



Urteil vom 26. Mai 2025

Besetzung

Richterin Viktoria Helfenstein (Vorsitz),
Richter Christoph Rohrer, Richter Beat Weber,
Gerichtsschreiber Roger Stalder.

Parteien

A. _____, (Frankreich),
vertreten durch lic. iur. LL.M. Christine Fleisch,
Rechtsanwältin,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

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

Sachverhalt:**A.**

Der 1970 geborene, in Frankreich wohnhafte und geschiedene Italiener A. _____ (*im Folgenden*: Versicherter oder Beschwerdeführer) reiste gemäss seinen eigenen Angaben am 1. Mai 2011 in die Schweiz ein und arbeitete hier seit Juli 2011 über diverse Stellenvermittler auf dem Bau (Akten der Sozialversicherungsanstalt des Kantons B. _____, IV-Stelle [*im Folgenden*: IV-Stelle B. _____ resp. IV-act.], 9 und 19 S. 1). Zuletzt war er vom 16. Januar bis 1. März 2018 über die C. _____ AG, welche die Personalvermittlung für Temporär- und Dauerstellen in allen Geschäftsbereichen bezweckt (vgl. www.zefix.ch > Firmenname > suchen > kantonaler Auszug; zuletzt besucht am 13. September 2024), bei der D. _____ AG, welche ein Maler- und Gipsergeschäft betreibt (vgl. www.zefix.ch > Firmenname > suchen > kantonaler Auszug; zuletzt besucht am 13. September 2024), beschäftigt (IV-act. 1, 2 S. 2 und 3 und 17). Zuzufolge seiner krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit richtete die zuständige Krankenversicherung ab dem 5. Februar 2018 Taggelderleistungen aus (IV-act. 2 S. 1).

B.

B.a Mit Datum vom 2. Juli 2018 meldete sich der Versicherte zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Nach Vorliegen von Akten des Krankenversicherers (IV-act. 12) und Unterlagen des letzten Arbeitgebers (IV-act. 17) sowie weiterer medizinischer Dokumente (IV-act. 20) beauftragte der Krankenversicherer die E. _____ AG mit einer ärztlichen Untersuchung und einer Abklärung der körperlichen Leistungsfähigkeit (IV-act. 27 S. 35). In Kenntnis weiterer medizinischer Schriftstücke (IV-act. 28) resp. der Begutachtungsergebnisse der E. _____ AG (act. 33) orientierte die IV-Stelle B. _____ den Versicherten mit Mitteilung vom 5. Juni 2019 über das Nichtbestehen eines Anspruchs auf berufliche Eingliederungsmassnahmen (IV-act. 35 und 36); gleichentags wurde ihm mitgeteilt, dass nun die Abklärung hinsichtlich eines allfälligen Rentenanspruchs erfolge (IV-act. 37).

B.b Nachdem der Allgemeinmediziner Dr. med. F. _____ am 18. Juni 2019 berichtet hatte (IV-act. 39), sprach Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst H. _____ (*im Folgenden*: RAD), am 16. August 2019 die Empfehlung aus, vor einer wohl notwendigen multidisziplinären Abklärung seien weitere Informationen einzuholen (IV-act. 41). In der Folge edierte die IV-Stelle B. _____ die Akten des Krankenversicherers ab dem 19. März 2019 (IV-act. 43 und 45). Nach

Vorliegen des Berichts der Psychiaterin Dr. med. I. _____ vom 10. Oktober 2019 (IV-act. 48) sowie des Austrittsberichts des J. _____ vom 15. November 2019 betreffend die vom 14. Oktober bis 15. November 2019 stattgefundenene stationäre kardiovaskuläre Rehabilitation (IV-act. 50) empfahl Dr. med. G. _____ vom RAD am 19. November 2019 eine unabhängige kardiologische und psychiatrische Abklärung (IV-act. 52). In der Folge beauftragte die IV-Stelle B. _____ am 27. November 2019 das Universitätsspital K. _____, asim Begutachtung, mit einer bidisziplinären Expertise (IV-act. 56 und 57; vgl. auch IV-act. 53 bis 55 und 58 bis 60 und 65).

B.c Nach Vorliegen des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (IV-act. 66 S. 19 bis 34), des kardiologischen Teilgutachtens der Dres. med. M. _____ und N. _____ (IV-act. 66 S. 14 bis 18) sowie der Konsensbeurteilung vom 27. März 2020 (IV-act. 66 S. 2 bis 9) vertrat Dr. med. von O. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom RAD am 14. Mai 2020 die Auffassung, das psychiatrische Gutachten genüge keinerlei Ansprüchen an die Beweiswürdigung und sei nicht geeignet, die Fragen nach den Einschränkungen und der Arbeitsfähigkeit schlüssig und nachvollziehbar zu beantworten, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne (IV-act. 70). Daraufhin war der stellvertretende Abteilungsleiter der IV-Stelle B. _____ am 27. Mai 2020 der Auffassung, aufgrund der gravierenden Mängel seien Rückfragen nicht zielführend, weshalb eine Oberbegutachtung notwendig sei. Nebst der medizinischen Fachdisziplin Psychiatrie und Psychotherapie sei auch diejenige der Rheumatologie notwendig. Das Gutachten könne zum Beispiel bei PD Dr. med. P. _____ und Dr. med. Q. _____ in Auftrag gegeben werden (IV-act. 71). Nach einer weiteren RAD-Stellungnahme von Dr. med. G. _____ vom 3. Juni 2020 (IV-act. 72) beauftragte die IV-Stelle B. _____ am 11. Juni 2020 die Dres. med. Q. _____, Facharzt für Innere Medizin (speziell Rheumatologie), und P. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit einer bidisziplinären Begutachtung (IV-act. 75 und 76; vgl. auch IV-act. 73, 74 und 77).

B.d In der Folge erstellten die Dres. med. P. _____ und Q. _____ am 23. und 24. September 2020 ihre Teilgutachten psychiatrischer und rheumatologischer Art (IV-act. 82 S. 1 bis 53 und IV-act. 83); die entsprechende Konsensbeurteilung fand ebenfalls am 24. September 2020 statt (IV-act. 82 S. 54 bis 61). Nach einer durch den RAD-Arzt Dr. med. G. _____ am 1. Oktober 2020 vorgenommenen Gutachtensprüfung (IV-act. 85) stellte die IV-Stelle B. _____ dem Versicherten mit Vorbescheid vom

2. November 2020 bei einem Invaliditätsgrad (*im Folgenden auch: IV-Grad*) von 3 % die Abweisung des Rentenanspruchs in Aussicht (IV-act. 86).

B.e Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch die R._____, am 26. November 2020 summarisch seine Einwendungen vorbringen (IV-act. 87 und 88). Nachdem er die Rechtsanwältin Christine Fleisch mit der Wahrung seiner Interessen beauftragt hatte, liess er mit Eingabe vom 21. Januar 2021 seine begründeten Einwendungen vorbringen (IV-act. 93 und 94). Nach Übermittlung weiterer medizinischer Unterlagen am 10. und 24. Februar 2021 (IV-act. 95 bis 97) nahmen die Dres. med. O._____ und G._____ am 3. und 4. März 2021 erneut Stellung (IV-act. 99 und 100). Daraufhin liess der Versicherte im Rahmen des Schreibens vom 29. März 2021 eine Stellungnahme des Gutachters Dr. med. L._____ zu der Expertise von PD Dr. med. P._____ einreichen (IV-act. 104); diese wurde nach Empfehlung des RAD-Arztes Dr. med. G._____ vom 20. April 2021 (IV-act. 106 und 107) an PD Dr. med. P._____ zur Würdigung und Diskussion übermittelt (IV-act. 108). Nach Eingang der entsprechenden Stellungnahme vom 5. Juli 2021 (IV-act. 111) und Berichten der Dres. med. O._____ und G._____ vom RAD vom 23. und 28. Juli 2021 (IV-act. 113 und 114) übermittelte die IV-Stelle B._____ der Invalidenversicherungs-Stelle für Versicherte im Ausland (*im Folgenden: IVSTA* oder Vorinstanz) zuständigkeitshalber die von ihr vorbereitete, rentenabweisende Verfügung, welche im Ergebnis dem Vorbescheid vom 2. November 2020 entsprach (IV-act. 119 und 120); die diesbezüglich von der IVSTA erlassene Verfügung datiert vom 13. Dezember 2021 (IV-act. 121).

C.

C.a Hiergegen liess der Versicherte durch seine Rechtsvertreterin beim Bundesverwaltungsgericht mit Eingabe vom 31. Januar 2022 Beschwerde erheben und unter anderem beantragen, es sei die Verfügung vom 13. Dezember 2021 aufzuheben und es sei dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Januar 2019 eine ganze IV-Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Verfügung vom 13. Dezember 2021 aufzuheben und es sei die IV-Stelle zu verpflichten, eine unabhängige psychiatrische Oberbegutachtung in die Wege zu leiten; gestützt auf das psychiatrische Obergutachten sei über den Anspruch auf eine IV-Rente neu zu entscheiden.

Zur Begründung wurde zusammengefasst ausgeführt, die offenen Fragen oder Zweifel an den gutachterlichen Schlüssen hätten ohne Weiteres durch

ergänzende Fragen an den Gutachter Dr. med. L. _____ geklärt werden können. Dessen Gutachten weise überhaupt keine schwerwiegenden Mängel auf. Das Einholen eines Zweitgutachtens bei PD Dr. med. P. _____ verstosse gegen das Verbot des Einholens einer second opinion. Die Ausführungen des RAD in Bezug auf die Qualität des Gutachtens seien unzutreffend. Mittels geeigneter Rückfrage zum psychopathologischen Befund hätte die Kritik der mangelnden Konformität der AMDP-Befunderhebung sofort behoben werden können. Dr. med. L. _____ halte in seinem ergänzenden Bericht vom 26. März 2021 fest, bei entsprechender Nachfrage hätte er den Befund ohne Weiteres nachliefern können. Die für den psychiatrischen Befund erforderlichen Symptome seien bereits im psychiatrischen Gutachten beschrieben worden. Dr. med. L. _____ habe sowohl in seinem Gutachten als auch in seinem ergänzenden Bericht vom 26. März 2021 dargelegt, weshalb der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Begutachtung eine schwere depressive Symptomatik aufgewiesen habe. Diese Beurteilung habe im Übrigen auch mit der Beurteilung der behandelnden Psychiaterin Dr. med. I. _____ übereingestimmt. Mit Ausnahme der fehlenden Befunderhebung seien die vom RAD erwähnten Mängel im Gutachten von Dr. med. L. _____ nicht begründet. Dr. med. L. _____ nehme in seinem Gutachten sehr wohl zu den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und den erhobenen Befunden Stellung. Dabei habe er festgehalten, unter Berücksichtigung aller Aspekte seien keine Hinweise für eine Beschwerdeverdeutlichungstendenz, eine Aggravation oder eine Simulation gegeben gewesen. Der Gutachter begründe anhand der Anamnese und des Verlaufs, weshalb aufgrund der Schwere der Depression die Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der Begutachtung weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit gegeben gewesen sei. Zudem weise der Gutachter darauf hin, dass aufgrund der vaskulären Komponente und der erhöhten Leberwerte eine optimierte psychopharmakologische Behandlung wohl kaum zu einer vollständigen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit führen würde. Es sei offensichtlich, dass eine Neubegutachtung nur deshalb angeordnet worden sei, da die IV-Stelle mit dem Fazit im Gutachten von Dr. med. L. _____ nicht einverstanden gewesen sei. Der traumatische Charakter des Verlusterlebnisses werde vom Gutachter PD Dr. med. P. _____ fälschlicherweise nicht als Trauma gewürdigt, sondern unter den Begriff der depressiven Neurose subsumiert, eine Diagnose, die es gemäss ICD-10 längst nicht mehr gebe. Im Gutachten von PD Dr. med. P. _____ fehle eine Würdigung der Beziehung des Beschwerdeführers zum Vater auf der Gefühlsebene. Die Kindheit und Jugend sowie die Beziehung zum Vater würden bagatellisiert, indem PD Dr. med. P. _____ nicht zwischen der somatischen und der psychischen Gesundheit

differenziere. Die Behauptung von PD Dr. med. P._____, mit einer adäquaten medizinischen Begleitung würde es sofort zu einer relevanten innerpsychischen Beruhigung und Entlastung kommen, einhergehend mit einer sofortigen 100%igen Arbeitsfähigkeit, sei wenig überzeugend angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer seit 2018 in regelmässiger wöchentlicher psychiatrischer Behandlung stehe und Dr. med. L._____, die von Dr. med. I._____ diagnostizierte schwere Depression im Zeitpunkt der Begutachtung bejaht habe. Dabei gelte es zu erwähnen, dass PD Dr. med. P._____ nach wie vor eine zumindest mittelgradige depressive Episode festgestellt habe, welche die Durchhaltefähigkeit des Beschwerdeführers mittelgradig beeinträchtigt habe. Weiter habe er festgehalten, die innerpsychische Struktur des Beschwerdeführers sei nicht bland gewesen, er habe schon früh emotionale Entbehrungen erlitten und es habe sich eine klinisch manifeste Depression entwickelt. Angesichts dieser Feststellungen zu behaupten, es liege keine relevante Funktionseinbusse vor und der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht sofort zu 100 % arbeitsfähig, sei widersprüchlich und nicht nachvollziehbar. Der Gutachter Dr. med. L._____ weise gestützt auf die Literatur darauf hin, dass es nach einem Myokardinfarkt sehr häufig zu einer Depression kommen könne. Es sei von einer chronifizierten Pathologie mit einer relevanten qualitativen Funktionseinbusse auszugehen, welche trotz regelmässiger psychiatrischer Behandlung und Einnahme von Valoxan (Agomelatin) persistiert und zu einer 100%igen Leistungseinschränkung geführt habe. Im Zusammenhang mit der Entwicklung der Depression spreche PD Dr. med. P._____ von einer instabilen narzisstischen Entwicklung bzw. von einer depressiven neurotischen Störung. Weder aus den Akten noch aus der persönlichen Anamnese lasse sich belegen, dass von einer narzisstischen Entwicklung ausgegangen werden könne. Da PD Dr. med. P._____ seit der Begutachtung durch Dr. med. L._____ eine Verbesserung habe feststellen können, sei die Dosierung von 25 mg Agomelatin nicht zu niedrig, sondern gestützt auf die Fachinformation im Schweizer Kompendium korrekt. PD Dr. med. P._____ verkenne, dass Agomelatin eine Halbwertszeit von 1 bis 2 Stunden aufweise, was der Grund dafür gewesen sei, dass das Medikament im Zeitpunkt der Begutachtung nicht mehr nachgewiesen werden können. Gemäss Dr. med. L._____ ist der von PD Dr. med. P._____ geschilderte positive Verlauf überwiegend wahrscheinlich auf die Einnahme des ausreichend dosierten Agomelatins zurückzuführen. Dadurch sei die Differenz zwischen den beiden Gutachten in Bezug auf die Schwere der Depression durchaus erklärbar. Die Behauptung von PD Dr. med. P._____, im Gutachten von Dr. med. L._____ werde mit dem Ausdruck "Double Depression" suggeriert, die Depression

sei besonders gravierend, sei schlicht unsinnig. Hinzu komme, dass PD Dr. med. P._____ beim Beschwerdeführer zwar eine mittelgradige depressive Episode und eine entsprechende Dysthymie beschrieben habe, was korrekterweise als Double Depression hätte diagnostiziert werden müssen. Die von PD Dr. med. P._____ geäusserten Zweifel an dem seit über 30 Jahren etablierten "Hamilton-Rating Scale of Depression 21 Fremdbeurteilungsfragebogen" als Fremdbeurteilungsinstrument sei unberechtigt. PD Dr. med. P._____ kritisiere ausführlich das von Dr. med. L._____ verfasste Gutachten und behaupte, dieses basiere auf den rein subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Die psychodynamischen und abschliessenden Überlegungen im Gutachten von PD Dr. med. P._____ beruhten ebenfalls auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und in der Folge auf den gutachterlichen Interpretationen und subjektiven Einschätzungen. Vorzuwerfen sei PD Dr. med. P._____ im Weiteren, dass er sich nicht mit dem Zusammenhang zwischen dem vaskulären kardialen Ereignis und der Neigung zu chronischem Verlauf depressiver Erkrankungen speziell bei einer Komorbidität, wie sie vorliegend gegeben sei, auseinandersetze. Es sei davon auszugehen, dass PD Dr. med. P._____ keine Kenntnis von der entsprechenden Literatur gehabt habe. Sein Gutachten weise erhebliche Mängel auf und erfülle nicht die Voraussetzungen der Rechtsprechung für ein beweiswertiges Gutachten.

C.b Mit Zwischenverfügung vom 4. Februar 2022 forderte die Instruktionsrichterin den Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen (Nichteintreten auf die Beschwerde) auf, innert Frist einen Kostenvorschuss von Fr. 800.- in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten (BVGer-act. 2 und 3); dieser Aufforderung wurde nachgekommen (BVGer-act. 4).

C.c Nachdem die Rechtsvertreterin eine schriftliche Vollmacht des Beschwerdeführers nachgereicht hatte (BVGer-act. 2 und 5 bis 8), beantragte die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung vom 6. Mai 2022 die Abweisung der Beschwerde (BVGer-act. 9).

Zur Begründung verwies sie auf die Stellungnahme der IV-Stelle B._____ vom 2. Mai 2022, in welcher ebenfalls der Antrag auf Abweisung der Beschwerde gestellt wurde. Zur Begründung wurde zusammengefasst vorgebracht, die Rügen des Beschwerdeführers hinsichtlich des Gutachtens von Dr. med. L._____ vermöchten nicht zu überzeugen. Die gemachten Ausführungen zeigten auf, dass dieses Gutachten erhebliche

Mängel aufweise. Selbst für den Fall, dass die spätere Nachreichung das Fehlen der Befunderhebung heilen sollte, bleibe das Gutachten dennoch deutlich unter den Anforderungen an eine beweiswertige Expertise. Zu erwähnen sei insbesondere die fehlende Prüfung der Standardindikatoren sowie die fehlenden Angaben zu den funktionellen Einschränkungen des Beschwerdeführers. Dies bestätige auch der RAD-Arzt Dr. med. O. _____ in seiner jüngsten Stellungnahme vom 11. April 2022. PD Dr. med. P. _____ habe sich mit seiner ergänzenden Stellungnahme dahingehend geäußert, dass die von Dr. med. L. _____ nachgereichten objektiven Untersuchungsbefunde vermischt mit subjektiven Beschwerdeangaben angeführt werden, eine eigentliche Grundstimmung aus objektiver Sicht hingegen nicht beschrieben werde. Anhand dieser Ausgangslage sei es nachvollziehbar, dass die IV-Stelle in der Folge auf Rückfragen an den Sachverständigen verzichtet habe. Eine verwertbare Expertise wäre auch nach entsprechenden Rückfragen nicht zu erwarten gewesen, zumal der Umfang der notwendig gewesen Rückfragen den Rahmen dieses Instruments gesprengt hätte. Das Gutachten von Dr. med. L. _____ sei zu Recht als nicht verwertbar eingeschätzt worden. Mit dem Einholen eines neuen psychiatrischen Gutachtens sei die IV-Stelle somit ihrer gesetzlichen Abklärungspflicht nachgekommen. Angesichts der zitierten bundesgerichtlichen Rechtsprechung sei abschliessend festzuhalten, dass das in der Folge eingeholte Gutachten von PD Dr. med. P. _____ keine unzulässige "second opinion" darstelle. Der RAD-Arzt Dr. med. O. _____ führe aus, dass es sich bei dem geltend gemachten "Verlusterlebnis" um kein Trauma handeln könne, wie es auch PD Dr. med. P. _____ schlüssig und nachvollziehbar ausführe. Dieser ordne hier vielmehr nach ICD-10 die Diagnosen F34.1 und F32.1 zu. Bei erstgenannter Diagnose sei es unerheblich, ob der dazugehörige Text im ICD-10 Handbuch die Terminologie einer depressiven Episode, einer neurotischen Depression oder einer anhaltenden ängstlichen Depression verwende. Die Behauptung des Beschwerdeführers sei somit nachweislich nicht richtig (RAD-Stellungnahme vom 11. April 2022). Ebenso könne der Auffassung, PD Dr. med. P. _____ bagatellisiere die Beziehung des Beschwerdeführers zu seinem Vater, nicht gefolgt werden (RAD-Stellungnahme vom 3. März 2021). Nur weil Dr. med. L. _____ das Vorhandensein einer leitliniengerechten Behandlung behaupte, sei nicht bewiesen, dass tatsächlich eine solche gegeben sei. Wie bereits ausgeführt, seien die Angaben im Gutachten von Dr. med. L. _____ nicht verlässlich. Vielmehr habe Dr. med. O. _____ aufzeigen können, dass die Medikation des Beschwerdeführers nicht leitliniengerecht sei und keine Behandlungsintensivierung stattgefunden habe (RAD-Stellungnahme vom 3. März 2021). PD Dr. med. P. _____ habe zur Klärung

der Frage im Zusammenhang mit Agomelatin und der Non-Compliance Kontakt mit dem zuständigen Labor sowie auch dem Hersteller aufgenommen. Vorläufiges Ergebnis sei gewesen, dass die Frage der Bestimmung der Compliance anhand eines Medikamentenspiegels durchaus komplexer sei als sie sich bis anhin präsentiert habe (Stellungnahme von PD Dr. med. P._____ vom 5. Juli 2021). PD Dr. med. P._____ habe allerdings zugleich betont, dass die Non-Compliance nicht der alleinige und bei weitem nicht der entscheidende Grund dafür gewesen sei, dass er keine schwere depressive Diagnose gestellt habe. Vielmehr sei diese unter Berücksichtigung der detaillierten Herleitung der Diagnose im Gutachten vernachlässigbar (Stellungnahme von PD Dr. med. P._____ vom 5. Juli 2021, bestätigt durch RAD-Stellungnahme vom 23. Juli 2021). Dr. med. O._____ habe bereits im "Einwandverfahren" geantwortet, dass die Aussage, wonach keine Persönlichkeitsstörung vorliege, die Einschätzungen von PD Dr. med. P._____ in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit eher stützten als widerlegten (RAD-Stellungnahme vom 3. März 2021). Zu den Rügen des Beschwerdeführers betreffend die Aussage von PD Dr. med. P._____ zum Ausdruck der "Double Depression", zum Vorwurf der nicht objektiven Untersuchungsbefunde und zum Vorwurf der ungewürdigten Komorbiditäten werde vollumfänglich auf die Ausführungen von Dr. med. O._____ verwiesen. Zusammenfassend komme Dr. med. O._____ zum Schluss, dass der Beschwerdeführer angesichts der genannten Punkte verschiedene Aussagen von PD Dr. med. P._____ aus dem Kontext gerissen habe und versucht worden sei, diese zu einem relevanten Sachverhalt zu verdichten. Nicht kommentiert seien hingegen die tatsächlichen Versäumnisse im Gutachten von Dr. med. L._____, welche eine erneute Begutachtung erst notwendig gemacht hätten, insbesondere die fehlende Prüfung der Standardindikatoren. Aus psychiatrischer Sicht ergäben sich letztlich keine neuen Sachverhalte, zu denen nicht bereits Stellung bezogen worden wäre. Weiterer Abklärungsbedarf bestehe nicht (RAD-Stellungnahme vom 11. April 2021).

C.d In seiner Replik vom 11. Juli 2022 liess der Beschwerdeführer an seinen Rechtsbegehren festhalten und zur Begründung zusammengefasst ausführen, in der Vernehmlassung der Vorinstanz vom 6. Mai 2022 würden im Wesentlichen die gleichen Argumente noch einmal dargelegt. Unter Hinweis auf die Beschwerde vom 31. Januar 2022 und die Begründung sei dem Gutachten von Dr. med. L._____ voller Beweiswert zuzuerkennen. Im Weiteren werde daran festgehalten, dass das Gutachten von PD Dr. med. P._____ erhebliche Mängel aufweise und nicht die Voraussetzung der Rechtsprechung für ein beweiswertiges Gutachten erfülle,

weshalb sich eventualiter eine Oberbegutachtung aufdränge. Im Ergebnis sei festzuhalten, dass die Vorinstanz mit Verfügung vom 13. Dezember 2021 zu Unrecht auf das psychiatrische Gutachten von PD Dr. med. P._____ abgestellt habe (BVGer-act. 13).

C.e In ihrer Duplik vom 8. August 2022 beantragte die Vorinstanz weiterhin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verwies sie auf die Stellungnahme der IV-Stelle B._____ vom 3. August 2022. In dieser wurde zusammengefasst vorgebracht, der Beschwerdeführer wiederhole in seiner Replik die bereits gemachten Rügen, ohne weitere medizinische Akten oder neue Argumente ins Recht zu legen. Aus diesem Grund verzichte man auf weitere Ausführungen und verweise stattdessen vollumfänglich auf die Vernehmlassung vom 2. Mai 2022. Dementsprechend werde am Abweisantrag festgehalten (BVGer-act. 15).

C.f Mit prozessleitender Verfügung vom 10. August 2022 schloss die Instruktionsrichterin unter dem Vorbehalt weiterer Instruktionsmassnahmen den Schriftenwechsel ab (BVGer-act. 16).

C.g Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften und Beweismittel der Parteien ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

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

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.

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 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-26^{bis} 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).

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.

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.

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).

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

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).

2.

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

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).

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;

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).

2.3 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBI 2020 5535 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 – vorbehaltlich besonderer Übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze maßgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 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.

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 vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (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.

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 dauernde (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

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).

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

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).

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 Dreiviertelsrente, 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).

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 Beeinträchtigung

gungen 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 substanziell 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 Anspruchsberechtigung stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und 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 fremdanamnestische 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).

Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen 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 Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_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).

3.

Der Vorinstanz dienen 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 Beschwerdeführer stützte sich betreffend den psychischen Gesundheitszustand auf die Telexpertise 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 rechtsgenügende 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

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. 88^{bis} 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).

3.1

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 distolische 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

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).

3.1.2 In seiner psychiatrischen Teilexpertise (Untersuchungsdatum: 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).

3.1.3 Im Rahmen der Konsensbeurteilung vom 27. März 2020 wurden die Einschätzungen von Dr. med. L. _____ übernommen. Weiter wurde ausgeführt, 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 angepasster Tätigkeit sei aufgrund der schweren depressiven Symptomatik aktuell

keine Leistungsfähigkeit gegeben. Die im kardiologischen Gutachten ausgeführte volle Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten 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 Arbeitsfähigkeit auch die muskuloskelettalen Einschränkungen berücksichtigt werden. Es empfehle sich bei einer allfälligen neuen Begutachtung daher auch, eine rheumatologische Untersuchung durchzuführen. Die aktuell aufgehobene Arbeitsfähigkeit gehe auf die psychiatrischen Diagnosen zurück (IV-act. 66 S. 2 bis 8).

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 Störung herangezogen, der psychopathologische Befund beschränke sich jedoch auf zwei Sätze. Dieser sei damit weder AMDP-konform noch vollständig. Ausführlich im Gegensatz dazu falle die vertiefende Befragung aus. Die nachfolgende medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung gebe zunächst die Angaben des Versicherten zur Biografie wieder, um dann auf mehr als einer Seite Angaben zur Epidemiologie von "Double Depression" und Zusammenhänge von Depression und Myokardinfarkten zu machen. Fragen zum Funktionsniveau des Versicherten und dessen Arbeitsfähigkeit klärten sich damit nicht. Im Folgenden seien weder die Widersprüche zwischen den Angaben des Versicherten zu seinen Beschwerden und den erhobenen Befunden gewürdigt noch die begleitenden sozialen Faktoren diskutiert worden. Es fehle weiterhin eine Auseinandersetzung mit den sog. "Komplexen ICH-Funktionen", die allenfalls weiterreichende Aussagen über die Verfügbarkeit von Ressourcen erlauben könnten. Mit den beschriebenen gravierenden Schwächen der Begutachtung falle auch die Beantwortung der Fragen zur Arbeitsfähigkeit unzureichend aus. Es würden weder Angaben zur funktionellen Leistungsfähigkeit gemacht noch die Angaben zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit begründet (IV-act. 70).

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 depressive Episode (ICD-10: F32.1). Weiter berichtete er, es lägen auch psychosoziale Belastungsfaktoren vor. Trotz dieser habe sich keine autonome und dauerhafte psychische Störung entwickelt. Innerhalb der

subjektiven Angaben des Versicherten hätten sich keinerlei Hinweise für Inkonsistenzen ergeben. Beim Vergleich derselben mit den objektiven Untersuchungsbefunden ergäben sich insofern Inkonsistenzen, als dass sich der Versicherte für vollständig arbeitsunfähig halte, während in der objektiven psychiatrischen Beurteilung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nachgewiesen werden könne. Ebenso zeige sich eine Inkonsistenz darin, dass der Versicherte mitteile, 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).

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 man sich aber seinen Tagesablauf resp. die Alltagsaktivitäten an, sei klar, dass viele normale Alltagsaktivitäten

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 rüchenschonend 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).

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).

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

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).

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 Plausibilierung wie auch auf eine Standardindikatorenprüfung verzichte, könne nicht von einem beweiswertigen Dokument gesprochen werden. Aus genau diesem Grund sei schliesslich ein neuer Gutachtensauftrag an PD Dr. med. P. _____ formuliert worden (IV-act. 99).

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

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

körperlichen Schmerzen in keiner Weise, obwohl beide Aspekte ständig die depressive Symptomatik triggern würden (IV-act. 104).

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, sodass 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 Depressions-skalen zur Hauptsache, wenn auch nicht ausschliesslich, subjektive Beschwerdeangaben eines Patienten erfassten und nicht objektive

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).

3.1.12 In seiner Stellungnahme vom 23. Juli 2021 zog der RAD-Arzt Dr. med. O. _____ das folgende Fazit: Aus den Einwänden 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).

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).

3.1.14 In seinem nach Verfügungserlass vom 13. Dezember 2021 am 11. April 2022 erstellten Bericht – welcher vorliegend ebenfalls Berücksichtigung zu finden hat – führte Dr. med. O. _____ vom RAD

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 verfange der Versuch nicht, das zweite Gutachten als eine "Second opinion" darzustellen (BVGer-act. 9).

3.2 Nachfolgend ist in einem ersten Schritt zu prüfen, ob die bidisziplinäre 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.

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 Gipser 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 Grund erweist sich der medizinische Sachverhalt in kardiologischer Hinsicht als nicht rechtsgenügend abgeklärt.

3.2.2

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

(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 Teilerpertise 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).

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).

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

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 gesamthaft 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.

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 Aktivitätenniveaus 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

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).

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 schmälern 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 Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend 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).

3.2.2.5 Zuzufolge der von Dr. med. L. _____ diagnostizierten rezidivierenden 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 psychischen Erkrankungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen. Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet dabei eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose.

3.2.2.6 Vorab ist darauf hinzuweisen, dass der Experte Dr. med. L. _____ nicht bestritten hatte, die Befunderhebung in seiner psychiatrischen Teillexpertise 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 Aspekten 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 Versicherungsmedizin der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP vom 16. Juni 2016 [3. Auflage] S. 10 ff.; abrufbar unter www.sgvp.ch > Leitlinien; zuletzt besucht am 13. September 2024).

3.2.2.7 Zuzufolge 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 Komplex "Gesundheitsschädigung" (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; 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 Aspekt ist von einer Komorbidität auszugehen, und es ist darauf hinzuweisen, dass laut BGE 143 V 418 Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits 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 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 funktionellen Einschränkungen seien erheblich. Schliesslich berichtete Dr. med. L. _____ zum Behandlungs- und Eingliederungserfolg, psycho-

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.

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 bestünde 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

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).

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).

3.2.2.10 Hinsichtlich der Kategorie "Konsistenz" mit dem Faktor "gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus 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.

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).

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).

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 voll beweiskräftiges Gutachten sind demnach nicht erfüllt.

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

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).

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.

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.

3.3.2

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,

dass auf eine Diskussion der Kritik an solchen Verfahren aufgrund der nachfolgenden Aussagen verzichtet werden kann (vgl. E. 3.2.2.3 hiervoor).

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.

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-, Interesse- und Lustlosigkeit, so dass er mit diesen subjektiven Beschwerdeangaben 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

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).

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 direkt 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 funktionsierenden 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).

3.3.2.5 Hinsichtlich der Kategorie "Konsistenz" mit dem Faktor "gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus 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,

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 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).

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.

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 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

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.

3.3.3

3.3.3.1 In seiner psychiatrischen Teilexpertise (Untersuchungsdatum: 6. Februar 2020) führte Dr. med. L._____ zur Medikation aus, psychopharmakologisch sollte ein nebenwirkungsarmes Antidepressivum wie beispielsweise Agomelatin etabliert werden. In seinem psychiatrischen Teलगutachten 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.

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).

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

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 Noncompliance beim Versicherten sprechen. Er möchte nochmals betonen, dass er sich hier auf die Metaboliten und nicht auf Agomelatin selbst bezogen habe.

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.

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

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 erstellt, 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 hiervor), bedeutsam.

3.3.4

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.

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

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.

3.3.5

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)

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).

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).

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

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.

3.3.8 Nach dem vorstehend Dargelegten ergibt sich als weiteres Zwischenergebnis, dass auch die bidisziplinäre Expertise der Dres. med. P._____ und Q._____ zufolge 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 strukturellen 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

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. 72^{bis} 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 nutzbaren Leistungsvermögens Urteil des BGer 8C_545/2012 vom 25. Januar 2013 E. 3.2.1, nicht publ. in: BGE 139 V 28).

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 Neu Beurteilung 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 BVGer 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.

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-Arzttes 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

Sinn der Selbsteingliederung einer zumutbaren medizinischen Behandlung zu unterziehen (vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG).

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 schadenmindernde 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 Hinweisen). Daraus folgt, dass der Beschwerdeführer nach durchgeführter polydisziplinärer Begutachtung die aus fachärztlicher Sicht allenfalls indizierten und zumutbaren (ambulanten und stationären) weiteren Behandlungsmöglichkeiten 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 konkreten 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 (ambulante oder stationäre) Behandlungsmöglichkeiten weiterhin indiziert sind, genügt es aus objektivem Blickwinkel nicht, dass der Beschwerdeführer die Therapievorschlüsse 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 betrachtet – schlüssigen und überzeugenden rheumatologischen Teilexpertise 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 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).

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. 1^{bis} 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).

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).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insofern gutgeheissen, als die Verfügung vom 13. Dezember 2021 aufgehoben und die Sache zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der vom Beschwerdeführer geleistete Verfahrenskostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- wird diesem nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'500.- 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:

Der Gerichtsschreiber:

Viktoria Helfenstein

Roger Stalder

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. Die Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtsschrift 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: