



Urteil vom 4. Juni 2024

Besetzung

Richterin Selin Elmiger-Necipoglu (Vorsitz),
Richter Vito Valenti, Richter Christoph Rohrer,
Gerichtsschreiberin Helena Falk.

Parteien

A. _____, (Deutschland)
vertreten durch MLaw Aurelia Jenny,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch,
Verfügung der IVSTA vom 14. Mai 2021.

Sachverhalt:**A.**

A. _____ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer), geb. 1963, ist deutscher Staatsangehöriger und lebt in Deutschland (Akten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland gemäss Aktenverzeichnis vom 14. Juli 2021 [nachfolgend IVSTA-act.] 2, 22). Er war, mit Unterbrüchen, von 2001 bis 2018 bei verschiedenen Arbeitgebern bzw. Temporärfirmen in der Schweiz als Handwerker, Vorarbeiter und zuletzt als Maler beschäftigt (IVSTA-act. 12 [S. 4], 29, 33, 42 [S. 2 f., 25], 68 [S. 1]). In dieser Zeit entrichtete er die obligatorischen Beiträge an die schweizerische Alters-, Invaliden- und Hinterlassenenversicherung (vgl. Bescheinigung Versicherungsverlauf und IK-Auszug in IVSTA-act. 37, 81). Seinen letzten effektiven Arbeitstag hatte der Versicherte am 20. April 2018 (IVSTA-act. 29).

B.

B.a Am 19. März 2019 (Posteingang 20. Februar 2020) meldete sich der Versicherte wegen diverser psychischer und körperlicher Beschwerden bei der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) zum Leistungsbezug an (IVSTA-act. 20 - 22).

B.b Mit Bescheid vom 6. Februar 2020 sprach die deutsche Rentenversicherung dem Versicherten vom 1. März 2019 bis zum 30. November 2021 eine Rente zu, vermutlich wegen voller Erwerbsunfähigkeit (vgl. IVSTA-act. 13, 14, 71).

B.c Die IVSTA tätigte in der Folge weitere Abklärungen, in beruflicher wie in medizinischer Hinsicht.

B.c.a B. _____, behandelnder Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, stellte dem Versicherten am 13. März 2020 folgende Diagnosen (IVSTA-act. 44):

- Mittelgradige depressive Episode, anhaltend
- Zustand nach rezidivierenden mittelgradigen bis schwergradigen depressiven Episoden
- Vertebrogenen Schwindel und Gleichgewichtsstörungen, Lumbalgie, Cervikalgie
- Adulte Verlaufsform eines Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms.

Der Mediziner hielt insbesondere fest, der Versicherte sei trotz Psychotherapie noch nicht ausreichend belastbar und für den allgemeinen Arbeits-

markt nicht geeignet. Er sei seit Eintritt der Behandlung (21. Juni 2018) anhaltend arbeitsunfähig.

B.c.b Mit Schreiben vom 28. September 2020 bat die IVSTA die Deutsche Rentenversicherung, den Versicherten durch einen Psychiater und Orthopäden untersuchen zu lassen und ihr deren ausführlichen Berichte zuzustellen (IVSTA-act. 57, 59).

Im orthopädischen Gutachten vom 25. November 2020 (IVSTA-act. 59), bestätigte C._____, Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie, folgende Diagnosen (IVSTA-act. 60):

- Mechanischer Kreuzschmerz (ICD-10 M54.5)
- Somatoformes Schmerzsyndrom (ICD-10 F45.40).

Der Facharzt hielt fest, es liege seit dem 21. Juni 2018 eine Arbeitsunfähigkeit vor. Der Versicherte könne sowohl in seinem erlernten Beruf als Maler als auch in einer anderen Tätigkeit 6 Stunden und mehr am Tag arbeiten, wobei er leichte bis mittelschwere Arbeiten verrichten sowie zeitweise im Stehen und Gehen, überwiegend aber im Sitzen, tätig sein sollte.

B.c.c Im psychiatrischen Gutachten vom 27. November 2020 (IVSTA-act. 61) stellte D._____ folgende Diagnosen:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.01)
- Störung durch Tabak, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1)
- Probleme in Verbindung ökonomischer Verhältnisse (ICD-10 Z59).

Die Fachärztin hielt fest, der Versicherte sei zwischen 3 bis unter 6 Stunden am Tag arbeitsfähig. Die Arbeitsunfähigkeit bestehe wohl seit 2018. Eine erneute Begutachtung in 1 bis 2 Jahren werde empfohlen.

B.d Die Psychiaterin des Internen Ärztlichen Dienstes der IVSTA (nachfolgend: RAD), E._____, führte am 14. Januar 2021 insbesondere aus, der Versicherte sei seit dem 21. Juni 2018 (Beginn der ambulanten Behandlung) in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit zu 50% eingeschränkt (IVSTA-act. 66).

Der Allgemeinmediziner des RAD, F._____, gab am 20. Januar 2021 namentlich an, der Versicherte sei aus somatischer Sicht seit dem 21. April 2018 (Tag nach dem letzten Arbeitstag) in der bisherigen Tätigkeit zu 100%

eingeschränkt (IVSTA-act. 67). In einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe demgegenüber eine Arbeitsfähigkeit.

B.e Mit Vorbescheid vom 28. Januar 2021 stellte die IVSTA dem Versicherten mit Wirkung ab dem 1. September 2019 die Zusprache einer halben Invalidenrente, bei einem Invaliditätsgrad von 56%, in Aussicht (IVSTA-act. 69). Am 14. Mai 2021 erliess sie die angekündigte Verfügung (IVSTA-act. 86).

C.

C.a Gegen die Verfügung vom 14. Mai 2021 erhob der Versicherte am 18. Juni 2021 (Posteingang: 21. Juni 2021) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht (BVGer-act. 1). Er stellte folgende Anträge:

- Es sei die Verfügung vom 14. Mai 2021 aufzuheben und dem Beschwerdeführer ab Juni 2019 eine ganze, eventualiter eine Dreiviertel-Rente, zuzusprechen.
- Subeventualiter sei die Verfügung vom 14. Mai 2021 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin anzuweisen, den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abzuklären.
- Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

C.b Der am 23. Juni 2021 eingeforderte Kostenvorschuss von Fr. 800.- ging rechtzeitig beim Bundesverwaltungsgericht ein (BVGer-act. 2, 4).

C.c Mit Vernehmlassung vom 19. August 2021 (Posteingang: 23. August 2021) beantragte die Vorinstanz, unter Hinweis auf die Stellungnahme des RAD vom 11. August 2021, die Beschwerde sei abzuweisen und die angefochtene Verfügung sei zu bestätigen (BVGer-act. 6).

C.d Mit Replik vom 11. Oktober 2021 hielt der Beschwerdeführer sinngemäss an seinen Anträgen fest (BVGer-act. 8).

C.e Die Vorinstanz behielt ihre Anträge in der Duplik vom 2. November 2021 bei, wobei sie ein (neues) fachärztliches Gutachten von B. _____ vom 4. Oktober 2021 einreichte, wie auch zwei Stellungnahmen des RAD vom 22. und 29. Oktober 2021 (BVGer-act. 10).

C.f Der Beschwerdeführer hielt in der Triplik vom 10. Dezember 2021 weiterhin an seinen Rechtsbegehren fest (BVGer-act. 12). In der Folge wurde der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 15. Dezember 2021 abgeschlossen (BVGer-act. 13).

C.g Am 12. April 2023 reichte der Beschwerdeführer unaufgefordert eine weitere Stellungnahme ein (BVGer-act. 14).

C.h Mit Zwischenverfügung vom 27. Februar 2024 gewährte das Bundesverwaltungsgericht dem Beschwerdeführer die Gelegenheit, sich zur Möglichkeit einer reformatio in peius (Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Rückweisung an die Vorinstanz zur umfassenden Abklärung) zu äussern und die Beschwerde gegebenenfalls zurückzuziehen (BVGer-act. 18). Der Beschwerdeführer hielt mit Eingabe vom 8. April 2024 an seiner Beschwerde fest (BVGer-act. 19).

D.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird – soweit erforderlich – im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [VGG; SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG, SR 172.021]; Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist daher – nachdem der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde – einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 ATSG).

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. d^{bis} VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG vorbehalten. Laut Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die

einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG finden die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung Anwendung (Art. 1a - 26^{bis} und 28 - 70 IVG), sofern das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG anordnet.

2.

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 14. Mai 2021, mit der die Vorinstanz dem Beschwerdeführer eine halbe Invalidenrente zusprach. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist, ob die Vorinstanz den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine höhere Invalidenrente (Dreiviertel- bzw. ganze Rente) zu Recht ablehnte.

3.

3.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier den 14. Mai 2021) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, bilden demgegenüber im Regelfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung (BGE 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b). Indes sind Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C_506/2022 vom 21. Juni 2023 E. 4 m.H.). Ferner hat das Gericht Unterlagen, die sich über den massgebenden Zeitraum aussprechen, auch dann zu berücksichtigen, wenn sie auf einen Zeitpunkt nach dem Verfügungserlass datieren (Urteil des BGer 8C_295/2021 vom 9. August 2021 E. 3.4 m.H.).

3.2 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 174 E. 4.1; 146 V 364 E. 7.1; 139 V 335 E. 6.2; 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 329 E. 2.2 f.). Deshalb sind vorliegend die Vorschriften, welche spätestens am 14. Mai 2021 (Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung) in Kraft standen, anwendbar. Nicht zur Anwendung gelangen demgegenüber insbesondere die im Rahmen der sogenannten «Weiterentwicklung der IV» erst per 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen im IVG, in der IVV sowie im ATSG (AS 2021 705, BBI 2017 2535).

3.3 Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger, wohnt in Deutschland und war in der Schweiz erwerbstätig. 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; Urteile des BGer 8C_111/2020 vom 15. Juli 2020 E. 2; 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Urteil des BVGer C-5368/2020 vom 14. Februar 2023 E. 3.2).

4.

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

4.2 Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Demnach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte haben zusätzliche Abklärungen insbesondere dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a m.H.; zum Ganzen auch: BGE 144 V 427 E. 3.2; vgl. auch Urteil des BVGer C-1424/2021 vom 13. Dezember 2023 E. 4.2).

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

4.4 Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6). Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisforderungen demnach nicht. Vielmehr gilt ein Beweis als erbracht, wenn für die Richtigkeit der Sachbehauptung nach objektiven Gesichtspunkten derart gewichtige Gründe sprechen, dass andere denkbare Möglichkeiten vernünftigerweise nicht massgeblich in Betracht fallen (BGE 144 III 264 E. 5.1; 140 III 610 E. 4.1). Gilt es, zwischen zwei oder mehreren Möglichkeiten zu entscheiden, haben der Richter und die Richterin jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen für die wahrscheinlichste halten (BGE 144 V 427 E. 3.2; 138 V 218 E. 6; 126 V 353 E. 5b; Urteil des BVGer C-7332/2007 vom 6. März 2009 E. 3.3.3).

5.

5.1 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG). Die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente ist vorliegend zweifelsohne erfüllt (vgl. IK-Auszug in IVSTA-act. 81), weshalb darauf nicht näher einzugehen ist.

5.2 Ferner ist gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG für den Anspruch auf eine Invalidenrente vorausgesetzt, dass die Versicherten ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), dass sie während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und dass sie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG [in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung]).

5.3 Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch sodann frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgt.

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

6.

6.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können bzw. bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4; Urteil des BVGer C-4564/2020 vom 2. Juni 2022 E. 4.6).

6.2 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt vielmehr der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte sind bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich; vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. dazu z.B. Urteile des BVGer C-3782/2021 vom 8. September 2023 E. 7.2.2; C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.2; C-5049/2013 vom 13. Februar 2015 E. 3.2 m.H.).

6.3 Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3b; AHI 2001 S. 112 E. 3b). So ist hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Zudem muss der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.; Urteil des BVGer C-4822/2020 vom 24. August 2022 E. 4.5).

6.4 Aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte kaum je in Frage kommen. Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten vielmehr mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des BGer 9C_468/2009 vom 9. September 2009 E. 3.3.1; Urteil des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.4 m.H.). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer 9C_794/2012 vom 4. März 2013 E. 2.1 m.H.). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.; vgl. auch Urteile des BVGer C-1424/2021 vom 13. Dezember 2023 E. 6.4.3; C-6357/2020 vom 28. September 2022 E. 6.6).

6.5 Von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4; 135 V 465 E. 4.4 m.H.).

6.6 Die Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_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 m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. Urteile des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3; 8C_756/2008 vom 4. Juni 2009 E. 4.4 m.H.). Dazu gehört auch, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. zum Ganzen: Urteile des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.4; C-2463/2021 vom 15. März 2022 E. 4.5). Rechtsprechungsgemäss sind weitere Abklärungen vorzunehmen, selbst wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der RAD-Berichte bestehen (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4; 122 V 157 E. 1d; Urteile des BGer 8C_551/2020 vom 15. Dezember 2020 E. 3; 9C_730/2018 vom 27. März 2019 E. 5.1.2; Urteile des BVGer C-4822/2020 vom 24. August 2022 E. 4.6; C-1424/2021 vom 13. Dezember 2023 E. 6.4.4).

6.7 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 148 V 49; 143 V 409 und 418), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, 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, 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).

7.

Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den Akten zusammenfassend Folgendes entnehmen:

7.1

7.1.1 B. _____, behandelnder Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, stellte am 14. September 2018 folgende Diagnosen (IVSTA-act. 17):

- Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom des Erwachsenenalters
- Zustand nach Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom in der Kindheit
- Soziale Benachteiligung während der DDR Herrschaft.

Der Beschwerdeführer nehme das Medikament Citalopram ein. Er, der Facharzt, könne bei diesem eine richtig depressive Störung aber nicht entdecken. Er habe dem Beschwerdeführer mit Blick auf die Möglichkeit des Bestehens eines ADS erläutert, er solle den Wirkstoff Medikinet adult retard 20 mg einmal für eine Woche lang testen (S. 4). Er vermute, dass dessen vegetativen Beschwerden dann verschwinden würden, dass seine Tagesmüdigkeit besser werde und vielleicht auch sein chronisches thorakales Schmerzsyndrom.

7.1.2 Am 17. September 2018 diagnostizierte B. _____ was folgt (IVSTA-act. 19):

Psychiatrische Diagnosen

- Adultes Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit Symptompersistenz im Erwachsenenalter, in Abklärung
- Depressive Störung zur weiteren fachärztlichen Versorgung
- Testpsychometrisch konkludente Befunde

Somatische Diagnosen

- Schwindel und Gleichgewichtsstörungen (vertebragener Schwindel)
- Tagesmüdigkeit
- Akute Lumbalgie
- Cervikalgie
- Anhaltender Nikotinabusus.

Der Beschwerdeführer leide an vielfältigen Beschwerden und Funktionseinschränkungen, in psychiatrischer und somatischer Hinsicht. Es sei eine ambulante Psychotherapie vorgesehen. Der Beschwerdeführer sei mit Eintritt in die Behandlung (21. Juni 2018) arbeitsunfähig.

7.1.3 Im Arztbericht vom 12. Oktober 2018 hielt B. _____ fest, beim Beschwerdeführer bestehe eine degenerative Lendenwirbelsäulenerkrankung mässiger Art mit umschriebener Chondrose des thorakolumbalen Übergangs, eine Protrusio L4/L5 und L5/S1, jedoch ohne sequestrierten Prolaps, eine umschriebene Verkalkung auf Höhe L3 der Bauchaorta, welche sich bis auf L4 fortsetze, aber nicht auf die Iliakalarterien übergreife (IVSTA-act. 16, S. 1). Sodann sei beim Beschwerdeführer das Phänomen der intellektuell kognitiven Diskrepanz erkennbar (S. 3). Dies bedeute, dass der Beschwerdeführer zwar einen relativ guten IQ, vergleichsweise dazu aber schlechte bzw. sogar unterdurchschnittliche Leistungen in den konzentrativen, koordinativen und kognitiven Tests aufweise. Das Phänomen der intellektuell kognitiven Diskrepanz werde bei Patienten mit einem ADS häufig beschrieben; es beweise das Vorliegen dieser Störung aber nicht. Der Beschwerdeführer habe zusätzlich noch eine Auffälligkeit in seiner Affektstruktur und neige zu einer ich-bezogenen, eher sensitiven Affektinterpretation. Eine depressive Störung jedenfalls habe er nicht.

7.1.4 Am 28. Dezember 2018 berichtete B. _____ insbesondere (IVSTA-act. 46), beim Beschwerdeführer sei eine recht deutliche degenerative Wirbelsäulenerkrankung an zwei voneinander unabhängigen Wirbelsäulensegmenten dokumentiert. Er, der Arzt, zweifle nicht an dessen Betroffenheit

von einem ADS, mit Symptompersistenz im Erwachsenenalter. Sodann lägen eine Lumbalgie, eine Cervikalgie, Schwindel und Gleichgewichtsstörungen sowie ein Nikotinabusus vor. Der Beschwerdeführer befinde sich weiterhin im Krankenstand.

7.1.5 Im Arztbericht vom 14. März 2019 ging B. _____ von folgenden Diagnosen aus (IVSTA-act. 20):

Psychiatrische Diagnosen

- Tagesmüdigkeit (ICD-10 G47.8)
- Mittelgradige depressive Episode, anhaltend (ICD-10 F32.1)
- Adultes ADS in Abklärung (ICD-10 F90.1, F43.2)
- Nikotinabusus (ICD-10 F17.1)

Somatische Diagnosen

- Schwindel und Gleichgewichtsstörungen (ICD-10 R42)
- Vertebra gener Schwindel (ICD-10 R42, R52.3)
- Cervikalgie (ICD-10 G54.8, M50.3)
- Zustand nach akuter Lumbalgie (ICD-10 M54.4).

Der Beschwerdeführer sei zurzeit fortlaufend arbeitsunfähig (S. 3).

7.2 Im ärztlichen Entlassungsbericht vom 22. Juli 2019 (IVSTA-act. 15) berichtete das Reha-Zentrum (...), der Beschwerdeführer sei vom 18. Juni bis zum 23. Juli 2019 in der Abteilung Psychosomatik in einer stationären Reha-Massnahme gewesen. Die Entlassung sei arbeitsunfähig erfolgt, und zwar betreffend die letzte Tätigkeit wie auch betreffend den allgemeinen Arbeitsmarkt (S. 17). Das aufgehobene Leistungsvermögen bestehe wegen folgender dauerhafter Funktions- und Fähigkeitsstörungen: deutliche Störung der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Abgrenzungsfähigkeit und des Stressregulationsvermögens (S. 15). Sodann bestehe eine ausgeprägte chronische Störung des Konzentrationsvermögens. Mit hoher Wahrscheinlichkeit sei keine ausreichende Remission im nächsten halben Jahr zu erwarten. Es bestünden folgende Diagnosen (S. 3):

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)
- Dysthymia (ICD-10 F34.1)
- Adultes ADS in Abklärung (ICD-10 F90.0)
- Verdacht auf Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)
- Degeneratives HWS-/LWS-Syndrom (ICD-10 M47.20)
- Schädlicher Gebrauch von Nikotin.

Die Medikation erfolge mit Citalopram und Ibuflam, die Weiterbehandlung mit psychologischer Beratung/Psychotherapie und Kontrolle der Laborwerte (S. 17).

7.3 B._____ stellte am 13. März 2020 folgende Diagnosen (IVSTA-act. 44):

- Mittelgradige depressive Episode, anhaltend
- Zustand nach rezidivierenden mittelgradigen bis schwergradigen depressiven Episoden
- Vertebrogenener Schwindel und Gleichgewichtsstörungen, Lumbalgie, Cervikalgie
- Adulte Verlaufsform eines Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms.

Mittlerweile sei eine Psychotherapie eingeleitet worden (S. 2). Der Beschwerdeführer sei demnach seit November 2019 bei der Psychologin und Psychotherapeutin G._____ in Behandlung. Zugleich nehme er Citalopram und bei Bedarf Ibuprofen ein. Er sei seit Eintritt in die Behandlung anhaltend arbeitsunfähig.

Am 22. Juli 2020 berichtete der Arzt (IVSTA-act. 51), der Beschwerdeführer befinde sich weiterhin in ambulanter Psychotherapie bei Frau G._____. Bei ihm sei weiterhin das Phänomen der intellektuell-kognitiven Diskrepanz erkennbar. Dies bedeute, dass er einen durchschnittlichen IQ, vergleichsweise dazu aber schlechte Leistungen im kognitiven, koordinativen aber auch im reaktiven Bereich habe. Der Beschwerdeführer verfüge über eine schlechte repetitive Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung. Weiterhin erscheine auch seine Affektstruktur normabweichend. Hier neige er unverändert zu ich-bezogenen sensitiven, auch paranoiden Affektinhalten. Eine depressive Störung liegt nach den Testergebnissen eher nicht vor (S. 3).

7.4 Die Psychiaterin des RAD, E._____, stellte am 24. September 2020 Folgendes fest (IVSTA-act. 56): Der Beschwerdeführer sei seit Juni 2018, dem Beginn der ambulanten psychiatrisch-neurologischen Behandlung, zu 100% arbeitsunfähig geschrieben (S. 3). Damals seien verschiedene körperliche Beschwerden wie Schwindel, Müdigkeit etc. im Vordergrund gestanden, neben Schmerzen in der HWS bei radiologisch nachgewiesenen Veränderungen und eher unspezifischen psychischen Beschwerden. Vom behandelnden Psychiater und Neurologen werde 2020 eine anhaltende mittelgradige Depression attestiert, die trotz Psychotherapie und

Medikation keine wesentliche Linderung erfahren habe. Die Diagnosestellung seitens B._____ sei nur bedingt nachvollziehbar, auch die von vornherein mehrmonatige Krankschreibung nach Behandlungsbeginn im Juni 2018. Für eine Stellungnahme seien vom Behandler unabhängige Einschätzungen erforderlich. Es seien in Deutschland ein ausführlicher orthopädischer und psychiatrischer Bericht einzuholen.

7.5 Im orthopädischen Gutachten vom 25. November 2020 stellte C._____ fest, die Diagnose Fibromyalgie/somatoformes Schmerzsyndrom werde in einem neurologisch psychiatrischem Gutachten thematisiert (IVSTA-act. 60, S. 12; zu den Diagnosen vgl. E. B.c.c hiervor). Die wesentlichen Behinderungen lägen auf dem neurologisch psychiatrischen Fachgebiet. Der Beschwerdeführer könne vollzeitig leichte bis mittelschwere Arbeiten verrichten und den erlernten Beruf als Malermeister ausführen. Auf orthopädischem Fachgebiet seien die Voraussetzungen für eine Berentung wegen teilweiser oder voller Erwerbsunfähigkeit nicht gegeben (S. 13). Der Facharzt hielt fest, es liege seit dem 21. Juni 2018 eine Arbeitsunfähigkeit vor. Der Versicherte könne sowohl in seinem erlernten Beruf als Maler als auch in einer anderen Tätigkeit 6 Stunden und mehr am Tag arbeiten, wobei er leichte bis mittelschwere Arbeiten verrichten sowie zeitweise im Stehen und Gehen, überwiegend aber im Sitzen, tätig sein sollte.

7.6 D._____ gab im psychiatrischen Gutachten vom 27. November 2020 an, aus psychiatrischer Sicht bestehe eine herabgesetzte allgemeine psychosoziale und berufliche Leistungsfähigkeit (IVSTA-act. 61, S. 10; zu den Diagnosen vgl. E. B.c.c hiervor). Arbeiten, die hohe Anforderungen an das Konzentrations-, das Reaktions-, das Umstellungs- und das Anpassungsvermögen abverlangten oder mit Verantwortung für Personen oder Maschinen, mit Publikumsverkehr oder der Steuerung und Überwachung komplexer Arbeitsvorgänge einhergingen, seien nicht zumutbar. Ebenso wenig sollten Arbeiten im Akkord ausgeübt werden. Auch sollten wiederholte Pausen von 5 - 10 Minuten eingelegt werden können (S. 11). Wahrscheinlich bestehe die derzeitige Leistungsminderung seit 2018. Ausserdem sei eine Chronifizierungstendenz zu verzeichnen. Die Fachärztin hielt fest, der Versicherte sei zwischen 3 bis unter 6 Stunden im Tag arbeitsfähig. Die Arbeitsunfähigkeit bestehe wohl seit 2018. Eine erneute Begutachtung in 1 bis 2 Jahren werde empfohlen.

7.7

7.7.1 Die Psychiaterin des RAD, E. _____, stellte am 14. Januar 2021 zusammenfassend fest, beim Beschwerdeführer bestünden folgende Diagnosen (IVSTA-act. 66):

Hauptdiagnose

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)

Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Anamnestisch adultes ADHS

Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Nikotinabhängigkeit (ICD-10 F17.2).

Der Beschwerdeführer sei in den bisherigen und in angepassten Tätigkeiten seit dem 21. Juni 2018 (Beginn der ambulanten Behandlung) zu 50% arbeitsunfähig (S. 2). Er nehme ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung in Anspruch, einschliesslich einer antidepressiven Medikation (S. 4). Im Jahre 2019 sei eine stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung erfolgt. Beim dortigen Austritt sei eine Arbeitsfähigkeit von weniger als 3 Stunden am Tag festgelegt worden. Der behandelnde Psychiater attestiere auch weiterhin eine aufgehobene Leistungsfähigkeit. Die psychiatrische Gutachterin gehe nun von einer 3 bis 6 stündigen Arbeitsfähigkeit mit einigen qualitativen Einschränkungen aus. Die depressive Symptomatik sei hinsichtlich Schweregrad nachvollziehbar. Sie gehe nicht über ein mittelgradiges Ausmass hinaus, so dass eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen nicht begründet werden könne, ausser während der Hospitalisation 2019. Die beim Versicherten bestehende Chronifizierungstendenz lasse auf eine eher ungünstige Prognose und somit auf eine nicht relevante Verbesserung der Leistungsfähigkeit in absehbarer Zeit schliessen. Es falle auf, dass sich die Diagnose Fibromyalgie/somatoforme Schmerzstörung im psychiatrischen Gutachten nicht wiederfinde. Sodann werde der Verdacht auf eine Dissimulation geäussert, was jedoch in der Epikrise nicht weiter diskutiert werde. Das in der Vorgeschichte mehrfach erwähnte ADHS werde von der Gutachterin lediglich als Aufmerksamkeitsdefizit erwähnt.

7.7.2 Gemäss der Stellungnahme des F. _____ vom 20. Januar 2021 liegen beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen vor (IVSTA-act. 67):

Hauptdiagnose

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradig (ICD-10 F33.1)

Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Anamnestisch adultes ADHS
- Cervikal- und Lumbalsyndrom (ICD-19 M54.2 und M54.5).

In der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht seit dem 21. April 2018 zu 100% arbeitsunfähig. Es bestünden funktionelle Einschränkungen aufgrund eines Zervikal- und Zervikobrachialsyndroms, die die Ausübung der bisherigen Tätigkeit des Beschwerdeführers als Maler beeinträchtigten. In einer leidensangepassten Tätigkeit (keine Überkopfarbeiten, keine Rotationsbewegungen des Rumpfs, keine knienden oder bückenden Tätigkeiten, Tragen von Lasten bis max. 15 kg, keine lärm- und/oder stressexponierten Tätigkeiten oder Tätigkeiten die komplexe Aufgaben beinhalten, keine Tätigkeiten, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie Tätigkeiten, die grosse Selbständigkeit, Kundenkontakt oder einen Umgang mit Emotionen erfordern) bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit.

7.7.3 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens hielt E. _____ am 11. August 2021 fest (BVGer-act. 6, Beilage), eine somatoforme Schmerzstörung werde weder von B. _____ noch von der Reha-Klinik diagnostiziert. Vielmehr sei diese Diagnose fachfremd vom orthopädisch-rheumatologischen Gutachter gestellt worden, was gegen das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung spreche. Details zur Psychotherapie seien nicht bekannt. Das orthopädische und das psychiatrische Gutachten seien unabhängig voneinander erstellt worden. Die Ärztin nahm sodann eine kurze Diskussion der Standardindikatoren vor und schlussfolgerte, daraus ergebe sich keine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit.

7.8 Im fachärztlichen Gutachten vom 4. Oktober 2021, welches im Beschwerdeverfahren eingereicht wurde, hielt B. _____ Folgendes fest (BVGer-act. 10, Beilage):

Eintrittsdiagnosen am 14. Juni 2018

Psychiatrische Diagnosen

- Adultes ADS in Abklärung DD Asperger-Erkrankung (ICD-10 F90.1, F84.5)

- Zustand nach rezidivierenden mittelgradigen depressiven Episoden (ICD-10 F32.1Z)
- Zustand nach schwergradiger depressiver Episode mit Suizidalität (ICD-10 F32.2Z)
- Tagesmüdigkeit (ICD-10 G47.8)
- Schlafstörungen (ICD-10 G47.2)
- Sozialphobie

Somatische Diagnosen

- Zustand nach rezidivierender akuter Lumbalgie (ICD-10 M54.4)
- Bandscheibenvorfall L4/L5 (ICD-10 M51.1, M99.53)
- Cervikalgie
- Bandscheibenvorfall C6/C7 links
- Nikotinabusus
- Schultergelenkschmerzen bei linksgewichteter Periarthrosis calcarea und linksgewichtetem subacromialem Impingementsyndrom.

Beim Beschwerdeführer falle eine mangelhafte Konzentrationsfähigkeit, eine vermehrte Ablenkbarkeit und das nicht ausreichend entwickelte Beherrschen des deutschen Idioms mit reduziertem Sprachschatz auf (S. 4). Es sei das Phänomen der intellektuell kognitiven Diskrepanz erkennbar, welches bei Patienten mit einem ADS häufig beschrieben werde, das Vorliegen dieser Störung aber nicht beweise (S. 6). Eine depressive Störung jedenfalls habe der Beschwerdeführer nicht (S. 7). Dieser verfüge über eine schlechte repetitive Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung (S. 9). Weiterhin erscheine auch seine Affektstruktur normabweichend. Hier neige er unverändert zu ich-bezogenen sensitiven, auch paranoiden Affektinhalten. Er, der Facharzt, sei der Auffassung, dass differenzialdiagnostisch eine Störung aus dem autistischen Formenkreis in Betracht gezogen werden müsse (S. 10). Abschliessend stünden folgende Diagnosen fest (S. 15):

Psychiatrische Diagnosen

- Erkrankung des autistischen Formenkreises, DD Asperger Syndrom zur weitere Abklärung
- ADHS unter den diskutierten Gesichtspunkten eher wenig wahrscheinlich
- Zustand nach rezidivierenden mittelgradigen depressiven Episoden
- Zustand nach schwergradiger depressiver Episode mit psychotischen Symptomen (Suizidalität)
- Anhaltende depressive Symptomatik, anhaltend unangepasstes Affekt- und Sozialverhalten im Rahmen der ICD-10 F84.5.

Vor diesem Hintergrund seien die Fähigkeiten zur Teilhabe in jeder Hinsicht verringert. Es bestehe eine Störung der privaten und persönlichen Teilhabe auf Grund phasenweiser und auch häufiger auftretender depressiver Episoden mit Einbruch des Selbstwertgefühles, der Leistungsfähigkeit und der Stimmung (alio loco sei auch die Diagnose einer Dysthymie gesehen worden; S. 16). Vor dem Hintergrund der Entwicklung persönlichkeitsveränderter Anteile im Rahmen einer autistischen Störung ergäben sich auch Probleme im Umgang mit den umgebenden sozialen Kontakten, den Kontakten am Arbeitsplatz, allerdings auch in der Privatsphäre. Die selbstbezogenen sensitiven Veränderungen des Affekterlebens bis hin zu einer paranoiden Verarbeitung, verknüpft mit Zeichen einer psychosozialen Angsterkrankung (soziale Phobie), gestatteten es dem Patienten nicht, in adäquater Weise im Berufsleben mit seinem Umfeld umzugehen. Vor dem Hintergrund der objektivierten erheblichen Probleme der Konzentration, auch der repetitiven Belastbarkeit, bei Einschränkung der Aufmerksamkeitssteuerung, der Aufmerksamkeit an sich aber auch vor dem Hintergrund eines eher restriktiven Gebrauchs des entwickelten Hochdeutschen Idioms, sei es bei dem Patienten auch zu Auffälligkeiten in seinem Auftreten und seinem Persönlichkeitsbild sowie der Ich-Bewertung und des Selbstwertgefühls gekommen. Störungen der Selbstwertentwicklung und anhaltende Störungen der Persönlichkeit und die zunehmende Unfähigkeit zur Entwicklung symmetrischer sozialer Kommunikationsstrukturen gehörten zu den klassischen Strukturen einer Störung des autistischen Formenkreises, gegebenenfalls auch des Asperger-Syndroms. Diese Erkrankung gehe häufig mit sozialen Phobien und inadäquatem Sozialverhalten einher. Unter diesen Auspizien sei auch die Arbeitsfähigkeit entsprechend eingeschränkt. Der Beschwerdeführer könne in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiter eines Fleisch-Großhandelsunternehmens maximal unter 3 Stunden am Tag tätig sein. Auch auf dem allgemeinen freien Arbeitsmarkt sei von einer Leistungsfähigkeit von unter 3 Stunden auszugehen. Zudem bestehe eine eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit (S. 17). Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sei somit auf unter 20 von 100 einzuschätzen; sie sei anhaltend und bestehe seit dem Eintritt des Beschwerdeführer in die Behandlung am 21. Juni 2018. Eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sei ebenfalls nicht gegeben. Die massive Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, der Konzentrationsfähigkeit sowie das im Alter des Beschwerdeführers sich zunehmend gravierend auswirkende unbehandelte Syndrom des autistischen Formenkreises samt der sozialen Phobie verhinderten einen Einsatz des Beschwerdeführers auch in einer solchen Tätigkeit. Die Arbeitsfähigkeit könne weder durch medizinische noch durch Rehabilitationsmassnahmen relevant verbessert werden.

B._____ nahm sodann gesondert zum orthopädischen Gutachten vom 25. November 2020 und zum psychiatrischen Gutachten vom 27. November 2020 Stellung (vgl. «Aktenvermerk vom 30. September 2021» und «zweiter Aktenvermerk»). Er beanstandete hinsichtlich des psychiatrischen Gutachtens von D._____, eine psychometrische Testung sei nicht vorgenommen worden. Auch eine Überprüfung des Gedächtnisses anhand üblicher Schnelltestverfahren sei entgegen den qualitativen Erfordernissen nicht abgeliefert worden. Das Gutachten sei so knapp gehalten, dass insbesondere die psychosoziale Entwicklung, aber auch die frühe, kindliche, jugendliche psychomentele Edukation und die Phase des Heranwachsens (letztendlich für die Beurteilung der gegenwärtigen Persönlichkeitsstruktur unabdingbar) nicht abgeklärt worden seien. Bei gleichzeitigem Fehlen objektiver, nachvollziehbarer psychiatrischer Befunde und Kriterien erschienen die Aussagen der Fachkollegin nicht nachvollziehbar. Betreffend das orthopädische Gutachten des C._____ kritisierte B._____, bei Beschwerden an der Brustwirbelsäule liessen sich eindeutig pathologisch morphologische Korrelate einer über das Altersmass hinausgehenden Erkrankung der Bandscheiben an der Hals-, an der Lendenwirbelsäule und auch an der Brustwirbelsäule objektivieren. Unter diesen Auspizien sei der Gebrauch des vom Kollegen C._____ verwendeten Begriffs «Fibromyalgie» sachlich weder gerechtfertigt noch wissenschaftlich opportun. Das Vorliegen neurologisch objektivierbarer Ausfälle und die in diesem Fall gegebene Objektivierbarkeit der Befunde durch neuroradiologische Verfahren schliesse eine Fibromyalgie vielmehr aus.

7.9 In ihrer Stellungnahme vom 22. Oktober 2021 hielt E._____ fest (BVGer-act. 10, Beilage), der Verlauf werde nicht mehr wesentlich mit einer rezidivierenden depressiven Störung in Verbindung gebracht, obwohl diese bis anhin mehrfach diagnostiziert worden sei. Vielmehr bestehe eine Erkrankung aus dem autistischen Formenkreis. Vor dem Hintergrund dieser Störung (mit Hinweisen auf ein Asperger-Syndrom) seien die depressiven Beschwerden als Symptome im Rahmen dieser Erkrankung einzuordnen. Eine Störung aus dem autistischen Formenkreis werde immer wieder erst spät im Verlauf diagnostiziert, gleichwohl hätten bisherige Behandler und Gutachter bisher keinen solchen Verdacht geäussert. Der Beschwerdeführer habe zudem wiederholt die Kriterien einer depressiven Episode in unterschiedlichem Ausmass erfüllt. Bei ihm werde auch jetzt vom behandelnden Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, in Zusammenarbeit mit der behandelnden Psychotherapeutin, keine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Die bisherigen Befunde würden im aktuellen Bericht (einfach) diagnostisch anders eingeordnet. Für die Einschätzung eines

behandelnden Arztes spreche an sich immer die Kenntnis im Quer- und vor allem Längsschnitt. Die Diagnose Autismus-Spektrum-Störung sei jedoch bisher von anderen Fachärzten nicht in Erwägung gezogen worden. Während der stationären Behandlung im Jahre 2019 beispielsweise sei ein partielles Erreichen der Behandlungsziele vermerkt worden. Der Beschwerdeführer selber habe damals angegeben, den Kontakt zu Mitpatienten als positiv erlebt zu haben. Groben qualitativen Auffälligkeiten der gegenseitigen sozialen Interaktion entspreche dies eher nicht. Die funktionellen Einschränkungen seien bereits im Gutachten berücksichtigt worden.

Aus somatischer Sicht hielt F. _____ am 29. Oktober 2021 fest (BVGer-act. 10, Beilage), die im fachärztlichen Gutachten vom 4. Dezember 2021 enthaltenen Angaben würden mit den funktionellen Einschränkungen, die in der Stellungnahme vom 20. Januar 2021 festgestellt worden seien (vgl. E. 7.7.2), übereinstimmen. Demnach bestehe in einer leidensangepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit.

8.

8.1 Die Vorinstanz stellte für die angefochtene Verfügung im Wesentlichen auf die Stellungnahmen des RAD vom 24. September 2020, 14. Januar 2021 und 20. Januar 2021 ab (IVSTA-act. 56, 66, 67), welche sich wiederum (hauptsächlich bzw. zumindest teilweise) auf das psychiatrische und orthopädische Gutachten vom 25. bzw. 27. November 2020 (IVSTA-act. 60, 61) stützten.

8.2 Die Gutachten vom 25. bzw. 27. November 2020 wurden von einschlägigen Fachärzten erstellt. Diese erhoben aber insbesondere keine ausreichende Anamnese (vgl. IVSTA-act. 60 und 61, je S. 6 f., aus der hervorgeht, dass den Gutachtern keine medizinischen Vorakten vorlagen). Eine Auseinandersetzung mit früheren medizinischen Unterlagen und Beurteilungen fand entsprechend nicht statt. Die gutachterlichen Einschätzungen wurden nur rudimentär begründet und lassen sich dementsprechend nicht nachvollziehen. Sodann wurden die Schlussfolgerungen nicht aus einer Gesamtsicht bzw. in einer Konsiliarbeurteilung interdisziplinär getroffen, sondern in jedem Fachgebiet separat. Die Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Beschwerden wurden nicht diskutiert und blieben unberücksichtigt. Die Standardindikatoren wurden weder erhoben noch gewürdigt. Auf die entsprechenden Gutachten kann daher nicht (unbesehen) abgestellt werden. Sie gelten nicht als beweiskräftig im Sinne der Rechtsprechung (vgl. dazu E. 6.3 und 6.5 hiervor). Dies gilt umso mehr, als selbst die Vorinstanz nicht vollumfänglich auf diese Bezug nahm, sondern –

entgegen der gutachterlichen Einschätzung – anerkannte, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei.

Die Vorinstanz wendet zwar ein, dass die fehlende fachübergreifende Diskussion der Befunde vorliegend keinen Einfluss auf die Beurteilung gehabt habe, da sich die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in Verweisungstätigkeiten einzig aufgrund von psychiatrischen Befunden ergäben, während von somatischer (orthopädisch-neurologischer) Seite Einschränkungen einzig in der schweren bisherigen Tätigkeit bestünden (BVGer-act. 6). Diese Argumentation greift aber zu kurz. Wirken verschiedene Leiden zusammen und beeinflussen sie sich gegenseitig, kann sich eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit auch dann ergeben, wenn die Beschwerden je einzeln die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt hätten. Es ist Zweck eines interdisziplinären Gutachtens, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen (BGE 143 V 124 E. 2.2.4; 137 V 210 E. 1.2.4). Das Bundesgericht hat im Übrigen präzisiert, dass das Abstellen auf ein polydisziplinäres Gutachten nicht bereits deshalb bundesrechtswidrig sei, weil keine Konsensbeurteilung stattgefunden habe. Die Frage des Beweiswerts beurteile sich vielmehr im Einzelfall danach, ob sich gestützt auf die Expertise die rechtsrelevanten Fragen beantworten lassen oder nicht (BGE 143 V 124 a.a.O.).

Zu prüfen ist demnach im Folgenden, ob die vorhandenen Akten eine rechtsgenügeliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zulassen.

8.3 Dem Beschwerdeführer wurde erstmals im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Diagnose einer Erkrankung aus dem autistischen Formenkreis gestellt (vgl. BVGer-act. 10 [fachärztliches Gutachten vom 4. Oktober 2021, S. 15]), wobei deren Bedeutung und Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht (aus einer Gesamtsicht) gewürdigt wurden. Dabei mag das Gutachten vom 4. Oktober 2021 zwar auf einen Zeitpunkt nach dem Verfügungserlass datieren; offensichtlich bezieht es sich aber auf den Zeitraum vor Verfügungserlass resp. lässt Rückschlüsse darauf zu. Es ist daher vorliegend in die Beurteilung miteinzubeziehen (vgl. E. 3.1 hiervor).

8.4 Die Diagnose eines ADS/ADHS (mit Symptompersistenz im Erwachsenenalter) wird gemäss der Auflistung im fachärztlichen Gutachten vom 4. Oktober 2021 als eher wenig wahrscheinlich qualifiziert (vgl. BVGer-

act. 10 [fachärztliches Gutachten vom 4. Oktober 2021, S. 15]), obschon das Bestehen dieser Erkrankung vorher jahrelang und auch während des mehrwöchigen Rehabilitationsaufenthalts vermutet worden war (vgl. IVSTA-act. 15, 17, 19, 46). Ohnehin besteht diesbezüglich ein Widerspruch im Gutachten. Einerseits wird festgehalten, die Frage eines Adulten ADS im Zusammenhang mit einem Asperger-Syndrom sei noch in Abklärung (S. 2), andererseits wird die Diagnose (ohne Asperger) als eher unwahrscheinlich beurteilt (S. 15). Anhand der vorliegenden Akten kann weder nachvollzogen werden, ob diese Diagnose nun besteht oder nicht, noch, welche Auswirkungen sie allenfalls auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zeitigt.

8.5 Im Übrigen widersprechen sich die Akten in Bezug auf die Frage, ob beim Beschwerdeführer eine depressive Störung vorliegt (gemäss BVGer-act. 10 [fachärztliches Gutachten vom 4. Oktober 2021, S. 7, 9 und 10] und IVSTA-act. 17 sowie 51 liegt keine depressive Störung vor, gemäss IVSTA-act. 15, 19, 20 und 44 ist eine solche hingegen gegeben), ohne dass dieser Widerspruch einer Klärung zugeführt wurde.

8.6 Darüber hinaus wurden weder das Bestehen einer Fibromyalgie bzw. eines somatoformen Schmerzsyndroms (vgl. orthopädisches Gutachten in IVSTA-act. 60) noch jenes einer möglichen posttraumatischen Belastungsstörung (vgl. IVSTA-act. 15, S. 3) umfassend und nachvollziehbar abgeklärt. B._____ bezeichnete die Symptomatik als «Pseudozeichen eines Fibromyalgiesyndroms» (BVGer-act. 10 [fachärztliches Gutachten vom 4. Oktober 2021, S. 15]), wobei die Bedeutung dieser Einschätzung sich nicht leichthin erschliesst. Betreffend die Empfehlung des Facharztes im orthopädischen Gutachten vom 25. November 2020, wonach die Diagnose Fibromyalgie/somatoformes Schmerzsyndrom in einem neurologisch psychiatrischen Gutachten zu thematisieren sei (vgl. IVSTA-act. 60, S. 12), ist anzumerken, dass es sich bei der Fibromyalgie nach schweizerischer Rechtsprechung um ein rheumatologisch-psychiatrisches Leiden handelt (BGE 132 V 65 E. 4.3), was C._____, der einen Facharztstitel als Orthopäde und Rheumatologe besitzt, zu verkennen scheint (vgl. dazu auch Urteile des BGer 9C_688/2016 vom 16. Februar 2017 E. 3.5; 9C_837/2016 vom 13. Juni 2016 E. 3.2.1). Im Jahr 2022 hat die WHO die Diagnose Fibromyalgie im Rahmen der elften Überarbeitung der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-11) aus der Gruppe der rheumatischen Erkrankungen entfernt und umgeteilt in die neu geschaffene Gruppe der chronischen primären Schmerzsyndrome. Die neue internationale Einteilung gilt zwar seit 2022, ist in der Schweiz jedoch noch nicht in Kraft gesetzt

worden (vgl. <https://www.rheumaliga.ch/rheuma-von-a-z/fibromyalgie>; zuletzt abgerufen am 17. April 2024). Insofern ändert sich bezüglich der bisherigen Praxis betreffend die Begutachtung einer allfälligen Fibromyalgie (bislang) nichts.

8.7 Ausserdem versäumte es die Vorinstanz, einen (separaten, ausführlichen) Bericht der Psychotherapeutin des Beschwerdeführers einzuholen, obschon sich dieser schon seit Längerem in der entsprechenden Behandlung befindet (vgl. dazu IVSTA-act. 44 [S. 2], 51 [S. 1], 61 [S. 2]; BVGer-act. 1 [S. 5]) und der medizinische Sachverhalt sich, insbesondere mit Blick auf die psychischen Beschwerden, nicht als geklärt erweist.

8.8 Insgesamt ergibt sich, dass erstens keine klaren medizinischen Diagnosen vorliegen (E. _____ sprach am 22. Oktober 2021 bezeichnend von einer «diagnostischen Vielfalt» [BVGer-act. 10, Beilage]) bzw. der medizinische Sachverhalt nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht. Zweitens ist in Missachtung des Untersuchungsgrundsatzes der medizinische Sachverhalt nicht aus einer Gesamtsicht gewürdigt worden, obwohl der Beschwerdeführer an verschiedenen Beschwerden leidet, die sich gegenseitig beeinflussen dürften (vgl. insbesondere die Diagnosen in den vorliegenden psychiatrischen und orthopädischen Gutachten [IVSTA-act. 60 und 61, je S. 4] sowie im fachärztlichen Gutachten vom 4. Oktober 2021 in BVGer-act. 10). Drittens divergieren die Einschätzungen, ob und inwiefern beim Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit besteht (Arbeitsunfähigkeit weniger als 20% gemäss BVGer-act. 10 [fachärztliches Gutachten vom 4. Oktober 2021, S. 17]; vollständige Arbeitsunfähigkeit gemäss IVSTA-act. 15 [nach längerem stationärem Aufenthalt 2019], 19, 20, 44; teilweise Arbeitsunfähigkeit gemäss IVSTA-act. 61, S. 4), wobei die erhebliche Differenz nicht näher beleuchtet wurde. Viertens fehlt ein umfassendes strukturiertes Beweisverfahren (vgl. dazu BGE 143 V 418; 141 V 281), wobei die kurze Diskussion der Standardindikatoren im Rahmen der Vernehmlassung (vgl. BVGer-act. 6, Beilage) nicht als zureichend bzw. vollständig erscheint (zu den entsprechenden Anforderungen vgl. E. 6.7 hiervor).

Zu den Stellungnahmen des RAD bleibt sodann festzuhalten, dass diese nicht auf eigenen persönlichen Untersuchungen des Beschwerdeführers basieren und sie als Aktenberichte (jeweils aus den Fachgebieten der Psychiatrie und der allgemeinen Medizin) die Komplexität des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers nicht zu erfassen vermögen und somit auch keine rechtsgenügende Grundlage für die Beurteilung seiner

Restarbeitsfähigkeit bilden können (vgl. auch die Rechtsprechung des Bundesgerichts, wonach es für eine überzeugende psychiatrische Exploration in aller Regel eines Gesprächs mit dem Patienten bedürfe, weil im Rahmen der Psychiatrie der persönliche Eindruck von ausschlaggebender Bedeutung sei [vgl. Urteile des BGer 8C_721/2014 vom 27. April 2015 E. 7.3; I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1; Urteil des BVGer C-3894/2015 vom 8. Februar 2017 E. 6.2.3]).

Zusammengefasst sind die von der Rechtsprechung aufgestellten beweisrechtlichen Anforderungen an einen Bericht des internen medizinischen Dienstes (vgl. E. 6.6 hiervor) vorliegend nicht erfüllt. Vielmehr bestehen namhafte Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, weshalb ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind. Im Übrigen liegen auch keine anderen, beweiskräftigen medizinischen Berichte im Recht, die aus einer Gesamtsicht eine umfassende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ermöglichen würden.

9.

9.1 Nach dem Gesagten hat die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt in Verletzung von Art. 43 ff. ATSG mangelhaft abgeklärt, womit die entscheidewesentlichen Aspekte ungeklärt geblieben sind. Folglich steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen und hernach neuem Entscheid nichts entgegen (vgl. BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4; Urteil des BVGer C-977/2020 vom 6. Juli 2023 E. 10.1).

9.2 Die Vorinstanz ist mithin in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten, eine Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Orthopädie, Rheumatologie und Psychiatrie (letztere insbesondere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 148 V 49; 143 V 409 und 418; 141 V 281]) erforderlich, wobei, soweit möglich, Experten im Bereich Autismusspektrumstörung bzw. Asperger einzubeziehen sein werden. Ob neben den genannten Fachdisziplinen weitere Spezialisten beizuziehen sind, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär deren Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1).

9.3 Die Begutachtung hat in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72^{bis} Abs. 2 IVV). Dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

10.

Abschliessend bleibt darauf hinzuweisen, dass die vorzunehmende Rückweisung die Gefahr einer Schlechterstellung (sog. *reformatio in peius*) beinhaltet, da die von der Vorinstanz mit Verfügung vom 14. Mai 2021 zugesprochene halbe Rente in Frage gestellt wird (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4). Dem Beschwerdeführer wurde daher vorgängig am 27. Februar 2024 das rechtliche Gehör gewährt (BVGer-act. 18). Mit Eingabe vom 8. April 2024 hielt dieser an seiner Beschwerde fest (BVGer-act. 19).

11.

11.1 Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (vgl. BGE 146 V 28 E. 7; 141 V 281 E. 11.1; Urteil 8C_554/2023 vom 16. Januar 2024 E. 5).

11.2 Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weshalb ihm der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten zu überbinden (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG).

11.3 Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG; Art. 7 Abs. 1, 2 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

Die Rechtsvertreterin reichte eine Honorarnote im Umfang von Fr. 5'361.30 (17.9 Stunden zu Fr. 270.-, Auslagen von Fr. 144.99, MwSt. von Fr. 383.31) ein (BVGer-act. 16). Der geltend gemachte Aufwand von insgesamt 17.9 Stunden erscheint vor dem Hintergrund, dass nur der notwendige Aufwand zu entschädigen ist (Urteil des BGer 8C_426/2018 vom 10. August 2018 E. 5.3 m.H.) und im Sozialversicherungsrecht die Untersuchungsmaxime gilt (vgl. dazu BGE 125 V 193 E. 2 und 122 V 157 E. 1a), unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens, der Länge des Verfahrens und der Bedeutung der Streitsache zwar als eher hoch (vgl. dazu auch Urteile des BVGer C-4737/2022 vom 17. November 2022 S. 3; C-801/2019 vom 19. Mai 2022 E. 7.2; C-7354/2017 vom 18. November 2021 E. 11.2), aber grundsätzlich noch als akzeptabel. Nicht notwendig bzw. Aufgabe der Rechtsanwältin war demgegenüber die Ergänzung vom 11. April 2023 betreffend (die dem Gericht notorisch bekannte) IVV-Revision, weshalb die Honorarnote entsprechend (um 0.30 Stunden) zu kürzen ist. Ebenso wenig zu entschädigen ist die Absprache mit Rechtsanwalt H. _____ vom 7. Juni 2021 (0.20 Stunden; vgl. dazu IVSTA-act. 91). Der geltend gemachte Stundenansatz von Fr. 270.- liegt innerhalb des Rahmens von Art. 10 Abs. 2 VGKE und ist aufgrund der Komplexität des Falles gerechtfertigt. Bezüglich der geforderten Auslagen in der Höhe von Fr. 144.99 ist darauf hinzuweisen, dass gemäss Art. 11 Abs. 1 VGKE die tatsächlichen (und nicht pauschale) Auslagen zu vergüten sind (vgl. dazu auch Urteile des BVGer C-45/2014 vom 26. Juli 2016 E. 9.2.2 m.H. auf A-4556/2011 vom 27. März 2012 E. 3.1.3; C-1015/2018 vom 18. Juli 2018). Die Rechtsanwältin hat die Spesen vorliegend nicht im Detail bzw. konkret ausgewiesen. Mit Blick auf die umfangreichen Akten und die detaillierte Honorarnote, welche den angefallenen Aufwand nachvollziehbar macht, ist jedoch davon auszugehen, dass die geltend gemachten Auslagen für Porto, Telefon und Fotokopien in der Höhe von Fr. 144.99 in etwa den tatsächlichen Kosten entsprechen dürften, sodass sie in dieser Höhe zu entschädigen sind (so auch Urteil des BVGer C-445/2021 vom 14. November 2023 E. 12.2). Zur Mehrwertsteuer ist anzufügen, dass die Entschädigung ohne dieselbe zuzusprechen ist, da der Beschwerdeführer im Ausland wohnt und es sich um keine Entschädigung aus unentgeltlicher Rechtspflege handelt (vgl. dazu z.B. Urteile des BVGer C-2823/2022 vom 26. Mai 2023 E. 7.3 f.; C-1741/2014 vom 28. April 2016 E. 8.3; C-6173/2009 vom 29. August 2011 Art. 9 Abs. 1 VGKE).

Mithin ergibt sich eine Parteientschädigung von Fr. 4'843.- (17.4 x 270 + 144.99; ohne Mehrwertsteuer). Die Parteientschädigung ist von der Vor-

instanz nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zu leisten (Art. 64 Abs. 2 VwVG).

Als (unterliegende) Bundesbehörde hat die Vorinstanz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario sowie Art. 7 Abs. 3 VGKE).

(Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.)

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die Verfügung vom 14. Mai 2021 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Dem Beschwerdeführer wird der Kostenvorschuss von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.

Dem Beschwerdeführer wird eine Parteientschädigung zulasten der Vorinstanz in der Höhe von Fr. 4'843.- zugesprochen.

4.

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

(Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.)

Die vorsitzende Richterin:

Die Gerichtsschreiberin:

Selin Elmiger-Necipoglu

Helena Falk

Rechtsmittelbelehrung:

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

Versand: