



Urteil vom 27. Mai 2020

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richter Vito Valenti, Richterin Caroline Gehring,
Gerichtsschreiberin Brigitte Blum-Schneider.

Parteien

A. _____, (Deutschland),
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

IV, Invalidenrente; Verfügung der IVSTA vom 12. April 2018.

Sachverhalt:**A.**

A. _____ (nachfolgend Versicherter oder Beschwerdeführer), deutscher Staatsangehöriger, geboren am (...) 1980, ledig, wohnhaft im grenznahen (...), Deutschland, arbeitete seit Februar 2004 in der Schweiz als Grenzgänger, zuletzt vom 1. November 2011 bis zur Kündigung am 30. April 2014 als technischer Administrator (Teamchef) bei der B. _____ AG in (...) und leistete in dieser Zeit Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Akten der Sozialversicherungsanstalt des Kantons C. _____ [nachfolgend act.] 1, 2, 5, 12, 13, 17).

B.

B.a Am 28. April 2014 (Datum Eingang bei der Sozialversicherungsanstalt) reichte der Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons C. _____ (nachfolgend SVA) ein Gesuch um Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung ein und machte geltend, er leide an schweren depressiven Episoden (act. 1). In der Folge holte die SVA Unterlagen zur medizinischen und wirtschaftlichen Situation des Versicherten ein. Die behandelnden Ärzte diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung (unterschiedlichen Schweregrades) seit 2012 und einen multiplen Drogenabusus (act. 3 S. 22 f., act. 14 S. 2, act. 16-18). Vom 18. November bis 30. Dezember 2013 befand sich der Versicherte in stationärer Entzugsbehandlung in der D. _____-Klinik in (...) (act. 3 S. 9).

B.b Am 2. Juli 2014 erstellte die, Klinik E. _____, (...), für O. _____ (Krankentaggeldversicherer) ein polydisziplinäres Gutachten (act. 16), in welchem der Versicherte aktuell zu 100% arbeitsunfähig beurteilt wurde, mit schrittweiser Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit nach Suchtmittelabstinenz in den Monaten September 2014 (Arbeitsfähigkeit von 50%) und Oktober 2014 (volle Arbeitsfähigkeit). Am 25. September 2014 teilte die SVA dem Versicherten mit, er habe wegen seiner gesundheitlichen Situation keinen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, der Rentenanspruch werde geprüft (act. 20). Am 17. Oktober 2014 teilte O. _____ dem Versicherten mit, eine Wiedereingliederung sei wegen des Suchtmittelkonsums momentan nicht durchführbar, sie werde die Taggelder nur noch bis 31. Oktober 2014 ausrichten (act. 27 S. 2).

B.c Nachdem der Versicherte – nach Aufforderung durch die SVA – eine ambulante Suchttherapie abschliessen konnte (act. 33, act. 38, act. 43 f., act. 53), erlitt er am 21. September 2015 einen schweren Motorradunfall,

bei welchem er ein Abdomentrauma, ein Thoraxtrauma sowie diverse Brüche an der Brustwirbelsäule, am linken Bein und am linken Daumen erlitt, die operativ mit Osteosynthese versorgt wurden (act. 44, act. 53 S. 2, act. 56, act. 65 S. 6, act. 100 S. 10, act. 111 S. 58). Der Versicherte beklagte nach Behandlungsabschluss Rückenschmerzen mit Bewegungseinschränkungen (act. 111 S. 53). Er wurde deshalb vom 25. Februar bis 24. März 2016 in der Reha-Klinik F. _____ in (...) stationär behandelt und nach Abschluss der Nachbehandlungszeit von einigen Wochen in einer leichten bis mittelschweren körperlichen Tätigkeit, vorzugsweise im Wechselrhythmus sitzend/stehend/gehend unter Meidung ständiger Wirbelsäulen- und gelenksbelastender Zwangshaltungen und regelmässiger mittelschwerer und schwerer Hebe- und Tragebelastungen, als arbeitsfähig erachtet (act. 111 S. 83). Vom 11. April bis 20. Juli 2016 erfolgte die Rehabilitations-Nachsorge in derselben Klinik mit dem Hinweis, der Patient sei noch arbeitsunfähig (Bericht vom 18. Juli 2016; act. 111 S. 76). Am 29. Juli 2016 wurde der Versicherte vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung G. _____ im Auftrag der H. _____ (Krankenkasse) begutachtet und ab 1. August 2016 als erneut arbeitsfähig beurteilt (act. 111 S. 46).

B.d Nachdem die SVA bei der Deutschen Rentenversicherung ein psychiatrisches Gutachten (Dr. I. _____) vom 14. Dezember 2016 und ein somatisches Gutachten (Dr. J. _____) vom 17. Januar 2017 eingeholt hatte (act. 111 S. 12, act. 130 S. 2) und sich Dr. K. _____ des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) am 16. Februar 2017 sowie Dr. L. _____ des RAD am 19. September 2017 zu den Begutachtungsergebnissen geäussert hatten, erliess die SVA am 20. September 2017 einen Vorbescheid, in welchem sie dem Versicherten mitteilte, er habe keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (act. 102, act. 117, act. 118). Am 17. Oktober 2017 erhob der Versicherte Einwand gegen den Vorbescheid und wies auf die Rentengewährung in Deutschland hin (act. 119). Mit E-Mail vom 1. Dezember 2012 ersuchte er die SVA zudem um Eingliederungsmassnahmen (act. 122). Am 4. Dezember 2017 teilte ihm die SVA mit, dass kein Anspruch bestehe, da er gemäss Auskunft der Bundesagentur für Arbeit in Deutschland Arbeitslosengelder bezogen habe (act. 124).

B.e Nach ergänzenden Stellungnahmen des RAD vom 21. Dezember 2017 und 28. März 2018 (act. 128, act. 132) erliess die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend IVSTA oder Vorinstanz) am 12. April 2018 einen abweisenden Rentenentscheid. Sie begründete ihren Entscheid damit, dass sowohl am 7. Oktober 2013 (in psychischer Hinsicht) als auch am

21. September 2015 (in somatischer Hinsicht) ein Versicherungsfall eingetreten sei, jedoch jeweils vor Ablauf des Wartejahres eine Besserung habe festgestellt werden können, die zu einer rentenausschliessenden Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit führe (act. 135 S. 4).

C.

C.a Am 14. Mai 2018 erhob A. _____ Beschwerde vor Bundesverwaltungsgericht. Darin beantragte er sinngemäss die Aufhebung der Verfügung vom 12. April 2018, die erneute Überprüfung des Sachverhalts und im Bedarfsfall die Durchführung einer Begutachtung in der Schweiz. Er machte geltend, die Vorinstanz habe für ihren Entscheid zu Unrecht auf das Gutachten der H. _____ (vom 29. Juli 2016) abgestellt. Das Job Center in Deutschland habe ein weiteres Gutachten veranlasst, das im Januar 2017 festgehalten habe, dass der Beschwerdeführer noch sechs Monate arbeitsunfähig sei, womit das Gutachten der H. _____ widerlegt sei. Das Gutachten des Job Center habe einen Invaliditätsgrad von 36% ermittelt, was zudem den Schluss zulasse, dass zuvor ein höherer Invaliditätsgrad vorgelegen habe, da (zuvor) der Heilungsprozess noch weniger weit fortgeschritten gewesen sei (Beschwerdeakten [B-act.] 1).

C.b Am 25. Mai 2018 forderte das Bundesverwaltungsgericht den Beschwerdeführer zur Leistung eines Kostenvorschusses von Fr. 800.– zur Deckung der mutmasslichen Gerichtskosten auf. Der Beschwerdeführer leistete diesen am 20. Juni 2018 (B-act. 2 f.).

C.c In ihrer Vernehmlassung vom 18. Juli 2018 beantragte die IVSTA gestützt auf eine Stellungnahme der SVA vom 12. Juli 2018 die Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der angefochtenen Verfügung (B-act. 5).

C.d Nachdem der Beschwerdeführer auf Aufforderung hin keine Replik einreichte, schloss das Bundesverwaltungsgericht mit Zwischenverfügung vom 24. September 2018 den Schriftenwechsel ab (B-act. 6-8).

D.

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

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

2.

Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) vorgesehen, hat die SVA, in deren Tätigkeitsgebiet der Beschwerdeführer als Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, das Leistungsbegehren entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 12. April 2018 erlassen hat. Diese Verfügung, mit der sie das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat, bildet Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1). Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist somit der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung (vom 28. April 2014).

3.

3.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungsverfügung (hier: 12. April 2018) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

3.2 Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger, wohnt in Deutschland und war in der Schweiz erwerbstätig. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG)

Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

3.3 Vorliegend ist das IVG und die IVV in den Fassungen der 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket (Revision 6a) anzuwenden (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], in Kraft seit 1. Januar 2012; die IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679], in Kraft seit 1. Januar 2012). Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) zu beachten. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) sowie der Revision der Invalidenrente und anderer Dauerleistungen (Art. 17) entsprechen den von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3).

4.

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (vgl. IK-Auszug [act. 12]), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

5.

5.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4

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

5.2 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

5.3 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

5.4 Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4).

5.5 Eine Stellungnahme des RAD, die nicht auf einer eigenen Untersuchung beruht, kann wie ein Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten, ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, so dass der Berichtersteller imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des BGer 8C_414/2019 vom 25. September 2019 E. 2.2.1) und damit die direkte fachärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des BGer 9C_730/2018 vom 27. März 2019 E. 5.1.3). Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen kommt praxisgemäss jedoch nicht dieselbe Beweis kraft wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten zu. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4).

5.6 Die Prüfung, ob eine psychische Erkrankung eine rentenbegründende Invalidität zu begründen vermag, hat grundsätzlich anhand eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (BGE 143 V 409 E. 4.5; 143 V 418 E. 6 ff.).

5.6.1 Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung für eine Anspruchsberechtigung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 und E. 2.2.1).

5.6.2 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrahmens mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

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

5.7 Das in E. 5.6 Gesagte gilt seit dem 11. Juli 2019 auch für primäre Abhängigkeitssyndrome. Das Bundesgericht hat in BGE 145 V 215 festgehalten, dass fachärztlich einwandfrei diagnostizierte Abhängigkeitssyndrome bzw. Substanzkonsumstörungen als invalidenversicherungsrechtlich beachtliche (psychische) Gesundheitsschäden in Betracht fielen. Bei Abhängigkeitssyndromen bestehe kein direkter Zusammenhang zwischen Diagnose und Arbeits(un)fähigkeit bzw. Invalidität, vielmehr seien die Auswirkungen des bestehenden Gesundheitsschadens auf die funktionelle Leistungsfähigkeit im Einzelfall für die Rechtsanwendenden nachvollziehbar ärztlich festzustellen. Die Frage nach den Auswirkungen sämtlicher psychischer Erkrankungen auf das funktionelle Leistungsvermögen sei daher grundsätzlich unter Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu beantworten. Es könne immerhin dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder geeignet sei. Es bleibe etwa dann entbehrlich, wenn für eine – länger dauernde (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) – Arbeitsunfähigkeit nach bestehender Aktenlage keine Hinweise beständen oder eine solche im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte in nachvollziehbar begründeter Weise verneint werde und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigegeben werden könne (E. 5 ff.). Diese Rechtsprechung gelte für alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht (rechtskräftig) erledigten Fälle (Urteil des BGer 8C_245/2019 vom 16. September 2019 E. 5).

6.

Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den vorliegenden medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

6.1 Der behandelnde Psychiater und Psychotherapeut, Dr. M._____, (...), betreut den Beschwerdeführer aktenkundig seit April 2012 wegen einer multiplen Suchtproblematik (Cannabis, Codein, s. aber auch E. 6.2.1) und einer rezidivierenden depressiven Störung variierenden Schweregrades. Am 25. Juli 2014 teilte er der SVA mit, der Beschwerdeführer sei nach der Entzugsbehandlung (von Ende 2013) wieder rückfällig geworden (act. 14 S. 2, act. 14 S. 16-18, act. 3 S. 23, act. 91 S. 10/11/14, act. 25 S. 2, act. 111 S. 48, act. 53 S. 1, act. 111 S. 81 f., act. 111 S. 72 f., act. 98). Die Hausärztin, Dr. N._____, (...), bestätigte mit Berichten ab Januar 2014 die Diagnosen Depression und Drogenabusus sowie einen Verdacht auf Vorliegen der Depression ab März 2012 (act. 3 S. 22, act. 130 S. 9). Der

Beschwerdeführer befand sich gemäss den Akten der SVA vom 18. November bis 30. Dezember 2013 in stationärer Behandlung in der D._____ Klinik in (...) zum Drogenentzug (act. 1 S. 1, act. 3 S. 9), danach vom 9. Februar bis zum 20. August 2015 bei der Drogen- und Jugendberatungsstelle (...) in ambulanter Suchttherapie (act. 53 S. 2).

Nach dem Motorradunfall am 21. September 2015 folgten mehrere stationäre Behandlungen zur Therapierung der (somatischen) Unfallfolgen: Aufenthalt vom 21. September bis 6. Oktober 2015 in der Universitätsklinik in (...) zur operativen Behandlung der multiplen Frakturen mittels Osteosynthese, Aufenthalt vom 25. Februar bis 24. März 2016 in der Reha-Klinik F._____ in (...) zur Rehabilitation, ambulanter Aufenthalt vom 11. April bis 20. Juli 2016 in letztgenannter Klinik zur Rehabilitations-Nachsorge und schliesslich vom 17. bis 19. Januar 2017 in der Universitätsklinik in (...) zur diagnostischen Arthroskopie und Entfernung des Osteosynthesenmaterials (Tibia/Kniegelenk links, untere Brustwirbelsäule) (act. 65 S. 6, act. 100 S. 10, act. 111 S. 83, act. 111 S. 76, act. 100 S. 6).

6.2

6.2.1 Erstmals wurde der Beschwerdeführer durch die E._____ am 2. Juni 2014 in psychiatrischer Hinsicht begutachtet (Gutachten veranlasst durch O._____, Krankentaggeldversicherer). Der Gutachter, Dr. P._____, Facharzt in Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Gutachten vom 2. Juli 2014 (act. 16 S. 2 / act. 91 S. 15) als Diagnosen eine rezidivierende depressive Episode, aktuell mittelgradig ausgeprägt (F33.1) sowie einen Status nach polytoxikomanem Substanzmissbrauch von Cannabinoiden, Opiaten, Stimulanzien und Kokain (F19.2) fest. In seiner Beurteilung führte der Gutachter aus, anamnestisch hätten 2004 und 2010 wohl depressive Episoden bestanden und aktuell (seit 2013) ein depressives Bild, das im Oktober 2013 zu einer Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit und im weiteren Verlauf zu einer stationären und später ambulanten Behandlung geführt habe; bisher liege keine eindeutige Remissionstendenz vor. Zum Untersuchungszeitpunkt (2.6.2014) seien ein mittelgradig ausgeprägtes depressives Syndrom mit Antriebsminderung, depressiver Verstimmung und Einschränkung der affektiven Schwingungsfähigkeit herauszuarbeiten, daneben kognitive (Konzentrationsminderung), formalgedankliche (Grübelneigung und Gedankenkreisen) und vegetative (Appetitstörung und Gewichtsverlust) Symptome. Weiter lasse sich eine Suchtentwicklung, beginnend im 16. Lebensjahr mit exzessivem Alkoholkonsum, mit nachfolgender Verlagerung auf Cannabinoide, später Stimulanzien, Kokain, in den

letzten vier Jahren dann auf Opiate, schlüssig nachzeichnen. Die ICD-10-Kriterien zum Nachweis einer Abhängigkeitserkrankung lägen vor: durchgängiger Konsum mit Abstinenzverlust und damit Kontrollverlust, Konsum trotz negativer Folgen (Verkehrsunfall mit medizinisch-psychologischer Untersuchung), Entzugssymptomatik (beschrieben für die Opiate) und Vernachlässigung sonstiger sozialer Aktivitäten. Es sei keine Toleranzentwicklung ersichtlich, bezüglich der Opiate aber wahrscheinlich (infolge notwendiger Dosissteigerung). Aufgrund der Chronifizierung des depressiven Syndroms in Verbindung mit einer glaubhaft nicht im Vordergrund stehenden Suchterkrankung sei aus Sicht des Gutachters eine stationäre Behandlung indiziert. Die Arbeitsunfähigkeit liege aktuell bei 100%; es könne eine schrittweise Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit in zwei monatlichen Schritten zu 50% ab anfangs September 2014 erwartet werden (d.h. 50% ab September 2014, 100% ab Oktober 2014), Suchtmittelabstinenz und Mitarbeit des Beschwerdeführers vorausgesetzt. Diese Beurteilung ergänzte O. _____ in ihrem Entscheid vom 17. Oktober 2014 mit dem Hinweis, Dr. M. _____ habe zwar am 25. Juli 2014 replikweise mitgeteilt, dass der vorgeschlagene Wiedereingliederungsplan voraussichtlich nicht einzuhalten sei, da der Beschwerdeführer nach Suchtmittelabstinenz wieder rückfällig geworden sei. Jedoch sei die aktuelle Arbeitsunfähigkeit mehrheitlich suchtbedingt, was versicherungsmedizinisch nicht als Krankheit gelte (gemäss Auskunft von Prof. Q. _____ vom 5. August 2014). Der Suchtmittelkonsum stelle eine bewusste Selbstschädigung und bewusst unzureichende Mitarbeitsbereitschaft dar. Eine Wiedereingliederung sei deshalb momentan nicht durchführbar (act. 27 S. 2).

6.2.2 Nachdem der RAD am 10. Dezember 2014 zuhanden der SVA ausführte, O. _____ habe die Situation mehrheitlich aus der Sicht der Suchtproblematik beurteilt, eine abschliessende Beurteilung sei nicht möglich, da der Anteil der Suchterkrankung an der Arbeitsunfähigkeit nicht einschätzbar sei, zudem werde im Gutachten E. _____ auch eine stationäre Behandlung wegen chronifizierter depressiver Symptomatik für indiziert gehalten, was im Widerspruch zur postulierten Besserung der Arbeitsfähigkeit innerhalb von drei Monaten stehe (act. 31), auferlegte die SVA dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 11. Dezember 2014, sich einer mehrwöchigen stationären oder tagesklinischen psychiatrischen Behandlung zu unterziehen (act. 33). Dieser Pflicht kam der Beschwerdeführer zwar erfolgreich nach (act. 38 S. 3), jedoch erlitt er am 21. September 2015 den erwähnten Motorradunfall, der in der Folge langwierige somatische Behandlungen bis (zuletzt) im Januar 2017 (s. E. 6.1 in fine) nach sich zog.

6.2.3 In seinem sozialmedizinischen Gutachten vom 29. Juli 2016 (act. 111 S. 41/act. 130 S. 36) führte Dr. R._____, Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung G._____, zuhanden der H._____ anamnestisch aus, der Beschwerdeführer leide (Anmerkung Gericht: zehn Monate nach dem Unfall) vor allem an Schlafstörungen, die Depressionen seien kompensiert, die Stimmungslage relativ gut. Als (Haupt-) Diagnose hielt er einen Zustand nach Patellaspitzensyndrom und Reizung im Bereich des Biceps femoris links fest. Als weitere Diagnosen nannte er: Interkostalneuralgie (Schmerz zwischen den Rippen), Zustand nach Polytrauma vom 21. September 2015, stumpfes Abdomentrauma, stumpfes Thoraxtrauma mit BWK-11-/BWK-12-Fraktur, Fraktur laterales Tibiaplateau links (Typ II nach Schatzker), Chopard-Luxationsfraktur mit Calcaneus- und Talusfraktur links, Trümmerfraktur der Basis von Os metakarpale D1 links sowie unter Medikation stabilisierte Depression. In seiner Beurteilung führte er dazu aus, der Beschwerdeführer leide vor allem noch an Rückenbeschwerden im unteren BWS-Bereich mit nächtlichen Durchschlafstörungen und Beschwerden im linken Kniegelenk nach längeren Spaziergängen. In der klinischen Untersuchung könnten eine gute Beweglichkeit der Wirbelsäule mit Finger-Boden-Abstand von 5 cm und im Bereich linkes Kniegelenk kein wesentlicher pathologischer Befund festgestellt werden. Eine schwere depressive Phase 2013 sei mittlerweile unter Medikation weitgehend stabil. Es bestehe Arbeitsfähigkeit ab 1. August 2016, mit deutlichen Einschränkungen. Das Leistungsbild präsentiere sich wie folgt: vollschichtige Tätigkeit, im Wechselrhythmus zwischen gehender/stehender/sitzender Arbeit, Sitz- und Stehzeiten deutlich eingeschränkt bis auf 15 Min., gehende Tätigkeiten wären auch längere Zeit möglich. Keine knienden und hockenden Tätigkeiten und keine Tätigkeiten mit Wirbelsäulenzwangshaltungen. Bei behandelter Depression seien Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten oder Tätigkeiten in Gefahrenbereichen nicht zu empfehlen. Keine Tätigkeiten mit besonderer Stressbelastung sowie Akkordarbeiten. Die Tätigkeit als Kaufmann wäre möglich, wenn der Beschwerdeführer einen höhenverstellbaren Schreibtisch hätte, sodass eine sitzende als auch stehende Tätigkeit möglich wäre. Mit Stellungnahme vom 16. September 2016 bestätigte S._____ des G._____ aus "zweitgutachterlicher" Sicht die Beurteilung des "Erstgutachters". Es bestehe ein positives Leistungsbild für zumindest leichte Tätigkeiten mit qualitativen Einschränkungen (doc. 111 S. 46).

6.2.4 Nach Auftragserteilung am 24. November 2016 erstellte Prof. Dr. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/Facharzt für Neurologie, (...), am 14. Dezember 2016 ein ärztliches Gutachten zuhanden des Ärztlichen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung in (...) (act.

111 S. 12). Anamnestisch hielt der Gutachter fest, dass der Beschwerdeführer seit dem 19. Lebensjahr täglich zehn Zigaretten rauche und wöchentlich vier bis fünf Flaschen Bier trinke. Vom 18. bis 31. Lebensjahr habe der Explorand Cannabis konsumiert, über längere Phasen, 1-2 Tütchen pro Tag. Darüber hinaus habe er über Monate Amphetamine (Pep) und ebenfalls über Jahre hinweg Codein- und Kokain konsumiert. Die stationäre Behandlung in (...) (Ende 2013) sei wegen überwiegend depressiver Störung mit massiver Antriebsreduktion erfolgt. Aktuell leide er an Ein- und Durchschlafstörungen, seit vier Jahren schubweise auftretend. Pro Nacht sei er 4-5 Mal wach wegen Rückenschmerzen, nach ca. einer Stunde könne er jeweils wieder einschlafen. Nach dreijähriger Ausbildung zum Grosshandelskaufmann habe er während 13 Jahren für die Firma B. _____ in (...) gearbeitet, ab März 2015 während sechs Wochen im T. _____ in (...). Dort habe er die Kündigung erhalten, weil sein Arbeitstempo viel zu langsam sei. Seit dem 21. September 2015 sei er arbeitsunfähig geschrieben. Der Explorand lebe zur Miete in der Einliegerwohnung in der Doppelhaushälfte der Eltern. Im Vordergrund stünden Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule; die frakturierten Brustwirbelkörper seien mit Spondylodese stabilisiert worden. Im Gehen habe er auch Schmerzen im Bereich der Kniegelenke. Er gehe täglich mit dem Hund ca. 4 km spazieren, bergauf habe er jedoch erhebliche Probleme. Darüber hinaus leide er an Kopfschmerzen, ohne Aura, mit Sehstörungen (bis zu einer Woche lang). Er habe Zukunftsängste (kein Einkommen seit August 2016). Es fehle ihm an jedweder Stresstoleranz. Als Diagnosen nannte der Gutachter: 1. Polytrauma bei Verkehrsunfall, mit Frakturen von BWK 11 und 12, Tibiakopffraktur links, kombinierte Sprunggelenksfraktur links, Chopart-Luxationsfraktur links, Calcaneus- und Talusfraktur links, Trümmerfraktur des Os metacarpale links sowie stumpfes Abdominal und Thoraxtrauma. 2. Verdacht auf Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS; F90.0), 3. Verdacht auf rezidivierende depressive Störung (F32.2), 4. Zustand nach polytropem Konsum/Missbrauch psychotroper Substanzen vom 18. bis 32. Lebensjahr (F19.9), 5. Verdacht auf sensibles Wurzelkompressionssyndrom (C8 links), 6. vorbeschrieben: BWS-Kyphose, 7. Nikotinabusus/Zigarettenraucher (F17.1). In seiner Beurteilung führte der Gutachter aus, der Beschwerdeführer beklage Schmerzen vor allem im Bereich der mittleren Brustwirbelsäule, darüber hinaus anfallsartige Kopfschmerzen (frontal), ohne Aura, begleitet durch Sehstörungen und Übelkeit bis zum Erbrechen. Darüber hinaus bestehe ein sensibles Defizit im Versorgungsbereich C8 links. Psychopathologisch würden vor allem Zukunftsängste geschildert, nicht jedoch eine depressive Symptomatik; beklagt würden auch Störungen des

Antriebs, es liege möglicherweise eine leichte kognitive Störung nach Polytrauma vor, auch wenn kein Schädel-Hirn-Trauma angegeben worden sei. Über 15 Jahre lang sei ein polytroper Konsum psychotroper Substanzen, wobei keiner Opiate, erfolgt; im Vordergrund stehe die Kombination aus Cannabinoiden (zur Reduktion der inneren Anspannung) und Amphetaminen. Aufgrund der Kindheitsschilderungen erhebe sich der Verdacht auf eine ADS (Verträumtheit, leichte Ablenkbarkeit, Konzentrationsstörungen, innere Anspannung, innere Unruhe, Konzentrationsstörungen bis heute). Darüber hinaus ergebe sich der Verdacht auf eine rezidivierende depressive Störung, eine Befundbesserung erfolge unter Mirtazapin. Es bestünden ungeachtet dessen eine partielle Anhedonie (Unfähigkeit, Freude oder Lust zu empfinden), verbunden mit Antriebsstörungen, negativer Zukunftsperspektive, reduzierter Selbstwertzuschreibung, jedoch nicht Suizidgedanken oder -impulse. Ein sicher phasenhafter Verlauf der Psyche sei nicht zu sichern, wobei eine Überlagerung durch Drogenkonsum und ADS möglich sei. Es sollte eine neuropsychologische Erhebung vorgenommen werden. Zur Arbeitsfähigkeit hielt er fest, körperlich leichte bis mittelgradig belastende Arbeiten in wechselnder Arbeitshaltung seien möglich. Aufgabenstellungen im Nacht- oder Wechselschichtrythmus sollten ebenso vermieden werden wie Tätigkeiten unter erhöhtem Zeitdruck. Gegenwärtig und auf Dauer seien jedoch auch unter Beachtung der Einschränkungen nennenswerte Arbeiten auf Dauer und regelmässig nicht möglich. Ein erneuter stationärer Aufenthalt bringe seines Erachtens keine wesentliche Verbesserung. Zu überlegen seien weitere Abklärungen (CMRT-Serie, neuropsychologische Untersuchung).

6.2.5 In Unkenntnis des Gutachtens von Dr. I. _____ erachtete Dr. K. _____ des RAD in seiner Stellungnahme an die SVA vom 20. Dezember 2016 die Aktenlage als nicht aktuell und nicht aussagefähig dokumentiert. Es seien sowohl in somatischer als auch psychiatrischer Hinsicht weitere Berichte einzuholen und ein Drogenscreening zu wiederholen (act. 93). Nach Einholen weiterer Berichte erhielt die SVA am 22. Januar 2018 das Gutachten von Dr. med. J. _____ (keine Angabe zur Spezialisierung aktenkundig; vgl. auch E. 6.3.1 in fine) der Bundesagentur für Arbeit in (...) zugestellt (act. 130). Darin nannte der Gutachter als Diagnosen eine Polytoxikomanie, aktuell fortbestehender multipler Substanzgebrauch (F19.2), Restbeschwerden nach Motorradunfall mit Polytrauma (09/2015; T07) und eine rezidivierende depressive Störung (F33.9). In seiner sozialmedizinischen Stellungnahme hielt er fest, aktuell sei der Explorand infolge der gesundheitlichen Störungen nicht leistungsfähig. Er beklage u.a. Restbe-

schwerden nach Motorradunfall im September 2015 mit multiplen Frakturen. Adäquate therapeutische Massnahmen erfolgten. Metallentfernungen seien im Januar 2017 vorgesehen. Von besonderer Relevanz seien Komplikationen im Rahmen einer langjährigen Abhängigkeitsproblematik. Bei der jetzigen Begutachtung fänden sich eindeutig Hinweise für einen fortbestehenden multiplen Substanzgebrauch. Derzeit bestehe kein beruflich verwertbares Leistungsvermögen, auch nicht in zuletzt ausgeübter Tätigkeit. Es sei von einer vorübergehend schwerwiegenden Leistungseinschränkung auszugehen. Eine berufliche Reintegration dürfte aller Voraussicht nach erst im Anschluss an eine erfolgreich absolvierte stationäre Langzeitentwöhnung zu realisieren sein. Die Arbeitsfähigkeit betrage täglich weniger als drei Stunden. Als Funktionseinschränkungen nannte er eine therapiebedürftige Abhängigkeitsproblematik und Restbeschwerden nach Polytrauma im September 2015.

6.2.6 Am 16. Februar 2017 hielt Dr. K. _____, RAD – in Unkenntnis des Gutachtens von Dr. P. _____ vom 2. Juli 2014 und dessen ergänzender Stellungnahme vom 6. August 2014 (act. 16 S. 2, act. 91 S. 12), des sozialmedizinischen Gutachtens von Dr. R. _____ vom 29. Juli 2016 (act. 111 S. 41), der Stellungnahme von S. _____ vom 16. September 2016 (act. 111 S. 46), der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung von Prof. Dr. I. _____ vom 5. Dezember 2016 sowie des Gutachtens desselben Arztes vom 14. Dezember 2016 (act. 111 S. 12 und 38), des Gutachtens von Dr. J. _____ vom 17. Januar 2017 (act. 130 S. 2; in der chronologischen Auflistung der von Dr. K. _____ beurteilten Akten fehlen diese Dokumente) – in *psychischer* Hinsicht fest, es ergäben sich bei stabiler Situation seit August 2015 keine massgeblichen Einschränkungen (mehr), wobei kein Drogenscreening erfolgt sei. Die Beurteilung der Abstinenz im Gutachten der PMEDA erfolge allein gestützt auf subjektive Angaben des Beschwerdeführers, der ein ausdrückliches Suchtverlangen erkennen lasse. Die Mitwirkungspflicht solle nochmals auferlegt werden. Aktuell sei keine stationäre psychiatrische Therapie notwendig. Vor weiteren Eingliederungsmassnahmen solle aber ein objektives Drogenscreening erfolgen, auch während der Massnahmen monatlich, um allfällig substanzbedingte psychische Schwankungen möglichst ausschliessen zu können. In *somatischer* Sicht führte er aus, nach Metallentfernung sei insoweit ein stabiler Zustand erreicht, als dass der Beschwerdeführer in angepasster Tätigkeit (wie vor dem Unfall ausgeübt) zu 50% arbeiten könne, mit optionaler Steigerung im Verlauf. Dies könnte z.B. durch ein Arbeitstraining (drogenfrei) erfolgen. In seiner Beurteilung hielt er fest, in angestammter Tätigkeit sollte

nach abgeschlossener somatischer Rehabilitation keine dauerhafte Einschränkung verbleiben. Die geplante Knorpeltherapie im Bereich Kniegelenk (März 2017) tangiere keine generelle relevante Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (schwerpunktmässig sitzend, mit spontaner Wechselbelastung), sondern führe allenfalls zu einem zeitlich befristeten Unterbruch der Arbeitsfähigkeit von einigen Wochen (act. 102). In Ergänzung dazu hielt Dr. L. _____, Psychiatrie und Psychotherapie, des RAD am 19. September 2017 – in Kenntnisnahme der zentralen Gutachten und Stellungnahmen in psychiatrischer Hinsicht – es liege eine primäre Sucht vor, ohne der Sucht vorangehende und diese verursachende invalidisierende psychiatrische Erkrankung. Es seien in der Vergangenheit und aktuell keine irreversiblen Folgeschäden der Sucht vorhanden. Es könne daher gemäss der Praxis keine langdauernde psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Hinsichtlich der depressiven Episoden sei folgender Verlauf evident: Während des Aufenthalts in der D. _____ Klinik (...) (18. November bis 30. Dezember 2013) habe eine schwere depressive Episode vorgelegen, mit vorübergehender Arbeitsunfähigkeit als technischer Administrator und in Verweistätigkeiten. Danach sei die depressive Episode rückläufig gewesen (s. Arztbericht Dr. J. _____ von Mai 2014). Im Gutachten E. _____ von Juli 2014 sei eine mittelgradig depressive Episode festgestellt worden, mit 100%-iger Arbeitsunfähigkeit. Im Arztbericht von Dr. J. _____ von August 2015 sei eine weitgehende Remission der depressiven Episode unter laufender Behandlung beschrieben worden, sodass von August 2015 an keine wesentliche psychiatrische Einschränkung mehr attestiert werden könne. Die depressive Episode sei wirksam und zweckmässig behandelbar und Therapieoptionen ständen weiterhin offen. Hinweise für eine Therapieresistenz lägen nicht vor. Im Gutachten I. _____ von Dezember 2016 habe keine depressive Episode mehr festgestellt werden können; psychiatrisch könne deshalb keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert werden. Zusammenfassend habe von 18. November 2013 bis Juli 2014 vorübergehend eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden, danach könne keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert werden. Auf die Arbeitsunfähigkeit zu 100%, wie sie im Gutachten E. _____ von Prof. Q. _____ (recte: Dr. P. _____) von Juli 2014 festgehalten sei, könne nicht abgestützt werden, da die Arbeitsunfähigkeit hauptsächlich auf das Suchtgeschehen abstütze, das jedoch primär sei. Die Einschätzung sei kongruent mit dem Arztbericht von Dr. J. _____ von Januar 2017, wonach die verbleibenden Symptome "leichte Zukunftssorgen" keine wesentliche psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit begründeten. Damit bestehe in psychischer Hinsicht ab 1. August 2014 eine volle Arbeitsfähigkeit und eine solche ab 1. Juli 2016 in somatischer Hinsicht (act. 117).

6.3

6.3.1 Festzustellen ist seitens des Bundesverwaltungsgerichts aufgrund des in E. 6.2 Ausgeführten, dass die Beurteilungen des RAD, auf welche sich die SVA und mit ihr Vorinstanz im angefochtenen Rentenentscheid abstützt, zum Teil in Unkenntnis wesentlicher medizinischer Akten erfolgte (E. 6.2.5 f.), ohne Ausnahme auf die alte Suchtpraxis der Invalidenversicherung (Überwindbarkeit der Sucht und des Abhängigkeitsverhaltens) abstützt (E. 6.2.6 in fine) und schliesslich die Aktenlage nicht vollständig widerspiegelt: Wenn Dr. L. _____, Psychiatrie und Psychotherapie, des RAD am 19. September 2017 ausführt, im Arztbericht von Dr. J. _____ von August 2015 sei eine weitgehende Remission der depressiven Episode unter laufender Behandlung beschrieben worden, sodass von August 2015 an keine wesentliche psychiatrische Einschränkung mehr attestiert werden könne, übersieht er, dass derselbe Arzt im Bericht vom 25. August 2015 (act. 53 S. 1) unter anderem ausführte, die depressive Symptomatik sei unter Drogentherapie *rückläufig*. Insgesamt sei nun eine verbesserte Situation eingetreten, ein Wiedereingliederungsversuch bzw. schrittweiser Aufbau der Belastung *im geschütztem Umfeld* sollte unternommen werden. Weiterhin brauche es *dringend* eine Psychotherapie, auch die aktuelle Medikation sollte dringend weitergeführt werden. In den nachfolgenden Kurzberichten vom 21. Dezember 2015, 8. März 2016, 7. September 2016 und 14. November 2016 (act. 111 S. 81 f., act. 111 S 72 f.) hielt der behandelnde Facharzt zudem weiterhin die Diagnose rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2), fest. Soweit Dr. L. _____ weiter ausführt, im Gutachten von Dr. I. _____ vom 14. Dezember 2016 habe keine depressive Episode mehr festgestellt werden können, psychiatrisch könne deshalb keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert werden, ist darauf hinzuweisen, dass der Gutachter als Diagnosen unter anderem einen Verdacht auf ein Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS; F90.0) sowie einen Verdacht auf eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) nannte und betreffend Arbeitsfähigkeit unter "Quantitatives Leistungsvermögen" ausführte, gegenwärtig und auf Dauer seien auch unter Beachtung der Einschränkungen nennenswerte Arbeiten auf Dauer und regelmässig nicht möglich (act. 111 S. 36). In seiner sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bestätigte derselbe Gutachter eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab 21. September 2015, "Besserung unwahrscheinlich" (act. 111 S. 39 f.). Zu diesen abweichenden Beurteilungen und Anmerkungen hat der RAD nicht Stellung genommen. Im Weiteren er-

folgten die zeitlich neuesten Begutachtungen ohne Ausnahme in Deutschland (Gutachten Dr. R._____, Stellungnahme S._____, Gutachten Dr. I._____, Gutachten Dr. M._____), womit keine in Kenntnis und Umsetzung der in der Schweiz relevanten versicherungsmedizinischen Grundsätze (BGE 137 V 210; BGE 141 V 281) erfolgende Begutachtung vorliegt. Diesbezüglich erweist sich auch die letzte Stellungnahme des RAD vom 28. März 2018 notabene als mangelhaft. Auch die seit Jahren andauernde und trotz mehrfacher stationärer/ambulanter Entzugsbehandlung (Ende 2013, Februar bis August 2015) wieder aufflammende Polytoxikomanie ist nicht im Sinne von BGE 145 V 215 (vgl. E. 5.7: "neue Suchtpraxis") geprüft worden. Schliesslich bleibt darauf hinzuweisen, dass der RAD zwar mehrfach in somatischer *und* psychiatrischer Hinsicht Stellungnahmen abgegeben hat, aber eine eigentliche gesamthafte, interdisziplinäre Beurteilung aller Leiden in somatischer und psychiatrischer Hinsicht und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. dazu BGE 137 V 210 E. 1.2.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2) nicht erkennbar wird. Diesbezüglich ist auch der Vernehmlassung der SVA vom 12. Juli 2018 (B-act. 5) nichts zu entnehmen, was zu einer anderen Beurteilung führen würde: Die SVA führt in ihrer Stellungnahme vom 12. Juli 2018 über die Wiedergabe der einzelnen ärztlichen Beurteilungen nur aus, dass sie sich für die Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vollumfänglich auf die Beurteilung des RAD abgestützt habe. Zum Gutachten von Dr. J._____ habe sie bereits im Einwandverfahren Stellung genommen; es bestünden zudem erhebliche Zweifel an der Beweiskraft dieses Gutachtens (B-act. 5 Beilage 1 Ziff. 5a). Damit enthält die Vernehmlassung keine Auseinandersetzung mit den oben erwähnten Unstimmigkeiten und Mängeln in der ärztlichen Beurteilung. Soweit die SVA in der Vernehmlassung zudem auf die mangelnde Beweiskraft von Berichten von Hausärzten und behandelnden Ärzten verweist, womit (auch aus diesem Grund) das Gutachten von Dr. J._____ vom 17. Januar 2017 nicht beweiskräftig sei, scheint sie übersehen zu haben, dass dieses Gutachten eine rein somatische Befunderhebung aufweist und grundsätzlich als somatisches Gutachten (in Ergänzung zum nervenärztlichen Gutachten von Prof. Dr. I._____) ausgestaltet ist. Auch die Unterschriften von "Dr. J._____" und "Dr. M._____" erscheinen prima facie nicht identisch. Es bleibt damit zumindest fraglich, ob es sich bei "Dr. J._____" um den behandelnden Psychiater und Psychotherapeuten des Beschwerdeführers handelt.

6.3.2 Mangels einer zuverlässigen medizinischen Entscheidungsgrundlage ist es demzufolge nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente hat (vgl. E. 5.5).

6.3.3 Da es an einer Gesamtbeurteilung fehlt und die Vorinstanz im vorliegenden Verfahren selbst noch kein Gutachten eingeholt, sondern die vom deutschen Versicherungsträger und dem Beschwerdeführer eingereichten Berichte als ausreichend betrachtet hat, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen.

6.3.4 Die Beschwerde ist folglich insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zu weiteren Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Die Vorinstanz ist anzuweisen, unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte sowie Beizug weiterer verfügbarer medizinischer Unterlagen ein polydisziplinäres, insbesondere internistisches, neurologisches, orthopädisches und psychiatrisches Gutachten (unter Beizug eines Neuropsychologen) in der Schweiz einzuholen. Die gutachterliche Beurteilung der psychischen Leiden inkl. Suchterkrankung des Beschwerdeführers und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat in Anwendung der Standardindikatoren gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu erfolgen (BGE 145 V 215; BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281). Im Rahmen der Begutachtung ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «Suisse-MED@P» zu ermitteln und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

7.

Damit ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als der angefochtene Entscheid aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägung 6.3 und zu neuem Entscheid zurückzuweisen ist.

8.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

8.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils auf ein von ihm zu bezeichnendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

8.2 Die ganz oder teilweise obsiegende Partei hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 und 2 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)). Vorliegend ist der Beschwerdeführer nicht anwaltlich vertreten, weshalb ihm keine notwendigen und verhältnismässig hohen Kosten im Sinne von Art. 64 Abs. 1 VwVG entstanden sind. Ihm ist deshalb keine Parteientschädigung auszurichten. Die unterliegende Vorinstanz hat ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die Verfügung der IVSTA vom 12. April 2018 aufgehoben und die Sache zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägung 6.3 und zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihm zu bezeichnendes Konto zurückerstattet

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Einschreiben mit Rückschein; Beilage: Formular Zahladresse)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Beat Weber

Brigitte Blum-Schneider

Rechtsmittelbelehrung:

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

Versand: