

BVGer C-4365/2021 vom 6. September 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-09-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4365_2021_d20210906

FR: TAF C-4365/2021 du 6 septembre 2021

IT: TAF C-4365/2021 del 6 settembre 2021

Regeste

Rentenanspruch | Invalidenversicherung, Rentenanspruch, Verfügung vom 6. September 2021

Erwägungen

E. 1.1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d des Verwaltungsgerichts- gesetzes vom 17. Juni 2005 [VGG; SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG, SR 172.021]; Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde (BVGer-act. 13), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG vorbehalten. Laut Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesge- setzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG finden die Bestimmungen des ATSG auf die IV Anwendung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70 IVG), sofern das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 6. September 2021, mit welcher die Vorinstanz das Leis- tungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat.

E. 3.1

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit- sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier den 6. September 2021) eingetretenen Sach- verhalt ab (BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 132 V 215 E.

3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, bilden demgegenüber im Re- gelfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung (BGE 121 V 362 E.

C-4365/2021 Seite 6 1b). Immerhin sind Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusam- menhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Ver- fügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1).

E. 3.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze mass- geblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechts- folgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 174 E. 4.1 m.H. auf BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 146 V 364 E. 7.1; 139 V 335 E. 6.2; 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 329 E. 2.2 f.). Deshalb sind vorliegend die Vorschriften, welche spätestens am 6. September 2021 (Zeitpunkt des Erlasses der an- gefochtenen Verfügung) in Kraft standen, anwendbar. Nicht zur Anwen- dung gelangen demgegenüber insbesondere die im Rahmen der soge- nannten «Weiterentwicklung der IV» erst per 1. Januar 2022 in Kraft getre- tenen Änderungen im IVG, in der IVV sowie im ATSG (AS 2021 705, BBl 2017 2535).

E. 3.3

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger, wohnt in Deutschland und war in der Schweiz erwerbstätig. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der so- zialen 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 an- spruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbe- reich 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; Urteil des BVGer C-5368/2020 vom 14. Februar 2023 E. 3.2).

E. 4.1

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

C-4365/2021 Seite 7

E. 4.2

Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungs- grundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Demnach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Eine Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien besteht nicht (vgl. auch Urteil des BVGer C-5608/2020 vom

E. 4.3

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

5. 5.1 Anspruch auf eine ordentliche Rente haben Versicherte, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet haben (Art. 36 Abs. 1 IVG). Für die Erfüllung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer können Beitragszeiten, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind, mitberücksichtigt werden (Art. 6 und Art. 45 VO [EG] 883/2004; vgl. auch BGE 131 V 390). Allerdings ist für die Ausrichtung einer ordentlichen IV-Rente in jedem Fall eine Beitragszeit von mindestens einem Jahr in der Schweiz zu erfüllen (vgl. Rz. 3005 des Kreisschreibens über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV/EL [KSBI]; gültig ab 4. April 2016, Stand: 1. Januar 2021]; Rz. 3004.3 der Wegleitung über die Renten der Eidgenössischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung [RWL; gültig ab 1. Januar 2003, Stand: 1. Januar 2021]). Die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer für eine ordentliche Invalidenrente ist vorliegend offensichtlich erfüllt (vgl. IVSTA-act. 65).

C-4365/2021 Seite 8 5.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

5.3 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). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG [in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung]).

5.4 Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch sodann frühestens

nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2). Vorliegend meldete der Beschwerdeführer seinen Rentenanspruch am 18. Juli 2019 an, womit ein allfälliger Anspruch frühestens am 1. Januar 2020 entstehen konnte (BVGer-act. 2 Beilage). 6. 6.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche C-4365/2021 Seite 9 und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung stellen. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4). Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 m.H.; Urteil des BVGer C-4564/2020 vom 2. Juni 2022 E. 4.6). 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). Zudem muss der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.; Urteil des BVGer C-4822/2020 vom 24. August 2022 E. 4.5). 6.2 6.2.1 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Vielmehr gilt für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. 6.2.2 Die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte sind bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbegründung für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich; vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. dazu z.B. Urteile des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.2; C-5049/2013 vom 13. Februar 2015 E. 3.2 m.H.). 6.2.3 Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung für vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3b; Urteil des BGer 8C_683/2019 vom 25. November 2019 E. 3.2).

C-4365/2021 Seite 10 6.2.4 Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.4 m.H.). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (vgl. Urteil des BGer 8C_195/2014 vom 12. Juni 2014 E. 4.3 m.H.). In diesem Zusammenhang gilt es allerdings zu beachten, dass auch die Einschätzungen von behandelnden Hausärzten und Spezialisten nicht von vornherein unbeachtlich sind; vielmehr sind diese im Rahmen der freien Beweiswürdigung zu berücksichtigen, zumal die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte oft wertvolle Erkenntnisse hervorzubringen vermag (vgl. Urteile

des BGer 9C_468/2009 vom 9. September 2009 E. 3.3; 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2). 6.2.5 Von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4; 135 V 465 E. 4.4 m.H.). 6.2.6 Die Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (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 m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. Urteile des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3; 8C_756/2008 vom 4. Juni 2009 E. 4.4 m.H.). Dazu gehört auch, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende C-4365/2021 Seite 11 Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. zum Ganzen: Urteile des BVerfG C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.4; C-2463/2021 vom 15. März 2022 E. 4.5). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der RAD-Berichte, kann darauf nicht abgestellt werden (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteile des BGer 9C_730/2018 vom 27. März 2019 E. 5.1.2; 9C_743/2015 vom 19. September 2016 E. 4.1 in fine; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.2; 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3; Urteil des BVerfG C-4822/2020 vom 24. August 2022 E. 4.6). 6.3 Geht es – wie hier – um psychische Erkrankungen oder um primäre Abhängigkeitssyndrome bzw. Substanzkonsumstörungen, sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die es unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. BGE 145 V 215 E. 6; 143 V 409 E. 4.2 ff.; 143 V 418 E. 6 ff.; Urteil des BVerfG C-3253/2019 vom 15. Dezember 2022 E. 3.6). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine lege artis gestellte, psychiatrische Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Im Übrigen systematisierte das Bundesgericht die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren wie folgt (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (mit den Komplexen Gesundheitsschädigung [Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten], Persönlichkeit [Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen] und sozialer Kontext) und Kategorie «Konsistenz»/«Gesichtspunkte des Verhaltens» (mit den Komplexen gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen sowie

behandlungs- und eingliederungsanames- tisch ausgewiesener Leidensdruck). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann ausnahmsweise dort von ei- nem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist (vgl. Urteil des BVGer C-3780/2020 vom 24. Januar 2023 E. 3.4.4 m.H.). Entbehrlich bleibt es beispielsweise, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Namentlich in Fällen, bei denen von einer bloss leichtgradigen, nicht chronifizierten depressiven Störung (ohne Komorbiditäten)

C-4365/2021 Seite 12 auszugehen ist, bedarf es in aller Regel keiner Weiterungen in Form eines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3). 7. Was den medizinischen Sachverhalt betrifft, lässt sich den Akten Folgen- des entnehmen: 7.1 Am 16. Dezember 1997 stellte Dr. med. F._____ Facharzt für Allge- meinmedizin, ein Attest aus, wonach der Beschwerdeführer aufgrund von Schmerzen und der psychischen Belastung nicht mehr in der Lage sei, den Metzgerberuf auszuüben (IVSTA-act. 129). 7.2 Dem Bericht von Dr. med. G._____, Facharzt für Orthopädie, vom 26. Januar 1999 lässt sich entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer anlässlich eines Verkehrsunfalls eine Fraktur im LWK-Bereich zugezogen habe, derzeit aber keine Therapie indiziert sei. Beruflich seien sämtliche Tätigkeiten möglich, wobei eine Hebelbelastung von maximal 20 kg zu empfehlen sei (IVSTA-act. 16). 7.3 Dem am 12. September 2001 von Dr. med. H._____, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, ausgestellten kinder- und jugendpsychiatrischen Attest sind die Diagnosen (I.) schwere Aufmerk- samkeitsstörung mit Lernbehinderung, (II.) keine spezifische Entwicklungs- störung, (III.) unterdurchschnittliche Intelligenz, (IV.) keine somatische Er- krankung, (V.) Migrationsproblematik, Zweisprachigkeit, abweichende Fa- miliensituation und (VI.) ausreichende soziale Anpassung zu entnehmen (IVSTA-act. 55). 7.4 Gemäss «Ambibericht» des Spitalzentrums I._____ vom 19. Januar 2009 stellte sich der Patient notfallmässig aufgrund seit vier Tagen beste- hender Rückenschmerzen vor. Anamnestisch festgestellt wurden ein Sta- tus nach Autounfall mit LWK-Fraktur vor 12 Jahren, welcher konservativ mit einem Korsett für ein dreiviertel Jahr behandelt wurde und ein Status nach Schädel-Hirn-Trauma als Jugendlicher. Diagnostiziert wurde schliesslich ein muskulärer Hartspann lumbal rechts und als Therapie eine Analgesie empfohlen sowie eine ambulante Physiotherapie verschrieben (IVSTA-act. 13). 7.5 Dem vorläufigen Entlassungsbericht vom 11. Januar 2013, die zufolge der stationären Behandlung des Beschwerdeführers vom 17. Dezember 2012 bis 11. Januar 2013 in der Klinik J._____, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Suchtrehabilitation erstellt wurde,

C-4365/2021 Seite 13 lassen sich folgende Diagnosen entnehmen: Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum an- derer psychotroper Substanzen ein Restzustand und eine verzögert auf- tretende psychotische Störung (F19.7) sowie ein Abhängigkeitssyndrom (F19.2) entnehmen. Weiter - als Differentialdiagnose - eine nicht näher be- zeichnete organisch-psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (F06.9). Ausserdem wird berichtet, dass eine stationäre Aufnahme aufgrund unkla- rer Verhaltensauffälligkeiten sowie Vergesslichkeit und Konzentrationsstö- rungen erfolgt sei. Das Drogenscreening sei negativ ausgefallen. Eine cMRT des Neurocraniums vom 2. Januar 2012 habe einen altersentspre- chenden Befund gezeigt, ohne Nachweis eines posttraumatischen Pa- renchymdefektes. Um die Frage zu beantworten, ob eine

hirnorganische Beeinträchtigung vorliege, sei eine psychologische Testung durchgeführt worden. Dabei habe die prämorbid Intelligenz im «Mehrfachwahl-Wort-schatz-Test» und die allgemeine geistige Leistungsfähigkeit im «Kurztest» unter dem Durchschnitt gelegen. Weiter seien Hinweise für eine akute cerebrale Insuffizienz und eine erworbene Störung der Intelligenzfunktionen feststellbar gewesen, weshalb aufgrund der Testergebnisse von einer hirnorganischen Beeinträchtigung auszugehen sei. Im Hinblick auf die Suchterkrankung sei eine Umschulung empfehlenswert, da sein Beruf als Koch ein Risikofaktor bzgl. Alkohol darstelle. Es habe sich schliesslich im Verlauf der stationären Therapie eine Verbesserung der Symptome gezeigt und der Patient sei in wesentlich gebessertem Gesamtzustand in die weiterführende ambulante Therapie entlassen worden (IVSTA-act. 28). 7.6 Dem ärztlichen Bericht vom 13. Mai 2015 der Klinik J. _____, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Suchtrehabilitation, über die stationäre Behandlung vom 30. April 2015 bis 13. Mai 2015 lassen sich die Diagnosen psychische Störung und Verhaltensstörung durch Alkohol (Abhängigkeitssyndrom; F10.2), Lese- und Rechtschreibstörung (F81.0) sowie sonstige psychische Störungen und Verhaltensstörungen (F10.8) entnehmen. Eine Depression sei mittels Depressionsselbstbeurteilungsbogen ausgeschlossen worden. Der Patient sei zur Überprüfung der kognitiven Beeinträchtigung im Rahmen von Verhaltensauffälligkeiten sowie Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen zur stationären Wiederaufnahme bei Alkoholabhängigkeit eingetreten. Es seien Hinweise für ein leichtes organisches Psychosyndrom mit einer mittelgradigen Störung des Kurzzeitgedächtnisses und eine leichte Aufmerksamkeitsstörung aufgetreten. Im Vergleich zur letzten Testung sei eine deutliche Verbesserung der kognitiven Leistung feststellbar. Nach erfolgter stationärer Behandlung sei

C-4365/2021 Seite 14 der Beschwerdeführer in stabilem Zustand ins häusliche Umfeld zur weiteren ambulanten Betreuung entlassen worden. Als weiterführende Massnahme werde im Besonderen eine Umschulung empfohlen (IVSTA-act. 25). 7.7 Im «Kurz-Arztbrief» der Klinik K. _____ vom 20. Januar 2016 sind die Diagnosen Alkohol- und Tabakabhängigkeitssyndrom (F10.2 und F17.2), schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden (F12.1) und eine Hypercholesterinämie (E78.0) festgehalten. Der Beschwerdeführer habe sich vom 7. Oktober 2015 bis 20. Januar 2016 in stationärer Behandlung befunden und sei in arbeitsfähigem Zustand entlassen worden (IVSTA-act. 36). 7.8 Dem ärztlichen Entlassungsbericht der Klinik K. _____ vom 25. Januar 2016 sind folgende Diagnosen zu entnehmen: Alkoholabhängigkeitssyndrom (F.10.2), Tabakabhängigkeitssyndrom (F.17.2), schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden (F.12.1) und eine Hypercholesterinämie (E78.0). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit ist ersichtlich, dass diese weder in bisheriger noch angepasster Tätigkeit eingeschränkt sei (IVSTA-act. 17). 7.9 Im nervenärztlichen Gutachten der L. _____ Schulen (erstellt durch Dr. med. M. _____, Facharzt für Nervenheilkunde) vom 13. November 2018 sind die folgenden Diagnosen festgehalten: - «V.a. leichtes hirnorganisches Psychosyndrom (ICD-10: F06.9) nach VU 2001 mit Schädel-Hirn-Trauma DD V.a. beginnende Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (ICD-10: F10.71) - Anamnestisch Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2) - Nikotinabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F17.2) - Schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden (ICD-10: F12.1)» Als zusammenfassende Beurteilung führte der Gutachter aus, dass der Beschwerdeführer eine Lehre als Koch abgeschlossen und zunächst in diesem Beruf gearbeitet habe. Im weiteren Verlauf habe sich eine Suchtproblematik mit vermehrter Einbusse der kognitiven Leistung eingestellt. Er sei deshalb nicht

mehr in der Lage gewesen, die beruflichen Anforderungen zu erfüllen. Im Rahmen der gutachterlichen Befragung seien erhebliche formale Denkstörungen aufgetreten. Er sei weitschweifig gewesen, habe daneben geredet und sich teilweise in erheblichem Masse widersprochen. Anlässlich der erweiterten Arbeitserprobung habe sich gezeigt, dass er nicht in der Lage sei, unter den Bedingungen eines Berufsförderungswerkes eine berufliche Umschulung anzutreten. Auch sei er nicht in der Lage, eine berufliche Qualifizierungsmassnahme zu durchlaufen. Als zielführend

C-4365/2021 Seite 15 werde eine umfangreiche somatische und neuropsychologische Abklärung des Störungsbildes angesehen. Im Anschluss an diese Abklärung sei zu diskutieren, ob eine praxisorientierte berufliche Wiedereingliederungsmassnahme oder eine kombinierte medizinische und berufliche Rehabilitation durchgeführt werden solle oder für ihn ein Arbeitsplatz in einer Selbsthilfefirma zu suchen sei (IVSTA-act. 11 S. 21 ff.). 7.10 Laut dem Ergebnisbericht der Massnahme zur erweiterten Abklärung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung der L. _____ Schulen vom 30. November 2018 stehen im Vordergrund der gesundheitlichen Problematik unfallbedingte Konzentrations- und Merkfähigkeitseinbussen sowie belastungsabhängige Rückenbeschwerden. Anhaltspunkte für vermehrten Alkoholkonsum seien nicht gefunden worden und das negative Drogen-screening belege keinen schädlichen Gebrauch von Cannabinoiden. Aufgrund der pathologischen Leberwerte sei von einer Hepatitis-Erkrankung auszugehen. «Therapeutische, pädagogische, pflegerische und sozialmedizinische Berufe kommen wegen der unzureichenden emotionalen Stressbelastbarkeit bzw. der Verhaltensauffälligkeiten (hirnorganisches Psychosyndrom versus beginnende Persönlichkeits- und Verhaltensstörung) nicht in Frage. Tätigkeiten verbunden mit häufigen Stressspitzen wie in der A La Carte-Gastronomie in der Regel vorkommend, Nachtschicht, extremem Zeitdruck wie bei Akkord, in exponierter Stellung wie es z.B. bei einer Vorgesetztenrolle der Fall wäre, ständig wechselnde Arbeitsaufgaben oder Bedingungen, Tätigkeiten, die ein sog. Multitasking-Talent voraussetzen, Arbeitsbedingungen wie sie üblicherweise mit Leih/Zeitarbeit oder Werkvertrag verbunden sind, Tätigkeiten, die mit stark provisionsabhängiger Bezahlung einhergehen oder hohen Anforderungen an die emotionale Stressbelastbarkeit sollten vermieden werden. Es bestehen die im negativen Leistungsbild des medizinischen Gutachtens aufgelisteten körperlichen Einschränkungen. Mit diesen Einschränkungen ist Herr A. _____ für leichte bis mittelschwere Arbeiten unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes für wahrscheinlich 6 Stunden täglicher Arbeitsbelastung einsetzbar. Wegen der körperlichen Minderbelastbarkeit und der vermuteten Teilleistungsstörungen hinsichtlich Aufnahmefähigkeit, Auffassungsgabe, sowie Konzentrations- und Merkfähigkeit wäre eine Wiederaufnahme seines erlernten Berufs als Koch in Vollzeit wahrscheinlich nicht erfolgversprechend. Es sind daher Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig, um Herrn A. _____ beruflich zu integrieren.» Als weitere Massnahmen sei zunächst herauszufinden, was das auffällige Störungsbild auslöse, um eine passende Therapie zu etablieren und die Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu versuchen. Insofern keine

C-4365/2021 Seite 16 Besserung erreicht werden könne, was wahrscheinlicher sei, sei an eine Beschäftigung im Umfang von 5 bis 6 Stunden am Tag in einem Inklusionsbetrieb zu denken. Eine Umschulungsfähigkeit liege derzeit nicht vor (IVSTA-act. 19). 7.11 Dem Bericht von Prof. Dr. med. N. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 10.

April 2019 sind die Diagnosen Schlafapnoe (G47.39), Nikotinabusus (F17.1), Erschöpfungsdepression (F32.9), ADHS (F90.0) und Alkoholabusus (F10.1) zu entnehmen. Weiter stehe beim Patienten eine Erschöpfung im Vordergrund und eine Therapie mit Antidepressiva sei eingeleitet worden (IVSTA-act. 5).

7.12 Dem Bericht der nervenärztlichen Praxis O. _____ vom 3. September 2019 lassen sich als Diagnosen ein Zustand nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma vor 12 Jahren, eine leichte kognitive Störung, eine Neurasthenie und eine undifferenzierte Somatisierungsstörung entnehmen. Hinweis auf einen multiplen Substanzgebrauch oder eine Alkoholabhängigkeit seien nicht vorhanden. Ferner sei der Beschwerdeführer schwer zu bewegen, eine Reevaluation seiner neurokognitiven Beschwerden durchzuführen. Angeboten worden sei ihm ein MRT zur Verlaufskontrolle und ein EEG zur neuropsychologischen Diagnostik. Das EEG habe er «vehement» abgelehnt. Unter dem Titel «Neurologischer Befund» ist «Kein Meningismus, Hirnnerven regelrecht. Kein Anhalt für motorische und sensible Ausfälle, Muskeleigenreflex seitengleich, Babinsky bds. Negativ, Koordinations- und Halteprüfung unauffällig. Vegetativum o.B.» ausgeführt (IVSTA-act. 50).

7.13 Am 16. Dezember 2019 wurde beim Beschwerdeführer eine Kernspintomographie des Schädels durchgeführt. Dabei wurde auf seinen Wunsch hin auf die Applikation von Kontrastmittel verzichtet. Dem am gleichen Tag verfassten sich dazu äussernden ärztlichen Bericht der Radiologie P. _____ kann ein Normalbefund entnommen werden. Kriterien für eine Raumforderung oder Liquorzirkulationsstörung seien nicht festgestellt worden (IVSTA-act. 47).

7.14 Dem Bericht der nervenärztlichen Praxis O. _____ vom 13. Januar 2020 zufolge, stellte sich der Beschwerdeführer am 9. Januar 2020 vor, wobei ein Zustand nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma vor 12 Jahren, eine leichte kognitive Störung, kein Hinweis auf multiplen Substanzgebrauch oder Alkoholabhängigkeit, eine Neurasthenie und eine undifferenzierte Somatisierungsstörung diagnostiziert wurden. Mit Bezug auf die C-4365/2021 Seite 17 Kernspintomografie des Schädels vom 16. Dezember 2019 liege ein unauffälliger Hirngewebebefund vor (vgl. E. 7.12 hiervor). Man sei zur Übereinkunft gelangt, zunächst das EU-Rentenverfahren abzuschliessen. Der Beschwerdeführer überlege sich, eine Beschäftigung als Koch zu suchen. Alternativ sei zur Reevaluation des aktuellen Stands an eine stationäre Behandlung zu denken (IVSTA-act. 49).

7.15 Dem Bericht vom 4. Juni 2020 von Dr. phil. Q. _____, psychologische Psychotherapeutin, und Dr. med. R. _____, Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärztin für Psychiatrie, Universitätsklinikum S. _____, lassen sich die Diagnosen chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) und ein Zustand nach einer mittelgradig depressiven Episode (F32.1) entnehmen. Weiter sei aufgrund der Schwere der Symptomatik und der damit verbundenen Einschränkungen in der Alltagsbewältigung eine teilstationäre psychosomatische Behandlung angezeigt, wobei der Beschwerdeführer die Aufnahme auf die Warteliste abgelehnt habe. Empfohlen sei weiter eine Vorstellung beim Schmerzzentrum der Universitätsklinik S. _____ und eine ambulante Psychotherapie (IVSTA-act. 103).

7.16 Im ärztlichen Bericht der Radiologie P. _____ vom 25. Februar 2021 (IVSTA-act. 127) sind folgende Befunde festgehalten: «1. Lumbosakrale Übergangswirbel-Bildung mit Nearthrosen in den Sakrumflügeln, mutmasslich degenerativ verändert und auf der rechten Seite aktuell mit moderater Aktivierung. Tiefliegende, schmale letzte Bandscheibe S1/2 bezeichnet. 2. Moderate, ventral betonte Deckplattenabflachung des 5. LWK bei intakter Vorder- und Hinterkante und ohne assoziiertes Spongiosaödem, passend zu einer alten Kompressionsfraktur. Zentral kleine, blande intervertebrale BS-Hernierung in der Deckplatte. 3. Aktivierte Osteochondrose der

Etage L5/S1 mit zusätzlich breitbasiger medianer bis medi- orechtslateraler, subligamentäre BS-Hernierung in enger Lagebeziehung zum rechten S1- Wurzelverlauf ohne Kriterien für eine nervale Affektion bzw. Kompression. Begleitende, blande Spondylarthrose mit mittel bis höhergradigen gemischten Foramenstenosen rechtsbe- tont ohne Maskierung der L5-Passagen. 4. Saumartige nicht kompressive BS-Vorwölbung und reizlose Spondylarthrose L4/5. Chond- rose L1/2 und angedeutete alte Scheuermann'sche Veränderungen am thorakolumbalen Übergang mit Streckfehlhaltung. 5. Unauffälliger Spinalkanal und paravertebrale Weichteile. Unverdächtiges Knochenmark.» 7.17 Im Rahmen des Widerspruchsverfahrens aufgrund eines abgelehnten Antrags auf eine Erwerbsminderungsrente bei der Deutschen Rentenver- sicherung C._____ fand eine psychiatrische Begutachtung statt. Dem darüber Auskunft gebenden Bericht D._____/E._____ vom 26. Okto- ber 2020, lassen sich die Diagnosen kombinierte Persönlichkeitsakzentu- ierung (F61), schädlicher Gebrauch von Cannabis (F12.2),

C-4365/2021 Seite 18 vordiagnostiziertes Alkoholabhängigkeitssyndrom (derzeit abstinent; F10.2), Verdacht auf Legasthenie (F81.0), Zustand nach konservativ be- handelter LWK-4 bzw. LWK-5-Fraktur und Tinnitus entnehmen. Als derzei- tige Beschwerden berichte der Versicherte über wandernde Schmerzen am ganzen Körper, hauptsächlich im Rückenbereich, aber auch immer wie- der an Armen und Beinen. Er habe Verkrampfungen am ganzen Körper, Krämpfe im Wadenbereich und an der Fusssohle. Ausserdem beschreibe er Zuckungen am ganzen Körper, wobei ebensolche Zuckungen auch an- lässlich der Untersuchung aufgetreten seien. Konkret habe der rechte Un- terschenkel spürbar und dezent sichtbar rhythmisch gezuckt (IVSTA-act. 90 S. 4 und 11). Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei er für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten für 6 und mehr Stunden täglich einsetzbar. Zu vermeiden seien Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an das Kon- zentrationsvermögen, das Reaktionsvermögen, das Anpassungs- und Um- stellungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Einbin- dung in komplexe Arbeitsvorgänge, Akkord und taktgebundene Arbeit, be- sonderer Zeitdruck, häufig wechselnde Arbeitszeiten, Nachtschichten, er- höhte Verletzungsgefahr, Lärm (aufgrund Tinnitus) und erleichtertem Zu- gang zu Alkohol sowie anderen potentiell suchterzeugenden Substanzen. Aufgrund dieser Einschränkungen sei er nicht mehr als Chefkoch, aber als Hilfskoch für 6 und mehr Stunden pro Tag einsetzbar (IVSTA-act. 67 und 90). 7.18 Die Ärztin des RAD, Dr. med. T._____, diagnostizierte in ihrer Stel- lungnahme vom 11. Juni 2021 als Hauptdiagnosen einen Verdacht auf ein leichtes hirnorganisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma 1998 (F06.9), Alkoholabusus, sistiert (F10.1), Cannabiskonsum (F12.1), prämor- bide Minderintelligenz nicht näher angegeben, Legasthenie, einen Ver- dacht auf ADHS (F90.0) und als Differentialdiagnose einen Verdacht auf eine beginnende Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F10.71). Weiter als Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit degenerative Veränderungen der LWS und schliesslich als Nebendiagnosen ohne Aus- wirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Verkehrsunfall 1998 (Schädel-Hirn-Trauma, Fraktur Lendenwirbelkörper LWK-4, fragliche Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren [F45.41]), Schlafapnoe (G47.39), Nikotinabusus (F17.1), einen Status nach Erschöp- fungsdepression (F32.9), einen Status nach mittelgradiger depressiver Episode (F32.1) und Tinnitus. Was die Arbeitsfähigkeit betreffe, sei er «seit Jahren» in der bisherigen Tätigkeit als Chefkoch zu 100 % arbeitsunfähig. Als Hilfskoch bestehe spätestens ab 5. November 2018 eine

C-4365/2021 Seite 19 Arbeitsunfähigkeit von 30 %. In einer angepassten Tätigkeit sei er aber seit jeher 100 % arbeitsfähig (IVSTA-act. 132). 7.19 Nachdem der Beschwerdeführer gegen den Vorbescheid vom 4. Februar 2021 Einwand erhoben hatte, wurde beim medizinischen Dienst der IVSTA eine psychiatrische Stellungnahme vom 26. August 2021 eingeholt. Dr. med. U._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte darin aus, dass ein Missbrauch von Cannabis (F12.2) sowie ein vordiagnostiziertes Alkoholabhängigkeitssyndrom mit weitgehender Abstinenz (F10.2) vorhanden seien. Der Verdacht auf ein leichtes hirnrorganisches Syndrom werde in Vorberichten erwähnt. Bekannt sei weiter eine Legasthenie, wohingegen die Diagnose ADHS nie eindeutig gestellt worden sei. Für eine chronische Schmerzstörung und eine depressive Episode seien keine sicheren Anhaltspunkte aus den Akten zu gewinnen. In den Jahren 2018 und 2021 sei er in Deutschland umfangreich abgeklärt worden. Mit Bezug auf ebendiese Untersuchungen sei eine ähnliche Einschätzung der Leistungsfähigkeit festzustellen. Eine Tätigkeit als Chefkoch oder Koch mit Leitungsfunktion im Schichtdienst mit hohem Zeitdruck, Multitasking und hoher emotionaler Belastung sei nicht zumutbar. Bei einer entsprechend angepassten Tätigkeit sei aber von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Aus psychiatrischer Sicht werde die durch die Ärztin des RAD festgelegte Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 7.17 hiervor) bestätigt (IVSTA-act. 93 und 135). 7.20 Im Befundbericht vom 30. September 2021 von Dr. med. V._____, Facharzt für Anästhesiologie, sind folgende Diagnosen aufgeführt (BVGer-act. 11): - Lumbosacrale Übergangsstörung mit sacraler Bandscheibe und ISG-Arthrose (M54.5, M54.17 und M19.25) - Alte Kompressionsfraktur LWK5, Osteochondrosen, Protrusion und BSV der LWS (M54.10, S32.05, M42.10, M51.2 und M51.1) - Verdacht auf hirnrorganisches Psychosyndrom nach Autounfall mit Schädel-Hirn-Trauma und LWK-Fraktur 1998 (F06.9 und S06.20) - Schmerz bei Verhaltensstörung durch Alkohol (sonstige Störung, F10.8) - Schmerz bei mittelgradig depressiver Episode (F32.1) - Schmerz bei sonstiger Reaktion auf schwere Belastung (F32.1) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) - Ein- und Durchschlafstörung (G47.0) - Nichtorganische Schlafstörung (F51.8)

C-4365/2021 Seite 20 - Die Stimmung betreffende Symptome (R45) - Schwindel und Taumel (R42) - Reizdarmsyndrom mit Diarrhoe (K58.0) 7.21 Im Rahmen der Vernehmlassung legte die Vorinstanz die Angelegenheit erneut Dr. med. T._____ vor, die am 5. Januar 2022 Stellung nahm. Darin führte sie ergänzend zu ihrer Stellungnahme vom 11. Juni 2021 (IVSTA-act. 132) – aus, dass aus «den aktuell vorgelegten, Unterlagen iR der Anhörung auf die Verfügung (...) keine neuen Erkenntnisse mit Auswirkung auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit» zu gewinnen seien (BVGer-act. 10, Beilage). 7.22 Im anlässlich des deutschen Rentenverfahrens erstellten neurologisch-psychiatrischen Gerichtsgutachten vom 25. April 2022 führte Dr. med. W._____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, die Diagnosen kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und emotional-instabilen Anteilen (ICD-10 F61.0), anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden (ICD-

E. 5.1

Anspruch auf eine ordentliche Rente haben Versicherte, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet haben (Art. 36 Abs. 1 IVG). Für die Erfüllung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer können Beitragszeiten, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind, mitberücksichtigt werden (Art. 6 und Art. 45 VO [EG] 883/2004; vgl. auch BGE 131 V 390). Allerdings ist für die Ausrichtung einer

ordentlichen IV-Rente in jedem Fall eine Beitragszeit von mindestens einem Jahr in der Schweiz zu erfüllen (vgl. Rz. 3005 des Kreisschreibens über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV/EL [KSbIL; gültig ab 4. April 2016, Stand: 1. Januar 2021]; Rz. 3004.3 der Wegleitung über die Renten der Eidgenössischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung [RWL; gültig ab 1. Januar 2003, Stand: 1. Januar 2021]). Die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer für eine ordentliche Invalidenrente ist vorliegend offensichtlich erfüllt (vgl. IVSTA-act. 65).

E. 5.2

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

E. 5.3

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). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG [in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung]).

E. 5.4

Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch sodann frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2). Vorliegend meldete der Beschwerdeführer seinen Rentenanspruch am 18. Juli 2019 an, womit ein allfälliger Anspruch frühestens am 1. Januar 2020 entstehen konnte (BVGer-act. 2 Beilage).

E. 6.1

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung stellen. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher

Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4). Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 m.H.; Urteil des BVGer C-4564/2020 vom 2. Juni 2022 E. 4.6). 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). Zudem muss der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.; Urteil des BVGer C-4822/2020 vom 24. August 2022 E. 4.5).

E. 6.2.1

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Vielmehr gilt für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen.

E. 6.2.2

Die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte sind bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich; vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. dazu z.B. Urteile des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.2; C-5049/2013 vom 13. Februar 2015 E. 3.2 m.H.).

E. 6.2.3

Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung für vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3b; Urteil des BGer 8C_683/2019 vom 25. November 2019 E. 3.2).

E. 6.2.4

Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.4 m.H.). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (vgl. Urteil des BGer 8C_195/2014 vom 12. Juni 2014 E. 4.3 m.H.). In diesem Zusammenhang gilt es allerdings zu beachten, dass auch die Einschätzungen von behandelnden Hausärzten und Spezialisten nicht von vornherein unbeachtlich sind; vielmehr sind diese im Rahmen der freien Beweiswürdigung zu berücksichtigen, zumal die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte oft wertvolle Erkenntnisse hervorzubringen vermag (vgl. Urteile des BGer 9C_468/2009 vom 9. September 2009 E. 3.3; 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

E. 6.2.5

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

E. 6.2.6

Die Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (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 m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. Urteile des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3; 8C_756/2008 vom 4. Juni 2009 E. 4.4 m.H.). Dazu gehört auch, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. zum Ganzen: Urteile des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.4; C-2463/2021 vom 15. März 2022 E. 4.5). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der RAD-Berichte, kann darauf nicht abgestellt werden (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteile des BGer 9C_730/2018 vom 27. März 2019 E. 5.1.2; 9C_743/2015 vom 19. September 2016 E. 4.1 in fine; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.2; 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3; Urteil des BVGer C-4822/2020 vom 24. August 2022 E. 4.6).

E. 6.3

Geht es - wie hier - um psychische Erkrankungen oder um primäre Abhängigkeitssyndrome bzw. Substanzkonsumstörungen, sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die es unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. BGE 145 V 215 E. 6; 143 V 409 E. 4.2 ff; 143 V 418 E. 6 ff.; Urteil des BVGer C-3253/2019 vom 15. Dezember 2022 E. 3.6). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine lege artis gestellte, psychiatrische Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Im Übrigen systematisierte das Bundesgericht die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren wie folgt (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (mit den Komplexen Gesundheitsschädigung [Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten], Persönlichkeit [Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen] und sozialer Kontext) und Kategorie «Konsistenz»/«Gesichtspunkte des Verhaltens» (mit den

Komplexen gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen sowie behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann ausnahmsweise dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist (vgl. Urteil des BVGer C-3780/2020 vom 24. Januar 2023 E. 3.4.4 m.H.). Entbehrlich bleibt es beispielsweise, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Namentlich in Fällen, bei denen von einer bloss leichtgradigen, nicht chronifizierten depressiven Störung (ohne Komorbiditäten) auszugehen ist, bedarf es in aller Regel keiner Weiterungen in Form eines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3).

E. 7

Was den medizinischen Sachverhalt betrifft, lässt sich den Akten Folgendes entnehmen:

E. 7.1

Am 16. Dezember 1997 stellte Dr. med. F._____ Facharzt für Allgemeinmedizin, ein Attest aus, wonach der Beschwerdeführer aufgrund von Schmerzen und der psychischen Belastung nicht mehr in der Lage sei, den Metzgerberuf auszuüben (IVSTA-act. 129).

E. 7.2

Dem Bericht von Dr. med. G._____, Facharzt für Orthopädie, vom 26. Januar 1999 lässt sich entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer anlässlich eines Verkehrsunfalls eine Fraktur im LWK-Bereich zugezogen habe, derzeit aber keine Therapie indiziert sei. Beruflich seien sämtliche Tätigkeiten möglich, wobei eine Hebelbelastung von maximal 20 kg zu empfehlen sei (IVSTA-act. 16).

E. 7.3

Dem am 12. September 2001 von Dr. med. H._____, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, ausgestellten kinder- und jugendpsychiatrischen Attest sind die Diagnosen (I.) schwere Aufmerksamkeitsstörung mit Lernbehinderung, (II.) keine spezifische Entwicklungsstörung, (III.) unterdurchschnittliche Intelligenz, (IV.) keine somatische Erkrankung, (V.) Migrationsproblematik, Zweisprachigkeit, abweichende Familiensituation und (VI.) ausreichende soziale Anpassung zu entnehmen (IVSTA-act. 55).

E. 7.4

Gemäss «Ambibericht» des Spitalzentrums I._____ vom 19. Januar 2009 stellte sich der Patient notfallmässig aufgrund seit vier Tagen bestehender Rückenschmerzen vor. Anamnestisch festgestellt wurden ein Status nach Autounfall mit LWK-Fraktur vor 12 Jahren, welcher konservativ mit einem Korsett für ein dreiviertel Jahr behandelt wurde und ein Status nach Schädel-Hirn-Trauma als Jugendlicher. Diagnostiziert wurde schliesslich ein muskulärer Hartspann lumbal rechts und als Therapie eine Analgesie empfohlen sowie eine ambulante Physiotherapie verschrieben (IVSTA-act. 13).

E. 7.5

Dem vorläufigen Entlassungsbericht vom 11. Januar 2013, die zufolge der stationären Behandlung des Beschwerdeführers vom 17. Dezember 2012 bis 11. Januar 2013 in der Klinik J._____, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und

Suchtrehabilitation erstellt wurde, lassen sich folgende Diagnosen entnehmen: Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen ein Restzustand und eine verzögert auftretende psychotische Störung (F19.7) sowie ein Abhängigkeitssyndrom (F19.2) entnehmen. Weiter - als Differentialdiagnose - eine nicht näher bezeichnete organisch-psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (F06.9). Ausserdem wird berichtet, dass eine stationäre Aufnahme aufgrund unklarer Verhaltensauffälligkeiten sowie Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen erfolgt sei. Das Drogenscreening sei negativ ausgefallen. Eine cMRT des Neurocraniums vom 2. Januar 2012 habe einen altersentsprechenden Befund gezeigt, ohne Nachweis eines posttraumatischen Parenchymdefektes. Um die Frage zu beantworten, ob eine hirnorganische Beeinträchtigung vorliege, sei eine psychologische Testung durchgeführt worden. Dabei habe die prämorbid Intelligenz im «Mehrfachwahl-Wortschatz-Test» und die allgemeine geistige Leistungsfähigkeit im «Kurztest» unter dem Durchschnitt gelegen. Weiter seien Hinweise für eine akute cerebrale Insuffizienz und eine erworbene Störung der Intelligenzfunktionen feststellbar gewesen, weshalb aufgrund der Testergebnisse von einer hirnorganischen Beeinträchtigung auszugehen sei. Im Hinblick auf die Suchterkrankung sei eine Umschulung empfehlenswert, da sein Beruf als Koch ein Risikofaktor bzgl. Alkohol darstelle. Es habe sich schliesslich im Verlauf der stationären Therapie eine Verbesserung der Symptome gezeigt und der Patient sei in wesentlich gebessertem Gesamtzustand in die weiterführende ambulante Therapie entlassen worden (IVSTA-act. 28).

E. 7.6

Dem ärztlichen Bericht vom 13. Mai 2015 der Klinik J. _____, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Suchtrehabilitation, über die stationäre Behandlung vom 30. April 2015 bis 13. Mai 2015 lassen sich die Diagnosen psychische Störung und Verhaltensstörung durch Alkohol (Abhängigkeitssyndrom; F10.2), Lese- und Rechtschreibstörung (F81.0) sowie sonstige psychische Störungen und Verhaltensstörungen (F10.8) entnehmen. Eine Depression sei mittels Depressionsselbstbeurteilungsbogen ausgeschlossen worden. Der Patient sei zur Überprüfung der kognitiven Beeinträchtigung im Rahmen von Verhaltensauffälligkeiten sowie Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen zur stationären Wiederaufnahme bei Alkoholabhängigkeit eingetreten. Es seien Hinweise für ein leichtes organisches Psychosyndrom mit einer mittelgradigen Störung des Kurzzeitgedächtnisses und eine leichte Aufmerksamkeitsstörung aufgetreten. Im Vergleich zur letzten Testung sei eine deutliche Verbesserung der kognitiven Leistung feststellbar. Nach erfolgter stationärer Behandlung sei der Beschwerdeführer in stabilem Zustand ins häusliche Umfeld zur weiteren ambulanten Betreuung entlassen worden. Als weiterführende Massnahme werde im Besonderen eine Umschulung empfohlen (IVSTA-act. 25).

E. 7.7

Im «Kurz-Arztbrief» der Klinik K. _____ vom 20. Januar 2016 sind die Diagnosen Alkohol- und Tabakabhängigkeitssyndrom (F10.2 und F17.2), schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden (F12.1) und eine Hypercholesterinämie (E78.0) festgehalten. Der Beschwerdeführer habe sich vom 7. Oktober 2015 bis 20. Januar 2016 in stationärer Behandlung befunden und sei in arbeitsfähigem Zustand entlassen worden (IVSTA-act. 36).

E. 7.8

Dem ärztlichen Entlassungsbericht der Klinik K. _____ vom 25. Januar 2016 sind folgende Diagnosen zu entnehmen: Alkoholabhängigkeitssyndrom (F.10.2), Tabakabhängigkeitssyndrom (F.17.2), schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden (F.12.1) und eine Hypercholesterinämie (E78.0). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit ist ersichtlich, dass diese weder in bisheriger noch angepasster Tätigkeit eingeschränkt sei (IVSTA-act. 17).

E. 7.9

Im nervenärztlichen Gutachten der L. _____ Schulen (erstellt durch Dr. med. M. _____, Facharzt für Nervenheilkunde) vom 13. November 2018 sind die folgenden Diagnosen festgehalten: - «V.a. leichtes hirnorganisches Psychosyndrom (ICD-10: F06.9) nach VU 2001 mit Schädel-Hirn-Trauma DD V.a. beginnende Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (ICD-10: F10.71) - Anamnestisch Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2) - Nikotinabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F17.2) - Schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden (ICD-10: F12.1)» Als zusammenfassende Beurteilung führte der Gutachter aus, dass der Beschwerdeführer eine Lehre als Koch abgeschlossen und zunächst in diesem Beruf gearbeitet habe. Im weiteren Verlauf habe sich eine Suchtproblematik mit vermehrter Einbusse der kognitiven Leistung eingestellt. Er sei deshalb nicht mehr in der Lage gewesen, die beruflichen Anforderungen zu erfüllen. Im Rahmen der gutachterlichen Befragung seien erheblichen formale Denkstörungen aufgetreten. Er sei weitschweifig gewesen, habe daneben geredet und sich teilweise in erheblichem Masse widersprochen. Anlässlich der erweiterten Arbeitserprobung habe sich gezeigt, dass er nicht in der Lage sei, unter den Bedingungen eines Berufsförderungswerkes eine berufliche Umschulung anzutreten. Auch sei er nicht in der Lage, eine berufliche Qualifizierungsmassnahme zu durchlaufen. Als zielführend werde eine umfangreiche somatische und neuropsychologische Abklärung des Störungsbildes angesehen. Im Anschluss an diese Abklärung sei zu diskutieren, ob eine praxisorientierte berufliche Wiedereingliederungsmassnahme oder eine kombinierte medizinische und berufliche Rehabilitation durchgeführt werden solle oder für ihn ein Arbeitsplatz in einer Selbsthilfefirma zu suchen sei (IVSTA-act. 11 S. 21 ff.).

E. 7.10

Laut dem Ergebnisbericht der Massnahme zur erweiterten Abklärung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung der L. _____ Schulen vom 30. November 2018 stehen im Vordergrund der gesundheitlichen Problematik unfallbedingte Konzentrations- und Merkfähigkeitseinbussen sowie belastungsabhängige Rückenbeschwerden. Anhaltspunkte für vermehrten Alkoholkonsum seien nicht gefunden worden und das negative Drogenscreening belege keinen schädlichen Gebrauch von Cannabinoiden. Aufgrund der pathologischen Leberwerte sei von einer Hepatitis-Erkrankung auszugehen. «Therapeutische, pädagogische, pflegerische und sozialmedizinische Berufe kommen wegen der unzureichenden emotionalen Stressbelastbarkeit bzw. der Verhaltensauffälligkeiten (hirnorganisches Psychosyndrom versus beginnende Persönlichkeits- und Verhaltensstörung) nicht in Frage. Tätigkeiten verbunden mit häufigen Stressspitzen wie in der A La Carte-Gastronomie in der Regel vorkommend, Nachtschicht, extremem Zeitdruck wie bei Akkord, in exponierter Stellung wie es z.B. bei einer Vorgesetztenrolle der Fall wäre, ständig wechselnde Arbeitsaufgaben oder Bedingungen, Tätigkeiten, die ein sog. Multitasking-Talent voraussetzen, Arbeitsbedingungen wie sie üblicherweise mit Leih/Zeitarbeit oder Werkvertrag verbunden sind, Tätigkeiten, die mit

stark provisionsabhängiger Bezahlung einhergehen oder hohen Anforderungen an die emotionale Stressbelastbarkeit sollten vermieden werden. Es bestehen die im negativen Leistungsbild des medizinischen Gutachtens aufgelisteten körperlichen Einschränkungen. Mit diesen Einschränkungen ist Herr A. _____ für leichte bis mittelschwere Arbeiten unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes für wahrscheinlich 6 Stunden täglicher Arbeitsbelastung einsetzbar. Wegen der körperlichen Minderbelastbarkeit und der vermuteten Teilleistungsstörungen hinsichtlich Aufnahmefähigkeit, Auffassungsgabe, sowie Konzentrations- und Merkfähigkeit wäre eine Wiederaufnahme seines erlernten Berufs als Koch in Vollzeit wahrscheinlich nicht erfolgversprechend. Es sind daher Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig, um Herrn A. _____ beruflich zu integrieren.» Als weitere Massnahmen sei zunächst herauszufinden, was das auffällige Störungsbild auslöse, um eine passende Therapie zu etablieren und die Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu versuchen. Insofern keine Besserung erreicht werden könne, was wahrscheinlicher sei, sei an eine Beschäftigung im Umfang von 5 bis 6 Stunden am Tag in einem Inklusionsbetrieb zu denken. Eine Umschulungsfähigkeit liege derzeit nicht vor (IVSTA-act. 19).

E. 7.11

Dem Bericht von Prof. Dr. med. N. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 10. April 2019 sind die Diagnosen Schlafapnoe (G47.39), Nikotinabusus (F17.1), Erschöpfungsdepression (F32.9), ADHS (F90.0) und Alkoholabusus (F10.1) zu entnehmen. Weiter stehe beim Patienten eine Erschöpfung im Vordergrund und eine Therapie mit Antidepressiva sei eingeleitet worden (IVSTA-act. 5).

E. 7.12

Dem Bericht der nervenärztlichen Praxis O. _____ vom 3. September 2019 lassen sich als Diagnosen ein Zustand nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma vor 12 Jahren, eine leichte kognitive Störung, eine Neurasthenie und eine undifferenzierte Somatisierungsstörung entnehmen. Hinweise auf einen multiplen Substanzgebrauch oder eine Alkoholabhängigkeit seien nicht vorhanden. Ferner sei der Beschwerdeführer schwer zu bewegen, eine Reevaluation seiner neurokognitiven Beschwerden durchzuführen. Angeboten worden sei ihm ein MRT zur Verlaufskontrolle und ein EEG zur neuropsychologischen Diagnostik. Das EEG habe er «vehement» abgelehnt. Unter dem Titel «Neurologischer Befund» ist «Kein Meningismus, Hirnnerven regelrecht. Kein Anhalt für motorische und sensible Ausfälle, Muskeleigenreflex seitengleich, Babinsky bds. Negativ, Koordinations- und Halteprüfung unauffällig. Vegetivum o.B.» ausgeführt (IVSTA-act. 50).

E. 7.13

Am 16. Dezember 2019 wurde beim Beschwerdeführer eine Kernspintomographie des Schädels durchgeführt. Dabei wurde auf seinen Wunsch hin auf die Applikation von Kontrastmittel verzichtet. Dem am gleichen Tag verfassten sich dazu äussernden ärztlichen Bericht der Radiologie P. _____ kann ein Normalbefund entnommen werden. Kriterien für eine Raumforderung oder Liquorzirkulationsstörung seien nicht festgestellt worden (IVSTA-act. 47).

E. 7.14

Dem Bericht der nervenärztlichen Praxis O. _____ vom 13. Januar 2020 zufolge, stellte sich der Beschwerdeführer am 9. Januar 2020 vor, wobei ein Zustand nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma vor 12 Jahren, eine leichte kognitive Störung, kein Hinweis auf

multiplen Substanzgebrauch oder Alkoholabhängigkeit, eine Neurasthenie und eine undifferenzierte Somatisierungsstörung diagnostiziert wurden. Mit Bezug auf die Kernspintomografie des Schädels vom 16. Dezember 2019 liege ein unauffälliger Hirngewebebefund vor (vgl. E. 7.12 hiervor). Man sei zur Übereinkunft gelangt, zunächst das EU-Rentenverfahren abzuschliessen. Der Beschwerdeführer überlege sich, eine Beschäftigung als Koch zu suchen. Alternativ sei zur Reevaluation des aktuellen Stands an eine stationäre Behandlung zu denken (IVSTA-act. 49).

E. 7.15

Dem Bericht vom 4. Juni 2020 von Dr. phil. Q._____, psychologische Psychotherapeutin, und Dr. med. R._____, Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärztin für Psychiatrie, Universitätsklinikum S._____, lassen sich die Diagnosen chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) und ein Zustand nach einer mittelgradig depressiven Episode (F32.1) entnehmen. Weiter sei aufgrund der Schwere der Symptomatik und der damit verbundenen Einschränkungen in der Alltagsbewältigung eine teilstationäre psychosomatische Behandlung angezeigt, wobei der Beschwerdeführer die Aufnahme auf die Warteliste abgelehnt habe. Empfohlen sei weiter eine Vorstellung beim Schmerzzentrum der Universitätsklinik S._____, und eine ambulante Psychotherapie (IVSTA-act. 103).

E. 7.16

Im ärztlichen Bericht der Radiologie P._____, vom 25. Februar 2021 (IVSTA-act. 127) sind folgende Befunde festgehalten: «1. Lumbosakrale Übergangswirbel-Bildung mit Neoarthesen in den Sakrumflügeln, mutmasslich degenerativ verändert und auf der rechten Seite aktuell mit moderater Aktivierung. Tiefliegende, schmale letzte Bandscheibe S1/2 bezeichnet. 2. Moderate, ventral betonte Deckplattenabflachung des 5. LWK bei intakter Vorder- und Hinterkante und ohne assoziiertes Spongiosödem, passend zu einer alten Kompressionsfraktur. Zentral kleine, blande intervertebrale BS-Hernierung in der Deckplatte. 3. Aktivierte Osteochondrose der Etage L5/S1 mit zusätzlich breitbasiger medianer bis mediorechtslateraler, subligamentäre BS-Hernierung in enger Lagebeziehung zum rechten S1-Wurzelverlauf ohne Kriterien für eine nervale Affektion bzw. Kompression. Begleitende, blande Spondylarthrose mit mittel bis höhergradigen gemischten Foramenstenosen rechtsbetont ohne Maskierung der L5-Passagen. 4. Saumartige nicht kompressive BS-Vorwölbung und reizlose Spondylarthrose L4/5. Chondrose L1/2 und angedeutete alte Scheuermann'sche Veränderungen am thorakolumbalen Übergang mit Streckfehlhaltung. 5. Unauffälliger Spinalkanal und paravertebrale Weichteile. Unverdächtiges Knochenmark.»

E. 7.17

Im Rahmen des Widerspruchsverfahrens aufgrund eines abgelehnten Antrags auf eine Erwerbsminderungsrente bei der Deutschen Rentenversicherung C._____ fand eine psychiatrische Begutachtung statt. Dem darüber Auskunft gebenden Bericht D._____/E._____ vom 26. Oktober 2020, lassen sich die Diagnosen kombinierte Persönlichkeitsakzentuierung (F61), schädlicher Gebrauch von Cannabis (F12.2), vordiagnostiziertes Alkoholabhängigkeitssyndrom (derzeit abstinent; F10.2), Verdacht auf Legasthenie (F81.0), Zustand nach konservativ behandelte LWK-4 bzw. LWK-5-Fraktur und Tinnitus entnehmen. Als derzeitige Beschwerden berichte der Versicherte über wandernde Schmerzen am ganzen Körper, hauptsächlich im Rückenbereich, aber auch

immer wieder an Armen und Beinen. Er habe Verkrampfungen am ganzen Körper, Krämpfe im Wadenbereich und an der Fusssohle. Ausserdem beschreibe er Zuckungen am ganzen Körper, wobei ebensolche Zuckungen auch anlässlich der Untersuchung aufgetreten seien. Konkret habe der rechte Unterschenkel spürbar und dezent sichtbar rhythmisch gezuckt (IVSTA-act. 90 S. 4 und 11). Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei er für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten für 6 und mehr Stunden täglich einsetzbar. Zu vermeiden seien Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an das Konzentrationsvermögen, das Reaktionsvermögen, das Anpassungs- und Umstellungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Einbindung in komplexe Arbeitsvorgänge, Akkord und taktgebundene Arbeit, besonderer Zeitdruck, häufig wechselnde Arbeitszeiten, Nachtschichten, erhöhte Verletzungsgefahr, Lärm (aufgrund Tinnitus) und erleichtertem Zugang zu Alkohol sowie anderen potentiell suchterzeugenden Substanzen. Aufgrund dieser Einschränkungen sei er nicht mehr als Chefkoch, aber als Hilfskoch für 6 und mehr Stunden pro Tag einsetzbar (IVSTA-act. 67 und 90).

E. 7.18

Die Ärztin des RAD, Dr. med. T._____, diagnostizierte in ihrer Stellungnahme vom 11. Juni 2021 als Hauptdiagnosen einen Verdacht auf ein leichtes hirnormales Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma 1998 (F06.9), Alkoholabusus, sistiert (F10.1), Cannabiskonsum (F12.1), prämorbid Minderintelligenz nicht näher angegeben, Legasthenie, einen Verdacht auf ADHS (F90.0) und als Differentialdiagnose einen Verdacht auf eine beginnende Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F10.71). Weiter als Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit degenerative Veränderungen der LWS und schliesslich als Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Verkehrsunfall 1998 (Schädel-Hirn-Trauma, Fraktur Lendenwirbelkörper LWK-4, fragliche Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren [F45.41]), Schlafapnoe (G47.39), Nikotinabusus (F17.1), einen Status nach Erschöpfungsdepression (F32.9), einen Status nach mittelgradiger depressiver Episode (F32.1) und Tinnitus. Was die Arbeitsfähigkeit betreffe, sei er «seit Jahren» in der bisherigen Tätigkeit als Chefkoch zu 100 % arbeitsunfähig. Als Hilfskoch bestehe spätestens ab 5. November 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %. In einer angepassten Tätigkeit sei er aber seit jeher 100 % arbeitsfähig (IVSTA-act. 132).

E. 7.19

Nachdem der Beschwerdeführer gegen den Vorbescheid vom 4. Februar 2021 Einwand erhoben hatte, wurde beim medizinischen Dienst der IVSTA eine psychiatrische Stellungnahme vom 26. August 2021 eingeholt. Dr. med. U._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte darin aus, dass ein Missbrauch von Cannabis (F12.2) sowie ein vordiagnostiziertes Alkoholabhängigkeitssyndrom mit weitgehender Abstinenz (F10.2) vorhanden seien. Der Verdacht auf ein leichtes hirnormales Syndrom werde in Vorberichten erwähnt. Bekannt sei weiter eine Legasthenie, wohingegen die Diagnose ADHS nie eindeutig gestellt worden sei. Für eine chronische Schmerzstörung und eine depressive Episode seien keine sicheren Anhaltspunkte aus den Akten zu gewinnen. In den Jahren 2018 und 2021 sei er in Deutschland umfangreich abgeklärt worden. Mit Bezug auf ebendiese Untersuchungen sei eine ähnliche Einschätzung der Leistungsfähigkeit festzustellen. Eine Tätigkeit als Chefkoch oder Koch mit Leitungsfunktion im Schichtdienst mit hohem Zeitdruck, Multitasking und hoher emotionaler Belastung sei nicht zumutbar. Bei einer entsprechend angepassten Tätigkeit sei aber von einer vollen Arbeitsfähigkeit

auszugehen. Aus psychiatrischer Sicht werde die durch die Ärztin des RAD festgelegte Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 7.17 hiervor) bestätigt (IVSTA-act. 93 und 135).

E. 7.20

Im Befundbericht vom 30. September 2021 von Dr. med. V._____, Facharzt für Anästhesiologie, sind folgende Diagnosen aufgeführt (BVGer-act. 11): - Lumbosacrale Übergangsstörung mit sacraler Bandscheibe und ISG-Arthrose (M54.5, M54.17 und M19.25) - Alte Kompressionsfraktur LWK5, Osteochondrosen, Protrusion und BSV der LWS (M54.10, S32.05, M42.10, M51.2 und M51.1) - Verdacht auf hirnorganisches Psychosyndrom nach Autounfall mit Schädel-Hirn-Trauma und LWK-Fraktur 1998 (F06.9 und S06.20) - Schmerz bei Verhaltensstörung durch Alkohol (sonstige Störung, F10.8) - Schmerz bei mittelgradig depressiver Episode (F32.1) - Schmerz bei sonstiger Reaktion auf schwere Belastung (F32.1) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) - Ein- und Durchschlafstörung (G47.0) - Nichtorganische Schlafstörung (F51.8) - Die Stimmung betreffende Symptome (R45) - Schwindel und Taumel (R42) - Reizdarmsyndrom mit Diarrhoe (K58.0)

E. 7.21

Im Rahmen der Vernehmlassung legte die Vorinstanz die Angelegenheit erneut Dr. med. T._____ vor, die am 5. Januar 2022 Stellung nahm. Darin führte sie ergänzend zu ihrer Stellungnahme vom 11. Juni 2021 (IVSTA-act. 132) - aus, dass aus «den aktuell vorgelegten, Unterlagen iR der Anhörung auf die Verfügung (...) keine neuen Erkenntnisse mit Auswirkung auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit» zu gewinnen seien (BVGer-act. 10, Beilage).

E. 7.22

Im anlässlich des deutschen Rentenverfahrens erstellten neurologisch-psychiatrischen Gerichtsgutachten vom 25. April 2022 führte Dr. med. W._____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, die Diagnosen kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und emotional-instabilen Anteilen (ICD-10 F61.0), anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden (ICD-10 F12.1) auf. Der Beschwerdeführer könne körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten im Sitzen, Stehen, Gehen sowie in wechselnder Stellung in geschlossenen Räumen ausüben. Zu vermeiden seien Tätigkeiten mit besonderer nervlicher Belastung, insbesondere Tätigkeiten unter Zeitdruck, in Nachtschicht, am Fließband, in Gefahrenbereichen sowie mit besonderer Verantwortung für Personen und Maschinen. Zu vermeiden seien auch schwere körperliche Tätigkeiten sowie Tätigkeiten, die überwiegend in Zwangshaltung ausgeübt werden müssen. Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten sowie an laufenden Maschinen sollten ebenfalls vermieden werden. Zu vermeiden seien ferner Tätigkeiten mit regelmässigem Kontakt zu Alkohol, beispielsweise in Gaststätten oder Brauereibetrieben. Tätigkeiten, die besondere Anforderungen an das Konzentrationsvermögen stellen, sollten ebenso «eher nicht verlangt werden». Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen könne der Beschwerdeführer noch mindestens sechs Stunden und länger Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen (BVGer-act. 18, Beilage).

E. 7.23

Im Bericht von Dres. med. X._____, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, vom 27. Juni 2022, ist die Diagnose chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) festgehalten. Das durchgeführte EEG habe einen Normalbefund ohne

epilepsietypische Potentiale und Herdstörungen hervorgebracht. Empfohlen sei eine Medikation mit Amioxid und eine Wiedervorstellung (BVGer-act. 21).

E. 7.24

Dr. med. N._____ stellte im Bericht vom 9. Februar 2023 die Diagnosen Erschöpfungsdepression (F32.9), ADHS (F90.0), Alkoholabusus (F10.1), somatoforme Schmerzstörung (F45.40), Polyneuropathie (G62.9) und Karpaltunnelsyndrom rechts (G65.0). Klinisch stehe ein chronisches Schmerzsyndrom im Vordergrund. Eine Therapie mit Antidepressiva sei eingeleitet worden (BVGer-act. 21).

E. 7.25

Dem Bericht des Universitätsklinikums S._____, psychiatrische und psychotherapeutische Klinik, vom 12. Juli 2023 lassen sich die Diagnosen V.a. kognitive Störung multifaktorieller Genese, V.a. ADHS, chronische Schmerzstörung, linksrotatorische Atlasfehlstellung, psychische Verhaltensstörung durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum psychotroper Substanzen, Alkoholabusus, Z.n. Cannabiskonsum und Bruxismus entnehmen. Empfohlen werden eine Vorstellung in der Wirbelsäulensprechstunde sowie neurologische Abklärungen, um der Frage nach einer Störung der Liquorzirkulation nachzugehen (BVGer-act. 21).

E. 7.26

Dem Bericht vom 13. September 2023 von Dres. med. Y._____, Facharzt für psychosomatische Medizin und R._____ sowie der Psychologin Z._____, Universitätsklinikum S._____, lässt sich die Diagnose chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) entnehmen. Als weitere Massnahmen sei eine erneute neurologische Diagnostik empfohlen. Aufgrund der geringen Therapiemotivation sei demgegenüber eine erneute Vorstellung im Schmerzzentrum aktuell nicht angezeigt (BVGer-act. 21).

E. 7.27

Der Bericht des Reha-Zentrums Aa._____ vom 17. Oktober 2024 gibt Auskunft über einen vom 13. August 2024 bis 3. September 2024 erfolgten stationären Rehabilitationsaufenthalt des Beschwerdeführers. Als Diagnosen sind ein chronisches LWS-Syndrom, eine chronische Schmerzstörung sowie Ein- und Durchschlafstörungen dokumentiert (BVGer-act. 21).

E. 8

Juni 2022 E. 2.4). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht un- beschränkt, sondern findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 193 E. 2; 122 V 157 E. 1a; je m.H.).

E. 8.1

Dr. med. T._____ führte in ihrer Stellungnahme vom 5. Januar 2022 unter dem Titel Hauptdiagnosen einen Verdacht auf ein leichtes hirnorga- nisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma 1998 (F06.9) und als Dif- ferentialdiagnose einen Verdacht auf eine beginnende Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F10.71) auf. Weiter werden ein eventueller Alkoholabu- sus (F10.1, sistiert), Cannabiskonsum (F12.1), prämorbid Minderintelli- genz, Legasthenie (anamnestisch) und ein Verdacht auf ADHS (F90.0) er- wähnt. Als «Nebendiagnose(n) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit» sind degenerative

Veränderungen der LWS und schliesslich als «Nebendiagnose(n) ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit» ein Status nach einem Verkehrsunfall 1998, ein Schädelhirntrauma, eine Fraktur der Lendenwirbelkörper, eine fragliche chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), Schlafapnoe (G47.39), Nikotinabusus (F17.1), jeweils ein Status nach Erschöpfungsdepression (F32.9) und mittelgradig depressiver Episode (F32.1) sowie Tinnitus genannt (IVSTA-act. 132 S. 2 und 3). Im Rahmen der Beurteilung legte sie dar, aus den Unterlagen ergebe sich ein Verdacht auf eine neuropsychologische Einschränkung, wobei eine Kombination aus einer bereits vorbestehenden Intelligenzminderung ohne IQ-Angabe, einem ADHS, einem möglichen intermittierenden Alkohol- und Cannabiskonsum, einer möglichen beginnenden Persönlichkeitsveränderung und einem möglichen psychoorganischen Syndrom bestehe. Er sei bisher als Koch tätig gewesen. Dabei sei es häufig zu vorzeitigen Kündigungen gekommen, was eine seit Jahren vorliegende Problematik vermuten lasse. Die Tätigkeit als leitender Koch sei nicht angepasst. Ohnehin sei fraglich, wie er die 3.5 Jahre als Chefkoch durchgestanden habe. Eine Verbesserung sei nicht zu erzielen. Unter dem Titel spezielle zu berücksichtigende Einschränkungen sind folgende Felder angekreuzt: «Rumpffrotation», «Überkopfarbeit», «sich bücken», «hockend, kniend», «Klettern auf Leiter, Gerüst», «Lärm», «Kälte», «Nachtarbeit», «Wechselschichten», «Arbeit mit Verantwortung», «Arbeit die eine grosse Autonomie verlangt», «Flexibilität und Umstellungsfähigkeit», «Arbeit die Stress erzeugt», «Arbeit mit Schnelligkeit» und «Arbeit die komplexe Aufgaben beinhaltet». Nach Berücksichtigung der Einschränkungen könne die Arbeit ganztags, in wechselnden Arbeitspositionen und unter Berücksichtigung, dass höchstens Gewichte von 10 bis 15 kg gehoben werden dürfen, durchgeführt werden. Zu vermeiden seien weiter besondere Anforderungen an das Konzentrations-, Reaktions-, Anpassungs- und Umstellungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Einbindung in komplexe Arbeitsvorgänge, Akkord- und taktgebundene Arbeit, besonderer Zeitdruck, häufig wechselnde Arbeitszeiten, Nachtschichten, Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr, Lärm (Tinnitus), erleichterter

C-4365/2021 Seite 23 Zugang zu Alkohol und anderen potentiell suchterzeugenden Substanzen, langes Stehen und Zwangshaltungen des Rückens. Weiter bestehe eine Legasthenie und wahrscheinlich eine Rechenschwäche. In der bisherigen Tätigkeit als Chefkoch sei er seit Jahren 100 % arbeitsunfähig. Als Hilfskoch bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %. In einer angepassten Tätigkeit habe demgegenüber (ausser während Reha- und Klinikaufhalten) nie eine Arbeitsunfähigkeit bestanden (BVGer-act. 10, Beilage).

E. 8.2

Diese Beurteilung von Dr. med. T. _____ vom 5. Januar 2022 ist, soweit sie den somatischen Teil betrifft, nachvollziehbar. Als somatische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie lediglich eine degenerative Veränderung der LWS. Für sie sei somit eine Tätigkeit, welche eine erhöhte Rückenbelastung erfordere und reines Stehen beinhalte, nicht angepasst. Entsprechende funktionelle Einschränkungen seien zu berücksichtigen (BVGer-act. 10, Beilage). Hinweise, wonach weitere für die Arbeitsfähigkeit relevante Befunde vorliegen, sind aus den Akten nicht zu gewinnen. Insbesondere konnte eine hirnorganische Schädigung ausgeschlossen werden, denn die durchgeführte Kernspintomografie des Schädels vom 16. Dezember 2019 zeigte einen Normalbefund und bereits im MRT vom 2. Januar 2012 konnte ein altersentsprechender

Be- fund des Neurokraniums ohne Nachweis eines posttraumatischen Pa- renchymdefekts festgestellt werden (IVSTA-act. 28 S. 3 und 47). Soweit den vorhandenen medizinischen Berichten eine Beurteilung der Ar- beitsfähigkeit entnommen werden kann, wird auch aus somatischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten (und teilweise auch in der bisherigen) Tätigkeit bestätigt: - Ärztlicher Entlassungsbericht der Klinik K._____ vom 25. Ja- nuar 2016: Eine Arbeitsfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit im Umfang von täglich 6 Stunden und mehr sei gege- ben (IVSTA-act. 17 S. 2). - Ergebnisbericht der Massnahmen zur erweiterten Abklärung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung der L._____ Schu- len vom 30. November 2018: Er sei mit funktionellen Einschrän- kungen für 6 Stunden täglicher Arbeitsbelastung einsetzbar. In- sofern aber keine Besserung der medizinischen Situation ein- treffe, sei zu versuchen, ihn in einem Inklusionsbetrieb zu

C-4365/2021 Seite 24 beschäftigen. Diesfalls sei von einer maximalen täglichen Ar- beitszeit von 5 bis 6 Stunden auszugehen (IVSTA-act. 19). - Bericht D._____/E._____ vom 26. Oktober 2020: Der Ver- sicherte sei in angepasster Tätigkeit unter Berücksichtigung des Leistungsprofils für 6 und mehr Stunden täglich einsetzbar (IV- STA-act. 90). Diese Einschätzungen sind im Wesentlichen deckungsgleich mit denjeni- gen von Dr. med. T._____. Diese geht davon aus, der Versicherte sei in der bisherigen Tätigkeit als Chefkoch zu 100 % und als Hilfskoch spätes- tens ab dem 5. November 2018 zu 30 % arbeitsunfähig. Demgegenüber sei er in einer angepassten Tätigkeit seit jeher (mit Ausnahme von Reha- Aufenthalten und Hospitalisationen) voll arbeitsfähig gewesen. Auch die oben genannten ärztlichen Berichte attestieren zumindest in einer ange- passten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit. Was die geringfügig abwei- chende Einschätzung im Ergebnisbericht der Massnahmen zur erweiterten Abklärung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung vom 30. Novem- ber 2018 betrifft, ist zu erwähnen, dass es sich nicht um eine ärztliche Be- urteilung handelt (vgl. zur Aufgabe des Mediziners bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit BGE 140 V 193 E. 3.2), sondern um die Einschätzung ei- ner Psychologin. Sodann gibt es in den Akten – für den streitigen Zeitraum zwischen Januar 2020 und September 2021 (vgl. hiervor E. 3.1 und 5.4) – keine Hinweise auf weitere somatische Befunde, die die Arbeitsfähigkeit zu beeinflussen vermögen (vgl. auch Beurteilung von Dr. T._____ vom 5. Januar 2022, BVGer-act. 10, Beilage). Da allerdings im Bericht vom

E. 8.3

Aus psychiatrischer Sicht wurden die vorhandenen medizinischen Be- richte und Unterlagen durch Dr. med. U._____, medizinischer Dienst der IVSTA, beurteilt. In ihrem Bericht vom 26. August 2021 führte sie aus, als Diagnosen seien ein Missbrauch von Cannabis (F12.2) sowie ein vordiagnostiziertes Alko- holabhängigkeitssyndrom (F10.2) mit weitgehender Abstinenz vorhanden.

C-4365/2021 Seite 25 Die Blutwerte zeigten keine Auffälligkeiten im Hinblick auf Alkoholkonsum. THC sei im Oktober 2020 im Urin nachgewiesen worden, wobei der Versi- cherte angegeben habe, zuletzt vor drei Wochen konsumiert zu haben. Ein Verdacht auf ein leichtes hirnorganisches Syndrom sei in früheren Berich- ten, insbesondere 2018 im Rahmen beruflicher Abklärungen durch die L._____ Schulen, erwähnt worden. Zudem habe der Versicherte 1998 während seines Wehrdienstes bei der Bundeswehr infolge eines Verkehrs- unfalls ein Schädel-Hirn-Trauma und eine Fraktur des vierten Wirbelkör- pers erlitten. Dabei seien funktionelle Einschränkungen, wie eine vermin- derte Auffassungsgabe für komplexe Zusammenhänge sowie eine leichte Beeinträchtigung von

Konzentration und Merkfähigkeit, festgestellt worden. Bekannt sei zudem eine Legasthenie, während ein ADHS nie eindeutig diagnostiziert worden sei. Es gebe keinen sicheren Hinweis auf eine chronische Schmerzstörung, im Kontakt wirke er (recte: nicht) schmerzgeplagt und gebe keine relevante Schmerzsymptomatik an. Eine depressive Episode sei laut Bericht D._____/E._____ vom 26. Oktober 2020 in der Vorgeschichte nicht eindeutig feststellbar (IVSTA-act. 135). In der Persönlichkeit des Versicherten zeigten sich Auffälligkeiten mit einer Tendenz zu misstrauisch-paranoiden und möglicherweise dissozialen Zügen. Er steuere seine Kooperation bewusst, um Anforderungen zu minimieren und keine allzu hohen Erwartungen beim Gegenüber zu wecken. Bisher habe es nur sporadische nervenärztliche Kontakte gegeben, jedoch weder eine Psychotherapie noch eine längerfristige medikamentöse Behandlung. Er habe von negativen Erfahrungen mit einem nicht näher bekannten Psychopharmakon berichtet. Seine letzte berufliche Tätigkeit habe er 2018/2019 ausgeübt. Er sei in der Lage, sich im Umfeld seiner Herkunftsfamilie einen weitgehend geregelten Tagesablauf zu schaffen und übernehme Aufgaben im Haushalt. Die Beziehung zur Mutter werde von außen häufig als eng bis symbiotisch beschrieben. Diese begleite ihn zu Terminen, habe 2015 eine stationäre Therapie initiiert und übernehme offenbar einen Großteil seiner Korrespondenz. Zudem stehe er in Kontakt mit Bekannten und Freunden und besuche diese. Der Versicherte sei zusammenfassend in den Jahren 2018 und 2021 in Deutschland umfassend hinsichtlich seiner Leistungsfähigkeit untersucht worden. Die medizinische Vorgeschichte reiche bis ins Jahr 1998 zurück, als er bei einem Autounfall ein Schädel-Hirn-Trauma sowie eine Fraktur des vierten Lendenwirbelkörpers erlitten habe. In späteren Jahren seien Phasen mit erhöhtem Alkoholkonsum sowie Cannabis-Missbrauch bekannt geworden. Bereits zuvor habe er schulische Schwierigkeiten aufgrund

C-4365/2021 Seite 26 einer Legasthenie gehabt, wobei ein ADHS nie eindeutig diagnostiziert worden sei. Trotz dieser Herausforderungen habe der mittlerweile 43-jährige Versicherte nach der Migration seiner Herkunftsfamilie aus Rumänien nach Deutschland eine Ausbildung als Koch abgeschlossen und in diesem Beruf gearbeitet. In seiner beruflichen Laufbahn seien jedoch zahlreiche Stellenwechsel auffällig. Die umfangreichen fachärztlichen Untersuchungen und Abklärungen der Jahre 2018 und 2021 hätten zu ähnlichen Einschätzungen der Leistungsfähigkeit geführt. Eine Tätigkeit als Chefkoch oder in einer leitenden Funktion mit Schichtdienst, hohem Zeitdruck, Multitasking-Anforderungen und hoher emotionaler Belastung sei nicht zumutbar. Hingegen werde eine volle Arbeitsfähigkeit für eine entsprechend angepasste Tätigkeiten angenommen. Aus psychiatrischer Sicht werde die von Dr. med. T._____ festgelegte Arbeitsunfähigkeit bestätigt (IVSTA-act. 132 und 135).

E. 8.4

Mit BGE 143 V 409 (vgl. auch BGE 143 V 418) hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung dahingehend geändert, dass sämtliche psychischen Leiden, namentlich auch depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2). Weiter hat das Bundesgericht mit BGE 145 V 215 vor dem Hintergrund der Rechtsprechung zur Ausdehnung des strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 auf sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 409 und 418) und nach vertiefter Auseinandersetzung mit den Erkenntnissen der Medizin auch die bisherige Rechtsprechung fallen gelassen,

wo- nach primäre Abhängigkeitssyndrome resp. Substanzkonsumstörungen zum vornherein keine invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschäden darstellen können und ihre funktionellen Auswirkungen deshalb keiner näheren Abklärung bedürfen (BGE 124 V 265 E. 3c; 99 V 28 E. 2; Urteile 8C_608/2018 vom 11. Februar 2019 E. 3.2.1; 9C_620/2017 vom 10. April 2018 E. 2.2). Es hat entschieden, dass fortan - gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen - nach dem strukturierten Beweisverfahren zu ermitteln sei, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirke. Dabei könne und müsse im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens insbesondere dem Schweregrad der Abhängigkeit im konkreten Einzelfall Rechnung getragen werden (E. 6.3). Diesem komme nicht zuletzt deshalb Bedeutung zu, weil bei Abhängigkeitserkrankungen - wie auch bei anderen psychischen Störungen - oft C-4365/2021 Seite 27 eine Gemengelage aus krankheitswertiger Störung sowie psychosozialen und soziokulturellen Faktoren vorliege. Letztere seien auch bei Abhängigkeitserkrankungen auszuklammern, wenn sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen würden» (Urteil des BGer 8C_104/2024 vom 22. Oktober 2024 E. 5.5 [zur Publikation vorgesehen]).

E. 8.5

Auf die mehrfach diagnostizierte Suchterkrankung des Beschwerdeführers ging die RAD-Ärztin ihrer Beurteilung nicht weiter ein. So stellte Dr. med. U. _____ zwar fest, dass „psychiatrisch ein Missbrauch von Cannabis (F12.2) sowie ein diagnostiziertes Alkoholabhängigkeitssyndrom (F10.2)“ vorliege. Sie machte allerdings keinerlei weitere Angaben zum Konsumverhalten des Beschwerdeführers oder veranlasste diesbezüglich weitere Abklärungen. Die RAD-Ärztin begnügte sich lediglich mit der Feststellung, dass THC im Urin im Oktober 2020 gesichert worden sei und dass der Beschwerdeführer gemäss seinen Angaben letztmals vor drei Wochen konsumiert habe. Aufgrund dieser rudimentären Ausführungen bleibt die Frage, wie sich die Suchterkrankung des Beschwerdeführers auf seine Arbeitsfähigkeit auswirkt, gänzlich ungeklärt. Mangels Angaben zum Schweregrad der Abhängigkeit kann dementsprechend auch keine sachgerechte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens durchgeführt werden.

E. 8.6

Weiter führte Dr. med. U. _____ aus, es sei kein sicherer Anhalt für eine chronische Schmerzstörung vorhanden. Der Beschwerdeführer wirke aktuell weder schmerzgeplagt noch gebe er eine relevante Schmerzproblematik an (Anm. des Gerichts: Die Aussage ist wohl angelehnt an den Bericht D. _____/E. _____ vom 26. Oktober 2020, wo ebendies ausgeführt wird; vgl. IVSTA-act. 90 S. 16). Dies steht im Widerspruch zu den Ausführungen von Dr. med. R. _____ und Dr. phil. Q. _____, Universitätsklinikum S. _____, die im Bericht vom 4. Juni 2020 als Diagnosen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) sowie ein Zustand nach einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) festhalten (IVSTA-act. 75). Die Annahme einer chronischen Schmerzstörung ergibt sich sodann auch aus dem Gerichtsgutachten vom 25. April 2022, welches im Rahmen des Beschwerdeverfahrens zu den Akten genommen wurde (vgl. nachfolgend E. 9), und in dem nebst einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und emotional instabilen Anteilen (F61.0),

einem schädlichen Gebrauch von Cannabinoiden (F12.1) auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) diag- nostiziert wurde (BVGer-act. 18, Beilage). Zudem enthalten auch die vom Beschwerdeführer nachträglich eingereichten medizinischen Berichte vom

C-4365/2021 Seite 28 27. Juni 2022 (Dres. med. X. _____), 9. Februar 2023 (Dr. med. N. _____), 12. Juli 2023 (Universitätsklinikum S. _____) und 13. Sep- tember 2023 (Universitätsklinikum S. _____) die Diagnose einer chroni- schen Schmerzstörung (BVGer-act. 21). Soweit diese Berichte, wie vorlie- gend, Rückschlüsse auf eine bereits früher gestellte Diagnose zulassen, sind diese im vorliegenden Verfahren ebenfalls zu berücksichtigen (vgl. hiervor E. 3.1). Schliesslich steht die Aussage von Dr. med. U. _____, wonach in der Vergangenheit keine eindeutige depressive Episode eruierbar sei, in einem Spannungsverhältnis zu der von Prof. Dr. med. N. _____ bereits im April 2019 diagnostizierten und medikamentös behandelten Erschöpfungsde- pression (IVSTA-act 5). Dieselbe Diagnose bestätigte der behandelnde Psychiater im Übrigen auch in seinem letzten aktenkundigen Bericht vom 9. Februar 2023 (IVSTA-act. 5 und BVGer-act. 21). Als Zwischenfazit ist festzustellen, dass trotz mehrfach diagnostizierter Suchterkrankung des Beschwerdeführers keine verlässlichen Angaben zu seinem Konsumverhalten aktenkundig sind, die eine Beurteilung der Ar- beitsfähigkeit anhand einer Indikatorenprüfung zulassen (vgl. hiervor E. 8.4). Zudem bestehen Hinweise, dass nebst der Suchtproblematik auch eine psychiatrische Erkrankung des Beschwerdeführers im Sinne einer De- pression und/oder eine chronische Schmerzstörung vorliegen könnte. Ins- gesamt bestehen an der Vollständigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung von Dr. med. U. _____ namhafte Zweifel, weshalb grundsätzlich weitere medizinische Abklärungen zu tätigen sind (vgl. hiervor E. 6.2.6). 9. Zu prüfen bleibt, ob das im deutschen Rentenverfahren eingeholte Ge- richtsgutachten von Dr. med. W. _____ vom 25. April 2022 zur Beurtei- lung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ersatzweise herangezo- gen werden kann (BVGer-act. 18, Beilage). 9.1 Als Diagnosen führte Dr. med. W. _____ eine kombinierte Persön- lichkeitsstörung mit histrionischen und emotional-instabilen Anteilen (ICD- 10 F61.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie ein schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden (ICD-10 F12.1) auf. Es handle sich bei den Gesundheitsstörungen auf dem neurologisch-psy- chiatrischen Fachgebiet um «echte psychische Krankheitsbilder, die je- doch sicherlich zum Teil sowohl unter eigener zumutbarer Willensanstren- gung als auch insbesondere mit ärztlicher Hilfe überwunden werden

C-4365/2021 Seite 29 können» (S. 23). Das tatsächliche Leistungsvermögen des Beschwerde- führers könne aufgrund der Verhaltensweise aber nur unzureichend beur- teilt werden, Einschränkungen des Konzentrationsvermögens und der Af- fekt- und Impulskontrolle seien sehr wahrscheinlich (Gutachten S. 24). 9.2 Zunächst ist festzuhalten, dass sich der Gutachter einer überholten Konzeption hinsichtlich Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bedient, indem er ausführt, die psychischen Krankheitsbilder seien mit eigener zumutbarer Willensanstrengung überwindbar (vgl. BGE 130 V 352, mit dem das Bun- desgericht die sog. Überwindbarkeitspraxis begründete und später mit BGE 141 V 281 zugunsten einer mittels Indikatoren zu prüfenden, offenen und ressourcenorientierten Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aufgab). Der Gutachter stellte zwar die Diagnose «schädlicher Gebrauch von Cannabis (ICD-10 F12.1)», weitere Erhebungen und Ausführungen wurden zu die- sem Thema aber nicht getätigt. Insbesondere ist weiterhin

unklar, welche Substanzen der Beschwerdeführer konsumiert und in welcher Menge. Zur Diagnose der Alkoholabhängigkeit führte der Gutachter aus, dass diese in der Vergangenheit im Vordergrund stand, dass jedoch in den Jahren 2015/2016 eine qualifizierte Entgiftung und eine stationäre Entwöhnungs- behandlung erfolgten. Der Beschwerdeführer habe in der Folge das Vorlie- gen einer Abhängigkeit verneint. Allerdings seien die Angaben zweifelhaft und von einer Bagatellisierungstendenz auszugehen. Dies zeige sich ins- besondere mit dem von ihm geschilderten Umgang mit Cannabis (Gutach- ten S. 19). Soweit der Gutachter zum Schluss gelangt, dass trotz vorhandener psychi- scher Krankheitsbilder und anlässlich des während der Untersuchung le- diglich unzureichend beurteilten tatsächlichen Leistungsvermögens eine Arbeitsfähigkeit von «mindestens sechs Stunden und länger in einer Tätig- keit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt» vorhanden sei, ist dies so nicht nachvollziehbar. So räumte der Gutachter selber ein, dass aufgrund der medizinischen Dokumentation Einschränkungen des Konzentrationsver- mögens und insbesondere der Affekt- und Impulskontrolle sehr wahr- scheinlich seien (S. 22 f.). Auch ist dem Gutachten in diesem Zusammen- hang zu entnehmen, dass «die Untersuchung [...] von einem ausgeprägten Tendenzverhalten geprägt war. Das Verhalten erweckte zumindest zeit- weise durchaus auch den Eindruck von Simulation. Andererseits kann ein unbewusster und wahrscheinlich auch krankheitsbedingter Anteil ebenfalls nicht ausgeschlossen werden. Am ehesten handelt es sich hierbei um eine in der Persönlichkeit verankerte Problematik, so dass mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit von einer Persönlichkeitsstörung auszugehen ist»

C-4365/2021 Seite 30 (S. 21). Obschon der Gutachter das während der Begutachtung demons- trierte Aggravations- bzw. Simulationsverhalten des Beschwerdeführers thematisierte bzw. dieses in seine Beurteilung einfluss, liess der Experte eine für den Rechtsanwender nachvollziehbare Auseinandersetzung (ins- besondere im Hinblick auf die Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit) vermissen. Zudem ist festzuhalten, dass die Deutsche Rentenversicherung ein von der schweizerischen Invalidenversicherung wesentlich abweichendes Renten- abstufungssystem kennt (vgl. dazu Urteile des BVGer C-1601/2019 vom 18. November 2020 E. 7.5.2 und C-6073/2020 vom 4. August 2020 E. 6.2). Die (an das deutsche Bemessungssystem anknüpfenden) Schlussfolge- rungen im erwähnten Gutachten weisen jedenfalls im vorliegenden Fall nicht die für die schweizerische Rentenbemessung erforderliche, rechts- genügende Präzision auf (vgl. zur feineren Rentenabstufung nach schwei- zerischem Recht: Art. 28 Abs. 2 IVG), um auf eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in angepasster Tätigkeit zu schliessen. 9.3 Ergänzend ist zu beachten, dass die Grundsätze der Versicherungs- medizin in Deutschland und der Schweiz unterschiedlich ausgestaltet sind. Laut Rechtsprechung kann daher nicht unbesehen auf die Beurteilung deutscher Ärzte bzw. Gutachter abgestellt werden (vgl. Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVGer C- 3716/2017 vom 26. Januar 2018 E. 5.2). Ärzte mit anerkanntem Facharzt- titel in der Schweiz nehmen regelmäßig an versicherungsmedizinischen Fortbildungen teil und befinden sich dadurch stets auf dem aktuellen Wis- sensstand (vgl. Urteil des BVGer C-832/2022 vom 5. Juni 2024 m.H. auf BGE 137 V 210 E. 1.2.2 [Ziff. 12]). Aufgrund des Gesagten kann zur Beur- teilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht vorbehaltlos auf das in Deutschland veranlasste Gerichtsgutachten abgestellt werden. 10. Zusammenfassend ist festzustellen, dass keine hinreichend beweiskräfti- gen medizinischen Unterlagen vorliegen, die eine Beurteilung der Leis- tungsfähigkeit des Beschwerdeführers ab Januar 2020 ermöglichen. Viel- mehr erweisen sich die im Recht liegenden medizinischen Akten als lü-

ckenhaft und lassen insbesondere eine verlässliche Einschätzung des gesamten Gesundheitszustands, insbesondere des psychischen bzw. suchtbedingten Beschwerdebilds nicht zu. Dies gilt umso mehr, als sich die Vorinstanz vorliegend auf die versicherungsinternen Aktenbeurteilungen ihres RAD gestützt hat und in diesem Zusammenhang bereits bei geringen

C-4365/2021 Seite 31 Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind und hier keine abschliessende und verlässliche Schlussfolgerung möglich ist. An dieser Einschätzung ändern auch die durch den Beschwerdeführer am 27. Januar 2025 eingereichten Unterlagen nichts.

E. 9

Zu prüfen bleibt, ob das im deutschen Rentenverfahren eingeholte Gerichtsgutachten von Dr. med. W. _____ vom 25. April 2022 zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ersatzweise herangezogen werden kann (BVGer-act. 18, Beilage).

E. 9.1

Als Diagnosen führte Dr. med. W. _____ eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und emotional-instabilen Anteilen (ICD-10 F61.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie ein schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden (ICD-10 F12.1) auf. Es handle sich bei den Gesundheitsstörungen auf dem neurologisch-psychiatrischen Fachgebiet um «echte psychische Krankheitsbilder, die jedoch sicherlich zum Teil sowohl unter eigener zumutbarer Willensanstrengung als auch insbesondere mit ärztlicher Hilfe überwunden werden können» (S. 23). Das tatsächliche Leistungsvermögen des Beschwerdeführers könne aufgrund der Verhaltensweise aber nur unzureichend beurteilt werden, Einschränkungen des Konzentrationsvermögens und der Affekt- und Impulskontrolle seien sehr wahrscheinlich (Gutachten S. 24).

E. 9.2

Zunächst ist festzuhalten, dass sich der Gutachter einer überholten Konzeption hinsichtlich Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bedient, indem er ausführt, die psychischen Krankheitsbilder seien mit eigener zumutbarer Willensanstrengung überwindbar (vgl. BGE 130 V 352, mit dem das Bundesgericht die sog. Überwindbarkeitspraxis begründete und später mit BGE 141 V 281 zugunsten einer mittels Indikatoren zu prüfenden, offenen und ressourcenorientierten Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aufgab). Der Gutachter stellte zwar die Diagnose «schädlicher Gebrauch von Cannabis (ICD-10 F12.1)», weitere Erhebungen und Ausführungen wurden zu diesem Thema aber nicht getätigt. Insbesondere ist weiterhin unklar, welche Substanzen der Beschwerdeführer konsumiert und in welcher Menge. Zur Diagnose der Alkoholabhängigkeit führte der Gutachter aus, dass diese in der Vergangenheit im Vordergrund stand, dass jedoch in den Jahren 2015/2016 eine qualifizierte Entgiftung und eine stationäre Entwöhnungsbehandlung erfolgten. Der Beschwerdeführer habe in der Folge das Vorliegen einer Abhängigkeit verneint. Allerdings seien die Angaben zweifelhaft und von einer Bagatellisierungstendenz auszugehen. Dies zeige sich insbesondere mit dem von ihm geschilderten Umgang mit Cannabis (Gutachten S. 19). Soweit der Gutachter zum Schluss gelangt, dass trotz vorhandener psychischer Krankheitsbilder und anlässlich des während der Untersuchung lediglich unzureichend beurteilten tatsächlichen Leistungsvermögens eine Arbeitsfähigkeit von «mindestens sechs Stunden und länger in einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt» vorhanden sei, ist

dies so nicht nachvollziehbar. So räumte der Gutachter selber ein, dass aufgrund der medizinischen Dokumentation Einschränkungen des Konzentrationsvermögens und insbesondere der Affekt- und Impulskontrolle sehr wahrscheinlich seien (S. 22 f.). Auch ist dem Gutachten in diesem Zusammenhang zu entnehmen, dass «die Untersuchung [...] von einem ausgeprägten Tendenzverhalten geprägt war. Das Verhalten erweckte zumindest zeitweise durchaus auch den Eindruck von Simulation. Andererseits kann ein unbewusster und wahrscheinlich auch krankheitsbedingter Anteil ebenfalls nicht ausgeschlossen werden. Am ehesten handelt es sich hierbei um eine in der Persönlichkeit verankerte Problematik, so dass mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit von einer Persönlichkeitsstörung auszugehen ist» (S. 21). Obschon der Gutachter das während der Begutachtung demonstrierte Aggravations- bzw. Simulationsverhalten des Beschwerdeführers thematisierte bzw. dieses in seine Beurteilung einfluss, liess der Experte eine für den Rechtsanwender nachvollziehbare Auseinandersetzung (insbesondere im Hinblick auf die Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit) vermissen. Zudem ist festzuhalten, dass die Deutsche Rentenversicherung ein von der schweizerischen Invalidenversicherung wesentlich abweichendes Rentenabstufungssystem kennt (vgl. dazu Urteile des BVerfG C-1601/2019 vom 18. November 2020 E. 7.5.2 und C-6073/2020 vom 4. August 2020 E. 6.2). Die (an das deutsche Bemessungssystem anknüpfenden) Schlussfolgerungen im erwähnten Gutachten weisen jedenfalls im vorliegenden Fall nicht die für die schweizerische Rentenbemessung erforderliche, rechtsgenügende Präzision auf (vgl. zur feineren Rentenabstufung nach schweizerischem Recht: Art. 28 Abs. 2 IVG), um auf eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in angepasster Tätigkeit zu schliessen.

E. 9.3

Ergänzend ist zu beachten, dass die Grundsätze der Versicherungsmedizin in Deutschland und der Schweiz unterschiedlich ausgestaltet sind. Laut Rechtsprechung kann daher nicht unbesehen auf die Beurteilung deutscher Ärzte bzw. Gutachter abgestellt werden (vgl. Urteil des BVerfG 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVerfG C-3716/2017 vom 26. Januar 2018 E. 5.2). Ärzte mit anerkanntem Facharzttitel in der Schweiz nehmen regelmäßig an versicherungsmedizinischen Fortbildungen teil und befinden sich dadurch stets auf dem aktuellen Wissensstand (vgl. Urteil des BVerfG C-832/2022 vom 5. Juni 2024 m.H. auf BGE 137 V 210 E. 1.2.2 [Ziff. 12]). Aufgrund des Gesagten kann zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht vorbehaltlos auf das in Deutschland veranlasste Gerichtsgutachten abgestellt werden.

E. 10

F12.1) auf. Der Beschwerdeführer könne körperlich leichte bis mittel- schwere Tätigkeiten im Sitzen, Stehen, Gehen sowie in wechselnder Stellung in geschlossenen Räumen ausüben. Zu vermeiden seien Tätigkeiten mit besonderer nervlicher Belastung, insbesondere Tätigkeiten unter Zeit- druck, in Nachtschicht, am Fließband, in Gefahrenbereichen sowie mit besonderer Verantwortung für Personen und Maschinen. Zu vermeiden seien auch schwere körperliche Tätigkeiten sowie Tätigkeiten, die überwiegend in Zwangshaltung ausgeübt werden müssen. Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten sowie an laufenden Maschinen sollten ebenfalls vermieden werden. Zu vermeiden seien ferner Tätigkeiten mit regelmässigem Kontakt zu Alkohol, beispielsweise in Gaststätten oder Brauereibetrieben. Tätigkeiten, die besondere Anforderungen an das Konzentrationsvermögen stellen, sollten ebenso «eher nicht verlangt werden». Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen könne der Beschwerdeführer noch mindestens

sechs Stunden und länger Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen (BVGer-act. 18, Beilage). 7.23 Im Bericht von Dres. med. X._____, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, vom 27. Juni 2022, ist die Diagnose chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) festgehalten. Das durchgeführte EEG habe einen Normalbefund ohne epilepsietypische Potentiale und Herdstörungen hervorgebracht. Empfohlen sei eine Medikation mit Amioxid und eine Wiedervorstellung (BVGer-act. 21).

C-4365/2021 Seite 21 7.24 Dr. med. N._____ stellte im Bericht vom 9. Februar 2023 die Diagnosen Erschöpfungsdepression (F32.9), ADHS (F90.0), Alkoholabusus (F10.1), somatoforme Schmerzstörung (F45.40), Polyneuropathie (G62.9) und Karpaltunnelsyndrom rechts (G65.0). Klinisch stehe ein chronisches Schmerzsyndrom im Vordergrund. Eine Therapie mit Antidepressiva sei eingeleitet worden (BVGer-act. 21). 7.25 Dem Bericht des Universitätsklinikums S._____, psychiatrische und psychotherapeutische Klinik, vom 12. Juli 2023 lassen sich die Diagnosen V.a. kognitive Störung multifaktorieller Genese, V.a. ADHS, chronische Schmerzstörung, linksrotatorische Atlasfehlstellung, psychische Verhaltensstörung durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum psychotroper Substanzen, Alkoholabusus, Z.n. Cannabiskonsum und Bruxismus entnehmen. Empfohlen werden eine Vorstellung in der Wirbelsäulensprechstunde sowie neurologische Abklärungen, um der Frage nach einer Störung der Liquorzirkulation nachzugehen (BVGer-act. 21). 7.26 Dem Bericht vom 13. September 2023 von Dres. med. Y._____, Facharzt für psychosomatische Medizin und R._____ sowie der Psychologin Z._____, Universitätsklinikum S._____, lässt sich die Diagnose chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) entnehmen. Als weitere Massnahmen sei eine erneute neurologische Diagnostik empfohlen. Aufgrund der geringen Therapiemotivation sei demgegenüber eine erneute Vorstellung im Schmerzzentrum aktuell nicht angezeigt (BVGer-act. 21). 7.27 Der Bericht des Reha-Zentrums Aa._____ vom 17. Oktober 2024 gibt Auskunft über einen vom 13. August 2024 bis 3. September 2024 erfolgten stationären Rehabilitationsaufenthalt des Beschwerdeführers. Als Diagnosen sind ein chronisches LWS-Syndrom, eine chronische Schmerzstörung sowie Ein- und Durchschlafstörungen dokumentiert (BVGer-act. 21). 8. Vorliegend stützte sich die Vorinstanz bei ihrer Beurteilung im Wesentlichen auf die Ausführungen der RAD-Ärztin Dr. med. T._____ vom

E. 10.1

Da die Vorinstanz den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt in Verletzung von Art. 43 ff. ATSG (vgl. auch: BGE 136 V 376 E. 4.1 sowie Art. 12 VwVG) offensichtlich mangelhaft abgeklärt hat und daher die entscheidungswesentlichen Aspekte vollständig ungeklärt geblieben sind, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

E. 10.2

Aufgrund des Ausgeführten ist die Vorinstanz in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Psychiatrie unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (BGE 148 V 49, 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281), Neurologie

(einschliesslich einer neuropsychologischen Abklärung), Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie sowie Orthopädie erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beizuziehen sind, ist dem pflichtgemessen Ermessen der Gutachter zu überlassen. Denn es ist grundsätzlich Sache der beauftragten Sachverständigen, über Art und Umfang der aufgrund der konkreten Fragestellung erforderlichen Untersuchungen zu befinden, da sie letztverantwortlich sind einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär zu erstellenden Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BVGer C-4634/2014 vom 5. September 2016 E. 7.2 in fine).

E. 10.3

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

C-4365/2021 Seite 32 Beschwerdeführer die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

E. 10.4

Im Ergebnis ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Verfügung vom 6. September 2021 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge. 11. Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 11

Juni 2021 und 5. Januar 2022 sowie die Stellungnahme von Dr. med. U. _____, medizinischer Dienst der IVSTA, vom 26. August 2021 (vgl. zur Beweiswürdigung versicherungsinterner medizinischer Berichte E. 6.2.6 hiervor; IVSTA-act. 132 und 135 sowie BVGer-act. 10, Beilage).

C-4365/2021 Seite 22

E. 11.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Da eine Rückweisung präzisgemäss als Obsiegen der Beschwerdeführenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 829.79 (BVGer-act. 8) ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 11.2

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für die ihr erwachsenen, notwendigen und verhältnismässig hohen Kosten zugesprochen werden. Dem nicht anwaltlich vertretenen, obsiegenden Beschwerdeführer sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. 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]). Die unterliegende Vorinstanz hat ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario; Art. 7 Abs. 3 VGKE). (Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.)

C-4365/2021 Seite 33

E. 12

Juli 2023 (vgl. E. 7.25) ein neuer Befund (linksrotatorische Atlasfehlstellung) erhoben und eine Vorstellung in der Wirbelsäulensprechstunde sowie neurologische Abklärungen, um der Frage nach einer Störung der Liquorzirkulation nachzugehen empfohlen wurde, wird die Vorinstanz, welche – wie nachfolgend aufzuzeigen ist – weitere medizinische Abklärungen zu tätigen haben wird, diese auch in somatischer Hinsicht vornehmen müssen.

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