität objektiv abzubilden vermöchten, und zu welchen grundsätzlich das äussere Erscheinungsbild, die Psycho- und Sprachmotorik, die Mimik und Gestik, das Denktempo, kognitive Leistungen, Affektverarmung sowie affektive Schwingungsfähigkeit gehörten, zeigten sich ebenfalls keine schwer pathologisch ausgelenkten Befunde. Man könne aufgrund dieser objektiven Befunde eine depressive Symptomfunktion von maximal mittelgradigem Ausmass feststellen, sodass diese objektiven Untersuchungsbefunde mit den subjektiven Beschwerdeangaben des Versicherten in einer guten Konsistenz vorliegen würden. Die Fähigkeit, sich an Regeln und Routinen anzupassen, sei beim Versicherten nicht beeinträchtigt. Auch ergäben sich keinerlei Hinweise für Beeinträchtigungen in der Urteils- und Entscheidungsfähigkeit, in der Flexibilität und in der Umstellungsfähigkeit. Die Fähigkeit, Aufgaben zu planen und zu strukturieren, sei aus objektiv-psychiatrischer Sicht ebenfalls nicht beeinträchtigt. Die Durchhaltefähigkeit sei aktuell im Rahmen der mittelgradigen Depression aufgrund einer subjektiv erlebten Antriebsminderung mittelgradig beeinträchtigt. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei im Rahmen der zugrundeliegenden depressiven Episode selbstverständlich nicht vollständig unbeeinträchtigt. Eine relevante, erhebliche Beeinträchtigung liege aber nicht vor. 3.3.2.3.2 PD Dr. med. P._____ äusserte sich zwar explizit zum Antrieb des Versicherten und zu dessen Wahrnehmung (Intentionalität) sowie zur

C-464/2022 Seite 39 Affektverarmung im Rahmen einer Aufzählung. Indem PD Dr. med. P._____ darüber hinaus ausgeführt hatte, die objektiven Untersuchungsbefunde lägen mit den subjektiven Beschwerdeangaben des Versicherten in einer guten Konsistenz vor, kann davon ausgegangen werden, dass er zumindest implizit zur Selbst- und Fremdwahrnehmung Stellung bezogen hat. Dies reicht jedoch nicht aus, um von einer detaillierten und somit rechtsgenügenden Diskussion der „komplexen Ich-Funktionen“ auszugehen. So fehlen verständliche und ohne Interpretationsspielraum vorgenommene Ausführungen zur Realitätsprüfung und Urteilsbildung resp. ob der Beschwerdeführer tatsächlich und unmissverständlich über Erkenntnis-, Wertungs-, Willensbildungs- und Willenshandlungsfähigkeit verfügt. Schliesslich äusserte sich PD Dr. med. P._____ auch nicht explizit und umfassend zur Affektsteuerung und Impulskontrolle (vgl. hierzu die entsprechenden detaillierten Ausführungen eines Gutachters, wiedergegeben im Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV.2018.00584 vom 26. September 2019 E. 2.2 und 4.3, bestätigt vom BGer mit Urteil 8C_774/2019 vom 3. März 2020).

E. 3.3.2.4

Mit Blick auf die Kategorie "funktioneller Schweregrad" mit dem Komplex "sozialer Kontext" ist die soziale Belastung in Form des geringen Einkommens der Eheleute nicht zu berücksichtigen, soweit diese direkte negative funktionelle Folgen zeitigen sollte (vgl. E. 3.2.2.9 hiervor). Indem PD Dr. med. P._____ berichtete, der Versicherte könne die Einkäufe alleine tätigen (gelegentlich zusammen mit seiner Ehefrau), fahre regelmässig Auto, sein Bekanntenkreis sei eigentlich intakt, mit seinen Kindern telefoniere er täglich (die Beziehungen zu ihnen seien sehr gut) und seine Ehe sei "perfekt", ist im Zusammenhang mit dem sozialen Kontext von funktionierenden sozialen Kontakten bzw. zweifelsfrei von entsprechenden Ressourcen auszugehen. Indessen konnte nach

Auffassung des Bundesverwaltungsgerichts auch PD Dr. med. P. _____ nicht sicherstellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen (vgl. E. 3.2.2.9 hiervor).

E. 3.3.2.5

Hinsichtlich der Kategorie "Konsistenz" mit dem Faktor "gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" ergibt sich weiter, dass der Experte PD Dr. med. P. _____ innerhalb der subjektiven Angaben des Versicherten keinerlei Hinweise für Inkonsistenzen finden konnte. Beim Vergleich derselben mit den objektiven Untersuchungsbefunden ergaben sich insofern Inkonsistenzen, als sich der Beschwerdeführer für vollständig arbeitsunfähig hält,

C-464/2022 Seite 40 während in der objektiven psychiatrischen Beurteilung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hatte nachgewiesen werden können. Ebenso zeigte sich eine Inkonsistenz darin, dass der Versicherte mitgeteilt hatte, regelmässig Agomelatin einzunehmen, was aber durch die veranlasste Plasmaspiegelbestimmung nicht objektivierbar war. Die vom Gutachter PD Dr. med. P. _____ attestierte vollständige Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist im Vergleich zum beschriebenen Tagesablauf nicht in gleich hohem Ausmass ausgeprägt, verbringt doch der Beschwerdeführer die meiste Zeit vor dem Fernseher oder dem PC und bereitet seine Ehefrau das Mittag- und Abendessen zu. Letztlich ist jedoch – analog den Ausführungen von Dr. med. L. _____ – mangels entsprechender rechtsgenügender Ausführungen zu den sonstigen Lebensbereichen des Beschwerdeführers im Gesundheitsfall (bspw. Freizeitgestaltung) nicht rechtsgenügend erstellt, ob das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers im gleichen Verhältnis zur geltend gemachten und gutachterlich attestierten vollständigen Arbeits- und Leistungsfähigkeit steht (vgl. hierzu Urteile des BGer 9C_148/2012 vom

E. 3.3.2.6

Betreffend die Kategorie "Konsistenz" mit dem Faktor "behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck" weist der Umstand, dass sich der Beschwerdeführer bisher keiner stationären psychiatrischen Behandlung unterzogen hat, nicht auf einen grossen Leidensdruck hin. Der Umstand, dass er sich in regelmässiger psychiatrischer Behandlung befindet, vermag unter diesem Blickwinkel nichts zu ändern. Denn auch Dr. med. Q. _____ bemerkte in seiner rheumatologischen Teilexpertise vom 24. September 2020 (vgl. E. 3.1.6 hiervor), es gehe nicht an, seine Beschwerden als Grund anzugeben, nicht mehr arbeiten zu können, und im Gegenzug diese Beschwerden zu ignorieren und diese nicht weiter abzuklären. Dies gehe nicht auf und sei so nicht nachvollziehbar, was das Beschwerdebild klar relativiere.

E. 3.3.2.7

Zusammenfassend ergibt sich, dass in einer Gesamtwürdigung der massgebenden Standardindikatoren auch die Einschätzung durch PD Dr. med. P. _____ trotz weiterhin vorhandener persönlicher Ressourcen und Therapieoptionen nicht lege artis erstellt worden ist und die Anforderungen – entgegen der Auffassung der Vorinstanz und der RAD-Ärzte Dres. med. G. _____ und O. _____ (vgl. E. 3.1.8, E. 3.1.9 und E. 3.1.12 bis

E. 3.3.3.1

In seiner psychiatrischen Teilexpertise (Untersuchungsdatum: 6. Februar 2020) führte Dr. med. L._____ zur Medikation aus, psycho- pharmakologisch sollte ein nebenwirkungsarmes Antidepressivum wie beispielsweise Agomelatin etabliert werden. In seinem psychiatrischen Teil- gutachten vom 23. September 2020 stellte PD Dr. med. P._____ fest, der Versicherte habe seit dem im Januar 2015 erlittenen Myokardinfarkt eine depressive Symptomatik entwickelt, die unter antidepressiver Medikation mit Agomelatin 25 mg, welches er seit sieben Monaten einnehme, eine gewisse Verbesserung erfahren habe, sofern man den subjektiven Angaben des Versicherten folge. Allerdings nehme er Agomelatin nicht ein, wie dies aus den Laboruntersuchungen hervorgehe. Es falle auf, dass bei einer durch Dr. med. I._____ als schwere Depression beschriebenen Affektopathologie lediglich eine niedrigdosierte antidepressive Medikation mit Agomelatin 25 mg verordnet werde. Beim Vorliegen einer schweren oder mittelgradigen Depression wie beim Versicherten bestünden zahlreiche Optionen, die antidepressive Medikation zu optimieren. Es bestehe keine medikamentöse Compliance, was die Validität der subjektiven Angaben des Versicherten zu seiner depressiven Symptomformation etwas schmälern könnte.

E. 3.3.3.2

Die empfohlene Dosis von Agomelatin beträgt 25 mg, die einmal täglich abends einzunehmen ist. Sofern nach zweiwöchiger Behandlung keine Besserung der Symptome eingetreten ist, soll unter Beachtung der möglichen Risiken die Dosis auf 50 mg (zwei Filmtabletten zu 25 mg) einmal täglich abends erhöht werden. Dies ist zugleich die Maximaldosis. Die Elimination erfolgt rasch. Die mittlere Plasmahalbwertszeit beträgt zwischen 1 und 2 Stunden. Die Clearance ist hoch (ungefähr 1100 ml/min) und hauptsächlich metabolisch (vgl. www.compendium.ch; zuletzt besucht am 13. September 2024).

E. 3.3.3.3

Zwar führte PD Dr. med. P._____ in seinem Bericht vom 5. Juli 2021 aus, er habe die Laborergebnisse aufgeführt, explizit die

C-464/2022 Seite 42 Plasmaspiegelbestimmung von Agomelatin. Dabei erstaune nicht, dass Agomelatin nicht nachweisbar gewesen sei, da die Halbwertszeit gemäss schweizerischem Kompendium eine bis zwei Stunden dauere. Er habe eine Noncompliance beschrieben und formuliert, dass der Versicherte Agomelatin nicht einnehme. Explizit hätte er zum Verständnis der Leserschaft formulieren müssen, dass der negative Laborbefund für den Metaboliten Desmethyl-3-Hydroxy-Agomelatin die Noncompliance untermaure, nicht aber der Wert für Agomelatin. Man könne zufolge der neu dazugewonnenen Erkenntnisse (insb. durch Kontakte mit dem Labor Dr. S._____ und dem Hersteller von Agomelatin) nicht von einer Non-compliance beim Versicherten sprechen. Er möchte nochmals betonen, dass er sich hier auf die Metaboliten und nicht auf Agomelatin selbst bezogen habe.

E. 3.3.3.4

Diese nachträglichen Ausführungen von PD Dr. med. P._____ vermögen nicht zu überzeugen, denn für das Bundesverwaltungsgericht besteht trotz diesen die Möglichkeit, dass die fehlende Nachweisbarkeit im Zeitpunkt der Exploration resp. die Schlussfolgerung von PD Dr. med. P._____ auf die Nichteinnahme und auf eine Non-Compliance allenfalls dennoch zu einer gewissen Fehleinschätzung hinsichtlich der Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit geführt haben könnte. Es mag zwar zutreffend sein, dass die Non-Compliance nicht der alleinige Grund gewesen war für

die diagnostizierte mittelgradige depressive Episode. Für das Bundesverwaltungsgericht bestehen jedoch Zweifel daran, ob trotz anlässlich der Begutachtung durch PD Dr. med. P._____ festgestellter Non-Compliance vorbehaltlos auf das Nichtvorliegen einer schweren Depression und einer damit verbundenen Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden durfte.

E. 3.3.3.5

Weiter bestehen auch Zweifel darüber, ob die antidepressive Medikation beim Beschwerdeführer gemäss der Auffassung von PD Dr. med. P._____ tatsächlich (weiter) zu optimieren ist resp. ob das verschriebene Agomelatin 25 mg tatsächlich keine leitlinienorientierte medikamentöse Behandlung darstellt. Mit Blick auf die Umstände, dass die Dosis von Agomelatin nur nach zweiwöchiger erfolgloser Behandlung von 25 mg auf 50 mg erhöht werden soll und der Beschwerdeführer gemäss PD Dr. med. P._____ eine gewisse Verbesserung erfahren hat, sofern man seinen subjektiven Angaben folgt, besteht durchaus die Möglichkeit, dass einerseits die Dosierung von 25 mg nicht zu tief bzw. ausreichend war und andererseits, dass es zwischen der Begutachtung durch Dr. med. L._____ und derjenigen durch PD Dr. med. P._____ zu einer effektiven

C-464/2022 Seite 43 Verbesserung des Gesundheitszustandes in psychischer Hinsicht gekommen ist. Hierzu äusserte sich PD Dr. med. P._____ zwar insofern, als er sich hinsichtlich der Verbesserung auf die Aussagen des Beschwerdeführers gestützt hatte, jedoch zeigte er nicht rechtsgenügend auf, ob konkrete Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu seiner neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der depressiven Störung geführt haben. Unter diesen Umständen ist für das Bundesverwaltungsgericht letztlich auch nicht er- stellt, ab in tatsächlicher Hinsicht eine Verbesserung eingetreten ist oder ob es sich bei der Einschätzung von PD Dr. med. P._____ im Vergleich zu derjenigen von Dr. med. L._____ letztlich um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts handeln könnte. Die Beantwortung der Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert hat, ist insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass bei allfälliger rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden sind (vgl. hierzu E. 3.3.4.1), bedeutsam.

E. 3.3.4.1

In seiner psychiatrischen Teilexpertise führte Dr. med. L._____ aus, es bestehe eine im angloamerikanischen Sprachbereich als "Double Depression" bezeichnete Störung, die insgesamt als schwer behandelbar und häufig chronifizierend gelte. PD Dr. med. P._____ machte diesbezüglich in seinem Teilgutachten vom 23. September 2020 geltend, der Begriff "Double Depression" sei kritisch zu kommentieren. Selbstverständlich prädestiniere eine zugrundeliegende Dysthymie, wenn hiermit eine depressive neurotische Grundstruktur gemeint sei, im Langzeitverlauf zur Entwicklung klinisch manifester depressiver Episoden. Dass deshalb aber eine "doppelte Depression" vorliegen sollte, leuchte nicht ein, denn hiermit werde die zugrundeliegende innerpsychische Struktur nicht erfasst. Es werde zudem den Patienten ungünstigerweise suggeriert, dass ihre Depressionen besonders gravierend seien. In seiner Stellungnahme vom 26. März 2021 führte der Experte Dr. med. L._____ zusammengefasst aus, auch PD Dr. med. P._____ beschreibe (und diagnostiziere) beim Versicherten eine mittelgradige depressive Episode

und eine Dysthymie, womit nach DSM-IV und DSM-V ebenfalls eine "Double Depression" zu diagnostizieren sei.

E. 3.3.4.2

Die Kritik von PD Dr. med. P._____ hinsichtlich der von Dr. med. L._____ erwähnten "Double Depression" erscheint mit Blick auf die von

C-464/2022 Seite 44 letzterem diagnostizierten Leiden (rezidivierende depressive Störung, derzeit schwere Episode [ICD-10: F33.2], Dysthymie seit dem Tod der Mutter 1980 [ICD-10: F34.1]) und die Literatur nicht überzeugend. Eine Dysthymie ist von einer mindestens seit zwei Jahren bestehenden subsyndromalen depressiven Symptomatik gekennzeichnet, aus der sich eine zusätzliche depressive Episode entwickeln kann. Im letzteren Fall spricht man von der sogenannten "Double Depression" (vgl. hierzu S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie, Unipolare Depression, Langfassung, 2. Auflage, 2015, Version 5, S. 26; abrufbar unter http://investimed.ch/S3_Leitlinie.pdf; vgl. auch <https://www.klinik-friedenweiler.de/behandlungsfelder/depression/double-depression/> und https://www.rosenfluh.ch/media/psychiatrie-neurologie/2011/01/was_ist_zu_tun_mit_Literatur.pdf; zuletzt besucht am 13. September 2024). Unter diesen Aspekten lässt sich nicht beanstanden, dass Dr. med. L._____ die von ihm diagnostizierten Leiden als "Double Depression" benannte. Sollte er dabei dem Beschwerdeführer wegen dessen mangelnden deutschen Sprachkenntnisse ungünstigerweise suggeriert haben, dass dessen Depressionen besonders gravierend sind, ist dies mit Blick auf die Begrifflichkeit in der erwähnten Fachliteratur hinzunehmen und nicht per se zu kritisieren.

E. 3.3.5.1

In ihrem Bericht vom 3. Juli 2020 diagnostizierte die behandelnde Psychiaterin Dr. med. I._____ ebenfalls eine schwere depressive Episode und berichtete weiter unter anderem über Suizidgedanken, Anhedonie, Interessensverlust, viele ängstliche Grübeleien sowie einen Zustand von Panik und Angst. Mit Blick auf die vom Experten Dr. med. L._____ gestellten Diagnosen bleibt einerseits kein Raum, die "Erfahrungstatsache", wonach behandelnde medizinische Fachpersonen im Zweifelsfall eher zugunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. hierzu Urteile des BGer 8C_23/2020 vom 21. April 2020 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 135 V 465 E. 4.5 und 8C_8/2018 vom 23. April 2018 E. 3.2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 135 V 351 E. 3a/cc), ins Feld zu führen. Andererseits bleibt vor dem Hintergrund der Diagnosestellung durch den Gutachter Dr. med. L._____ kein Raum für die Argumentation, der Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes unterscheidet sich vom Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten (vgl. hierzu SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.3, SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1)

C-464/2022 Seite 45

E. 3.3.5.2

Zwar kommt es invalidenversicherungsrechtlich nicht auf die Diagnose, sondern einzig und allein darauf an, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat, wobei in erster Linie der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen massgebend sind (vgl. hierzu Urteil des BGer 9C_273/2018 vom 28. Juni 2018 E. 4.2; vgl.

auch (vgl. BGE 132 V 65 E. 3.4). Zuzufolge der divergierenden Diagnosestellungen resp. deren Auswirkungen auf die Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit der Dres. med. I. _____ und L. _____ einerseits und PD Dr. med. P. _____ andererseits liegen konkrete Indizien vor, welche möglicherweise (auch aus diesem Grund) gegen die Zuverlässigkeit der Expertise von letzterem sprechen (vgl. hierzu BGE 137 V 210 E. 1.3.4, BGE 135 V 465 E. 4.4 und BGE 125 V 351 E. 3b/bb und E. 3c; vgl. auch Urteil des BGer 8C_5/2018 vom 2. März 2018 E. 5).

E. 3.3.6

In seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 23. September 2020 diagnostizierte PD Dr. med. P. _____ ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Neurose (ICD-10: F34.1) sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) und berichtete weiter, die zugrunde liegende depressive Neurose neige zur Entwicklung klinisch manifester depressiver Episoden. Vor diesem Hintergrund ist seine Auffassung, dass sich trotz der psychosozialen Belastungsfaktoren keine autonome und dauerhafte psychische Störung mit relevanten Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit entwickelt habe, nicht widerspruchsfrei nachvollziehbar. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass psychosoziale Belastungsfaktoren mittelbar zur Invalidität beitragen können, wenn und soweit sie zu einer ausgewiesenen Beeinträchtigung der psychischen Integrität als solcher führen, welche ihrerseits eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkt, wenn sie einen verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern (Urteil 9C_371/2019 vom 7. Oktober 2019 E. 5.1.3 mit Hinweis; vgl. hierzu auch BGE 139 V 547 E. 3.2.2 und BGE 127 V 294 E. 5a; vgl. auch SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2 und SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). Ergänzend ist in diesem Zusammenhang schliesslich auch zu erwähnen, dass soziale Belastungen, soweit sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, ausgeklammert zu bleiben haben (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3 mit Hinweisen).

E. 3.3.7

Mit Blick auf die durch den Beschwerdeführer offenbar unterschiedlich erfolgte Berichterstattung gegenüber den Dres. med. L. _____ und

C-464/2022 Seite 46 P. _____ betreffend den Kontakt zu seinem Vater bleibt schliesslich darauf hinzuweisen, dass sich die diesbezüglichen Behauptungen der Gutachter letztlich nicht beweisen lassen bzw. es sich für das Bundesverwaltungsgericht als unmöglich erweist, durch Beweiswürdigung den vom Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern resp. von diesen vorgetragenen Sachverhalt zu ermitteln. Rein unter diesen Aspekten hätte der Entscheid diesbezüglich zu Ungunsten des Beschwerdeführers auszufallen (vgl. hierzu BGE 144 V 427 E. 3.2 und BGE 138 V 218 E. 6; SVR 2021 UV Nr. 27 S. 129 E. 2.2.2), was im vorliegenden Fall gemäss den vorstehenden Erwägungen jedoch ohnehin obsolet ist.

E. 3.3.8

Nach dem vorstehend Dargelegten ergibt sich als weiteres Zwischenergebnis, dass auch die bidisziplinäre Expertise der Dres. med. P. _____ und Q. _____ zuzufolge der Mängel der psychiatrischen Teilexpertise die bundesgerichtlichen Anforderungen an eine voll beweiskräftige Expertise ebenfalls nicht zu erfüllen vermag. 4. 4.1 Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzustellen, dass sowohl die bidisziplinäre Expertise der Dres. med. L. _____, M. _____ und N. _____ als auch das

bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. P. _____ und Q. _____ und demzufolge auch die RAD-Berichte der Dres. med. G. _____ und O. _____ (vgl. insbesondere E. 3.1.8, E. 3.1.9 und E. 3.1.12 bis 3.1.14 hiervor) beweisrechtlich unzureichend und folglich nicht verwertbar sind, weshalb die Durchführung einer Oberbegutachtung unumgänglich ist (vgl. hierzu Urteil des BGer 8C_558/2017 vom 1. Februar 2018 E. 3.2.1 mit Hinweisen unter anderem auf das Urteil des BGer 8C_89/2007 vom 20. August 2008 E. 5.2 mit Hinweisen). Der weitere Abklärungsbedarf beschlägt insbesondere die vorstehend erwähnten Divergenzen in diagnostischer Hinsicht resp. betreffend die Arbeits- und Leistungsfähigkeit zwischen den Experten PD Dr. med. P. _____ und Dr. med. L. _____ resp. der behandelnden Ärztin Dr. med. I. _____ sowie das – damit im Zusammenhang stehende – notwendige, detaillierte und nicht interpretationsbedürftige strukturelle Beweisverfahren.

4.2 Somit liegt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 13. Dezember 2021 in medizinischer Hinsicht ein nicht rechtsgenügend abgeklärter Sachverhalt zugrunde (vgl. Art. 12 und Art. 49 Bst. b VwVG sowie Art. 43 ATSG) und lässt sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers

C-464/2022 Seite 47 und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit mit Blick auf die aktuelle bundesgerichtliche Rechtsprechung (BGE 143 V 418, 143 V 409 und 141 V 281) und aufgrund der vorliegenden Aktenlage nicht schlüssig und zuverlässig beurteilen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Aus diesem Grund ist ein von der Vorinstanz anzuordnendes polydisziplinäres Gutachten in der Schweiz einzuholen, wie dies im Übrigen bereits von Dr. med. G. _____ vom RAD am 16. August 2019 empfohlen worden war (IV-act. 41). Die neue Begutachtung hat nicht nur die medizinischen Disziplinen Psychiatrie und Psychotherapie und Rheumatologie oder Kardiologie zu umfassen, sondern mindestens sämtliche dieser drei Disziplinen, wobei allenfalls weitere solche durch die Experten oder Expertinnen zu bestimmen sein werden (vgl. hierzu BGE 139 V 349 E. 3.3). Der entsprechende Auftrag ist einer Gutachterstelle zu erteilen, mit welcher das Bundesamt für Sozialversicherungen eine Vereinbarung getroffen hat (Medizinische Abklärungsstellen [Medas] im Sinne von Art. 59 Abs. 3 IVG), wobei die Vergabe des entsprechenden Auftrags nach dem Zufallsprinzip gemäss dem Zuweisungssystem „SuisseMED@P“ zu erfolgen hat (vgl. Art. 72bis Abs. 1 und 2 IVV; BGE 139 V 349 E. 2.2) und für eine einvernehmliche Benennung der Experten (BGE 140 V 507 E. 3.1 und E. 3.2.1) kein Raum bleibt (zu den nicht personenbezogenen materiellen Einwendungen in genereller Hinsicht und zum Anspruch auf Äusserung zu den Gutachterfragen vgl. BGE 138 V 271 E. 1.1 und BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9; zu den materiellen oder formellen personenbezogenen Einwendungen vgl. BGE 140 V 507 E. 3.1, BGE 139 V 349 E. 5.2.2.2, BGE 138 V 271 E. 1.1 und BGE 137 V 210 E. 3.4.2.7). Die bisherigen bzw. bisher involvierten Gutachter kommen nicht mehr in Frage, da insbesondere PD Dr. med. P. _____ und Dr. med. L. _____ anlässlich der neuen Begutachtung erneut ihre frühere Expertise hinsichtlich Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit überprüfen müssten. Unter diesen Umständen wäre das Ergebnis einer weiteren Begutachtung nicht mehr offen (vgl. dazu BGE 117 Ia 182 E. 3b mit Hinweis; Urteil des BGer 8C_89/2007 vom 20. August 2008 E. 6). Schliesslich sind bei der neuen Begutachtung nebst den bisherigen medizinischen Akten und der Rechtsprechung des Bundesgerichts zum indikatorengeleiteten Beweisverfahren allenfalls auch die Ergebnisse der funktionsorientierten Medizinischen Abklärung, welche unter anderem die Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit EFL umfasste (FOMA; IV-act. 33), zu berücksichtigen (vgl. zur Einschaltung von Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung für die Ermittlung des erwerblich nutz-

baren Leistungsvermögens Urteil des BGer 8C_545/2012 vom 25. Januar 2013 E. 3.2.1, nicht publ. in: BGE 139 V 28).

C-464/2022 Seite 48 5. Die Sache ist folglich gestützt auf Art. 61 Abs. 1 VwVG mit verbindlicher Weisung zur weiteren Abklärung im Sinne der vorangehenden Erwägungen in medizinischer Hinsicht sowie zur anschliessenden Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen, wie dies die Beschwerdeführerin anlässlich ihrer Beschwerde vom 31. Januar 2022 insofern eventualiter beantragt hat, als "eine unabhängige psychiatrische Oberbegutachtung in die Wege zu leiten" sei. Die Rückweisung zur weiteren Abklärung ist rechtsprechungsgemäss einerseits unter den Aspekten, dass relevante Fragen bisher ungeklärt geblieben sind und mit Blick auf die Leiden des Beschwerdeführers keine polydisziplinäre Begutachtung mit (mindestens) den medizinischen Fachdisziplinen Psychiatrie und Psychotherapie, Kardiologie und Rheumatologie angeordnet worden war, und andererseits aufgrund des Umstands, dass gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung eine Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene sachlich nicht wünschbar ist (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.2 und E. 4.4.1.4; 141 V 281 E. 6.4), ausnahmsweise möglich. Andererseits ist die erneute Rückweisung auch unter dem Gesichtspunkt des vorinstanzlichen Untersuchungsgrundsatzes möglich (vgl. Urteil des BVer C-2219/2021 vom 17. Oktober 2022 E. 5.3). Schliesslich kommt die Rückweisung im vorliegenden Fall weder einer Verweigerung des gerichtlichen Rechtsschutzes gleich (vgl. BGE 137 V 210) noch ist sie nach den Umständen unverhältnismässig (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d; RKUV 1989 K 809 S. 207 E. 4). 6.

E. 4.1

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzustellen, dass sowohl die bidisziplinäre Expertise der Dres. med. L._____, M._____, N._____ als auch das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. P._____ und Q._____ und demzufolge auch die RAD-Berichte der Dres. med. G._____ und O._____ (vgl. insbesondere E. 3.1.8, E. 3.1.9 und E. 3.1.12 bis 3.1.14 hiervor) beweisrechtlich unzureichend und folglich nicht verwertbar sind, weshalb die Durchführung einer Oberbegutachtung unumgänglich ist (vgl. hierzu Urteil des BGer 8C_558/2017 vom 1. Februar 2018 E. 3.2.1 mit Hinweisen unter anderem auf das Urteil des BGer 8C_89/2007 vom 20. August 2008 E. 5.2 mit Hinweisen). Der weitere Abklärungsbedarf beschlägt insbesondere die vorstehend erwähnten Divergenzen in diagnostischer Hinsicht resp. betreffend die Arbeits- und Leistungsfähigkeit zwischen den Experten PD Dr. med. P._____ und Dr. med. L._____ resp. der behandelnden Ärztin Dr. med. I._____ sowie das - damit im Zusammenhang stehende - notwendige, detaillierte und nicht interpretationsbedürftige strukturelle Beweisverfahren.

E. 4.2

Somit liegt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 13. Dezember 2021 in medizinischer Hinsicht ein nicht rechtsgenügend abgeklärter Sachverhalt zugrunde (vgl. Art. 12 und Art. 49 Bst. b VwVG sowie Art. 43 ATSG) und lässt sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit mit Blick auf die aktuelle bundesgerichtliche Rechtsprechung (BGE 143 V 418, 143 V 409 und 141 V 281) und aufgrund der vorliegenden Aktenlage nicht schlüssig und zuverlässig beurteilen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Aus diesem Grund ist ein von der Vorinstanz anzuordnendes polydisziplinäres Gutachten in der Schweiz einzuholen, wie

dies im Übrigen bereits von Dr. med. G. _____ vom RAD am 16. August 2019 empfohlen worden war (IV-act. 41). Die neue Begutachtung hat nicht nur die medizinischen Disziplinen Psychiatrie und Psychotherapie und Rheumatologie oder Kardiologie zu umfassen, sondern mindestens sämtliche dieser drei Disziplinen, wobei allenfalls weitere solche durch die Experten oder Expertinnen zu bestimmen sein werden (vgl. hierzu BGE 139 V 349 E. 3.3). Der entsprechende Auftrag ist einer Gutachterstelle zu erteilen, mit welcher das Bundesamt für Sozialversicherungen eine Vereinbarung getroffen hat (Medizinische Abklärungsstellen [Medas] im Sinne von Art. 59 Abs. 3 IVG), wobei die Vergabe des entsprechenden Auftrags nach dem Zufallsprinzip gemäss dem Zuweisungssystem "SuisseMED@P" zu erfolgen hat (vgl. Art. 72bis Abs. 1 und 2 IVV; BGE 139 V 349 E. 2.2) und für eine einvernehmliche Benennung der Experten (BGE 140 V 507 E. 3.1 und E. 3.2.1) kein Raum bleibt (zu den nicht personenbezogenen materiellen Einwendungen in genereller Hinsicht und zum Anspruch auf Äusserung zu den Gutachterfragen vgl. BGE 138 V 271 E. 1.1 und BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9; zu den materiellen oder formellen personenbezogenen Einwendungen vgl. BGE 140 V 507 E. 3.1, BGE 139 V 349 E. 5.2.2.2, BGE 138 V 271 E. 1.1 und BGE 137 V 210 E. 3.4.2.7). Die bisherigen bzw. bisher involvierten Gutachter kommen nicht mehr in Frage, da insbesondere PD Dr. med. P. _____ und Dr. med. L. _____ anlässlich der neuen Begutachtung erneut ihre frühere Expertise hinsichtlich Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit überprüfen müssten. Unter diesen Umständen wäre das Ergebnis einer weiteren Begutachtung nicht mehr offen (vgl. dazu BGE 117 Ia 182 E. 3b mit Hinweis; Urteil des BGer 8C_89/2007 vom 20. August 2008 E. 6). Schliesslich sind bei der neuen Begutachtung nebst den bisherigen medizinischen Akten und der Rechtsprechung des Bundesgerichts zum indikatorengeliteten Beweisverfahren allenfalls auch die Ergebnisse der funktionsorientierten Medizinischen Abklärung, welche unter anderem die Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit EFL umfasste (FOMA; IV-act. 33), zu berücksichtigen (vgl. zur Einschaltung von Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens Urteil des BGer 8C_545/2012 vom 25. Januar 2013 E. 3.2.1, nicht publ. in: BGE 139 V 28).

E. 5

Die Sache ist folglich gestützt auf Art. 61 Abs. 1 VwVG mit verbindlicher Weisung zur weiteren Abklärung im Sinne der vorangehenden Erwägungen in medizinischer Hinsicht sowie zur anschliessenden Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen, wie dies die Beschwerdeführerin anlässlich ihrer Beschwerde vom 31. Januar 2022 insofern eventualiter beantragt hat, als "eine unabhängige psychiatrische Oberbegutachtung in die Wege zu leiten" sei. Die Rückweisung zur weiteren Abklärung ist rechtsprechungsgemäss einerseits unter den Aspekten, dass relevante Fragen bisher ungeklärt geblieben sind und mit Blick auf die Leiden des Beschwerdeführers keine polydisziplinäre Begutachtung mit (mindestens) den medizinischen Fachdisziplinen Psychiatrie und Psychotherapie, Kardiologie und Rheumatologie angeordnet worden war, und andererseits aufgrund des Umstands, dass gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung eine Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene sachlich nicht wünschbar ist (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.2 und E. 4.4.1.4; 141 V 281 E. 6.4), ausnahmsweise möglich. Andererseits ist die erneute Rückweisung auch unter dem Gesichtspunkt des vorinstanzlichen Untersuchungsgrundsatzes möglich (vgl. Urteil des BVer C-2219/2021 vom 17. Oktober 2022 E. 5.3). Schliesslich kommt die Rückweisung im vorliegenden Fall weder einer Verweigerung des gerichtlichen Rechtsschutzes gleich

(vgl. BGE 137 V 210) noch ist sie nach den Umständen unverhältnismässig (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d; RKUV 1989 K 809 S. 207 E. 4).

E. 6

Februar 2020) führte Dr. med. L._____ betreffend den psychiatrischen Befund aus, der Versicherte sei wach, bewusstseinsklar und in allen vier Qualitäten voll orientiert. Die Auffassungsgabe sei intakt, das Konzentrationsvermögen vor allem in der zweiten Gesprächshälfte deutlich eingeschränkt. Die testpsychologischen Zusatzuntersuchungen hätten eine schwere depressive klinische Symptomatik ergeben. Dr. med. L._____ diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, derzeit schwere Episode (ICD-10: F33.2), sowie eine Dysthymie seit dem Tod der Mutter 1980 (ICD-10: F34.1). Nach Therapieversuchen mit mindestens zwei unterschiedlichen Antidepressiva und psychotherapeutischen Interventionen sei bisher von einer leitliniengerechten Behandlung auszugehen. Neben der Belastung durch die früh beginnende Dysthymie als Folge der traumatisierenden Lebensumstände und den multiplen Beziehungsabbrüchen spiele auch noch eine vaskuläre Komponente eine Rolle. Die Inzidenz von Depressionen nach Schlaganfall und Myokardinfarkten sei hoch und bei beiden Komorbiditäten nahezu identisch. Die durch die schwere depressive Episode bedingten funktionellen Einschränkungen seien erheblich. Insgesamt hätten sich durchgehend konsistente Berichte des Versicherten gefunden. Unter Berücksichtigung aller Aspekte hätten keine Hinweise auf eine Beschwerdeverdeutlichungstendenz, eine Aggravation oder Simulation gefunden werden können. Überwiegend wahrscheinlich sei retrospektiv davon auszugehen, dass seit dem 1. März 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bestanden habe; diese bestehe bis zum Begutachtungszeitpunkt und darüber hinaus. Auch in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit sei aufgrund der schweren depressiven Symptomatik aktuell keine Leistungsfähigkeit gegeben, dies retrospektiv seit dem 1. März 2018 (IV-act. 66 S. 19 bis 34).

E. 6.1

Mit Blick auf die Ausführungen des Experten Dr. med. L._____ in dessen psychiatrischem Teilgutachten, wonach eine zusätzliche stationäre psychiatrische Behandlung medizinisch sinnvoll und eine Reevaluation nach stationärer Behandlung im Sinne einer erneuten Begutachtung in ein bis zwei Jahren sinnvoll sei, sowie des RAD-Arztes Dr. med. O._____ in seiner Stellungnahme vom 14. Mai 2020, wonach das fehlende Ausschöpfen medizinischer Massnahmen (stationäre Behandlung) nicht diskutiert worden sei (vgl. E. 3.1.4 hiervor), hat die Vorinstanz den Beschwerdeführer nach neuer, unverzüglich und ohne weitere Verzögerungen zu erfolgreicher Ermittlung des vollständigen und richtigen medizinischen Sachverhalts resp. nach durchgeführter Begutachtung – sollten Massnahmen in Form einer ambulanten oder stationären Therapie und/oder einer anderen medikamentösen Behandlung indiziert sein – daran zu erinnern, dass er im Rahmen der Schadenminderungspflicht gegebenenfalls gehalten ist, sich im C-464/2022 Seite 49 Sinn der Selbsteingliederung einer zumutbaren medizinischen Behandlung zu unterziehen (vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG).

E. 6.2

Grundsätzlich sind die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht dort strenger, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, namentlich wenn

der Verzicht auf schadenmin- dernde Vorkehren Rentenleistungen auslöst (vgl. BGE 113 V 22 E. 4a und E. 4d; vgl. auch Urteile des BGer 9C_242/2009 vom 30. April 2009 und I 824/06 vom 13. März 2007 E. 3.1.1, in: SVR 2008 IV Nr. 7 S. 19). Nach der Rechtsprechung ist die fortgesetzte Krankheitsbehandlung, die auch die dauernde Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente umfasst, in aller Regel eine jederzeit zumutbare Form allgemeiner Schadenminderung; dazu zählt auch die dauernde Einnahme von ärztlich verschriebenen Schmerzmitteln, selbst wenn diese mit Nebenwirkungen verbunden ist (statt vieler: Urteil 8C_625/2016 vom 27. Januar 2017 E. 3.4.1 mit Hinwei- sen). Daraus folgt, dass der Beschwerdeführer nach durchgeführter poly- disziplinärer Begutachtung die aus fachärztlicher Sicht allenfalls indizierten und zumutbaren (ambulanten und stationären) weiteren Behandlungsmög- lichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig auszuschöpfen hat (BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197; 137 V 64 E. 5.2 S. 70 mit Hinweis; SVR 2016 IV Nr. 52 S. 176, 9C_13/2016 E. 4.2 mit Hinweisen). Welche konkre- ten Behandlungsmöglichkeiten indiziert und zumutbar sind, werden von den Fachärztinnen und/oder Fachärzten zu bestimmen sein. Solange aus fachärztlicher Sicht nicht oder nicht ausreichend genutzte zumutbare (am- bulante oder stationäre) Behandlungsmöglichkeiten weiterhin indiziert sind, genügt es aus objektivem Blickwinkel nicht, dass der Beschwerdefüh- rer die Therapievorschläge der behandelnden Hausärztin Dr. med. I. _____ in Form regelmässiger Einnahme des Präparats Agomelatin in kooperativer Weise umgesetzt hat resp. umgesetzt (vgl. BGE 137 V 64 E. 5.2), zumal auch in somatischer Hinsicht gemäss der – für sich alleine be- trachtetet – schlüssigen und überzeugenden rheumatologischen Teilerper- tise vom 24. September 2020 von Dr. med. Q. _____ (vgl. E. 3.1.6 hier- vor) ein breites therapeutisches Arsenal zur Verfügung steht, welches im physiotherapeutischen Bereich eingesetzt werden könnte. 7. Nach neuer Ermittlung des vollständigen und richtigen medizinischen Sachverhalts hat die Vorinstanz darüber hinaus die allfälligen Renten- sprüche des Beschwerdeführers mittels eines oder gegebenenfalls mehre- rer Einkommensvergleiche zu prüfen und über den Gesamtrentenanspruch zu verfügen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass sich

C-464/2022 Seite 50 die anlässlich der Bemessung der Invalidität nach der sog. allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs verwendeten Einkommenswerte (IV- act. 121) grundsätzlich nicht beanstanden lassen und auch vom Beschwer- deführer nicht beanstandet wurden. In diesem Zusammenhang hat die Vorinstanz auch abzuklären, ob und in welchem Ausmass der Beschwer- deführer zufolge seines Gesundheitszustandes auf dem ihm nach seinen Fähigkeiten noch offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutba- rerweise noch erwerbstätig sein könnte (vgl. hierzu etwa Urteil des BGer 9C_921/2009 vom 22. Juni 2010 E. 5.3). Dabei ist zu berücksichtigen, dass an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen sind (vgl. hierzu Urteile des BGer 8C_391/2014 vom 9. Juli 2014 E. 4, 9C_744/2008 vom

E. 7

Nach neuer Ermittlung des vollständigen und richtigen medizinischen Sachverhalts hat die Vorinstanz darüber hinaus die allfälligen Rentenansprüche des Beschwerdeführers mittels eines oder gegebenenfalls mehrerer Einkommensvergleiche zu prüfen und über den Gesamtrentenanspruch zu verfügen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass sich die anlässlich der Bemessung der Invalidität nach der sog. allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs verwendeten Einkommenswerte (IV-act. 121) grundsätzlich nicht

beanstanden lassen und auch vom Beschwerdeführer nicht beanstandet wurden. In diesem Zusammenhang hat die Vorinstanz auch abzuklären, ob und in welchem Ausmass der Beschwerdeführer zufolge seines Gesundheitszustandes auf dem ihm nach seinen Fähigkeiten noch offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch erwerbstätig sein könnte (vgl. hierzu etwa Urteil des BGer 9C_921/2009 vom 22. Juni 2010 E. 5.3). Dabei ist zu berücksichtigen, dass an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen sind (vgl. hierzu Urteile des BGer 8C_391/2014 vom 9. Juli 2014 E. 4, 9C_744/2008 vom 19. November 2008 E. 3.2 und 9C_236/2008 vom 4. August 2008 E. 4.2, Urteil des EVG I 349/01 vom 3. Dezember 2003 E. 6.1, je mit Hinweisen) und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person nach der Tätigkeit zu beurteilen ist, die sie - im Rahmen der Schadenminderungspflicht (vgl. Art. 21 Abs. 4 ATSG; vgl. E. 6 hiervor) - nach ihren persönlichen Verhältnissen und gegebenenfalls nach einer gewissen Anpassungszeit bei gutem Willen ausüben könnte (vgl. Urteile des BVGer C-2483/2019 vom 12. April 2021 E. 7 mit Hinweis auf C-2927/2019 vom 6. November 2020 E. 8 mit Hinweis auf C-4315/2009 vom 22. August 2011 E. 5.2 mit Hinweisen).

E. 8

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Beschwerde vom 31. Januar 2022 insoweit gutzuheissen ist, als die Verfügung vom 13. Dezember 2021 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge.

E. 9

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

E. 9.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei aufzuerlegen sind. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen. Diesem ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 9.2

Der 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 Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht worden ist, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer [vgl. Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE {Stundenansatz für Anwälte/Anwältinnen mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.-}])

gerechtfertigt. Die Vorinstanz als Bundesbehörde hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 2 VGKE).

E. 11

April 2022 erstellten Bericht – welcher vorliegend ebenfalls Berücksichtigung zu finden hat – führte Dr. med. O. _____ vom RAD

C-464/2022 Seite 27 zusammengefasst aus, nicht kommentiert vom Versicherten würden die tatsächlichen Versäumnisse im Gutachten von Dr. med. L. _____, welche eine erneute Begutachtung erst notwendig gemacht hätten, insbesondere die fehlende Prüfung der sog. Standardindikatoren. Auch mit einem psychopathologischen Befund hätte sich dieser erhebliche Mangel nicht beheben lassen. Insofern verfrange der Versuch nicht, das zweite Gutachten als eine "Second opinion" darzustellen (BVGer-act. 9).

E. 15

März 2018 E. 5.1 und E. 7.2 mit Hinweis). Davon ist aufgrund der Beschreibungen von Dr. med. L. _____ durchaus auszugehen. Zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde brachte dieser weiter vor, der Versicherte erfülle alle Hauptkriterien der ICD-10-Klassifikation für eine schwere Depression (gedrückte Grundstimmung, Interessenverlust und Freudlosigkeit sowie Verminderung des Antriebs). Die dadurch bedingten funktionalen Einschränkungen seien erheblich. Schliesslich berichtete Dr. med. L. _____ zum Behandlungs- und Eingliederungserfolg, psycho-

C-464/2022 Seite 33 pharmakologisch sollte ein nebenwirkungsarmes Antidepressivum wie bspw. Agomelatin etabliert werden. Bei nicht ausreichender Wirkung sollte ein zweites in Kombination gegeben werden. Allerdings sei aufgrund der Summe der belastenden Lebensereignisse in Kombination mit der vaskulären Komponente nicht davon auszugehen, dass eine optimierte psychopharmakologische Behandlung zu einer vollständigen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit führen werde. Medizinisch sinnvoll sei daher eine zusätzliche stationäre psychiatrische Behandlung. Eine Reevaluation nach stationärer Behandlung im Sinne einer erneuten Begutachtung in eins bis zwei Jahren sei sinnvoll.

E. 17

September 2012 E. 2.2.4, in: SVR 2013 IV Nr. 6 S. 13; 9C_785/2013 vom 4. Dezember 2013 E. 3.2).

E. 19

November 2008 E. 3.2 und 9C_236/2008 vom 4. August 2008 E. 4.2, Urteil des EVG I 349/01 vom 3. Dezember 2003 E. 6.1, je mit Hinweisen) und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person nach der Tätigkeit zu beurteilen ist, die sie – im Rahmen der Schadenminderungspflicht (vgl. Art.

E. 21

Abs. 4 ATSG; vgl. E. 6 hiervor) – nach ihren persönlichen Verhältnissen und gegebenenfalls nach einer gewissen Anpassungszeit bei gutem Willen ausüben könnte (vgl. Urteile des BVGer C-2483/2019 vom 12. April 2021 E. 7 mit Hinweis auf C-2927/2019 vom 6. November 2020 E. 8 mit Hinweis auf C-4315/2009 vom 22. August 2011 E. 5.2 mit Hinweisen). 8. Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Beschwerde vom 31. Januar 2022 insoweit gutzuheissen ist, als die Verfügung

vom 13. Dezember 2021 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 9. Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung. 9.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei aufzuerlegen sind. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen. Diesem ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils

C-464/2022 Seite 51 zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). 9.2 Der 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 Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht worden ist, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer [vgl. Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE {Stundenansatz für Anwälte/Anwältinnen mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.-}]) gerechtfertigt. Die Vorinstanz als Bundesbehörde hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 2 VGKE).

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