

BVGer B-4765/2013 vom 26. Juni 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-06-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-4765_2013

FR: TAF B-4765/2013 du 26 juin 2014

IT: TAF B-4765/2013 del 26 giugno 2014

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Nach Art. 31 des Bundesgesetzes über das Bundesverwaltungsgericht vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG, SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist damit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.2

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021), soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das Verwaltungsverfahrensgesetz aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a bis 26bis und 28 bis 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 1.3

Als Adressat der angefochtenen Verfügung ist der Beschwerdeführer besonders berührt und hat er ein schutzwürdiges Interesse an deren Änderung oder Aufhebung (Art. 59 ATSG). Die dreissigtägige Beschwerdefrist (Art. 60 ATSG) ist gewahrt und der eingeforderte Kostenvorschuss wurde rechtzeitig geleistet. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

E. 2.1

Anfängliches Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 31. Juli 2013 (IV-act. 141). Die Vorinstanz hat diese Verfügung jedoch pendente lite in Wiedererwägung gezogen und am 4. Dezember 2013 die Wiedererwägungsverfügung erlassen (vgl. Sachverhalt Bst. K).

E. 2.2

Der Versicherungsträger kann eine Verfügung, gegen die Beschwerde erhoben wurde, so lange wiedererwägen, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nimmt (Art. 53

Abs. 3 ATSG; vgl. auch Art. 58 Abs. 1 VwVG). Die Beschwerdeinstanz setzt die Behandlung der Beschwerde fort, soweit diese durch die neue Verfügung der Vorinstanz nicht gegenstandslos geworden ist (vgl. Art. 58 Abs. 3 VwVG).

E. 2.3

Da die Vorinstanz in ihrer Wiedererwägungsverfügung dem ursprünglichen Begehren des Beschwerdeführers um Zusprache einer ganzen Invalidenrente rückwirkend ab dem 11. Oktober 1995 nicht vollständig entsprochen hat und der Beschwerdeführer replikweise sinngemäss weiterhin an seinem ursprünglichen Rechtsbegehren festhält, ist der Streitgegenstand vorliegend nicht nachträglich weggefallen. Das Beschwerdeverfahren ist daher fortzusetzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_329/2012 vom 21. September 2012 E. 4.1 mit Hinweisen; vgl. hierzu auch BGE 127 V 228 E. 2b/bb und 113 V 237 E. 1a).

E. 3.1

Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

E. 3.2

Zur Begründung seiner Beschwerde führt der Beschwerdeführer sinngemäss im Wesentlichen aus, es handle sich um eine Gesundheitsbeeinträchtigung, die seit dem 29. September 1995 nicht nur in der damaligen Tätigkeit als Balletttänzer eine Arbeitsunfähigkeit und eine Erwerbseinbusse von 100 % verursache, sondern generell. Er habe eine 100%ige Schwerbehinderung mit einer schwerwiegenden Gehbehinderung. Das E._____ -Gutachten und die Vorinstanz hätten sich über diese Tatsachen hinweggesetzt. Er habe die Behinderung unter grössten Schmerzen jahrelang ertragen. In seiner Beschwerdeergänzung bringt der Beschwerdeführer zusätzlich sinngemäss vor, dass das E._____ ihn fälschlicherweise als 34 Jahre alt beschrieben habe, was das gesamte Gutachten entwerte.

E. 3.3

Die Vorinstanz begründet die angefochtene Verfügung vom 31. Juli 2013 wesentlich damit, dass die Gesundheitsbeeinträchtigung seit dem 11. Oktober 1995 in der letzten Tätigkeit als Balletttänzer eine Arbeitsunfähigkeit und eine Erwerbseinbusse von 100 % verursache. Andere leichte, dem Gesundheitszustand besser angepasste Tätigkeiten in wechselnder Körperhaltung könnten jedoch ausgeübt werden. Die Arbeitsunfähigkeit bei der Ausübung einer dieser Tätigkeiten sei 100 % ab dem 11. Oktober 1995, 0 % ab dem 21. März 1996 und 70 % ab dem 20. Januar 2012. Die Erwerbseinbusse betrage 100 % ab dem 11. Oktober 1995, 30 % ab dem 21. März 1996 und 54 % ab dem 20. Januar 2012 (IV-act. 138). Ihre Wiedererwägungsverfügung vom 4. Dezember 2013 begründet die Vorinstanz damit, dass der ärztliche Dienst eine volle Erwerbsunfähigkeit ab dem 1. Januar 2012 festgestellt habe.

E. 3.4

Vorliegend ist somit der Anspruch des Beschwerdeführers auf die Leistung einer ganzen Invalidenrente rückwirkend ab zumindest dem 11. Oktober 1995 streitig und zu prüfen. Dabei ist in diesem Zusammenhang insbesondere zu überprüfen, ob die Vorinstanz den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

E. 3.5

Das Bundesverwaltungsgericht ist indessen gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. HÄBERLI, in: Waldmann/Weissenberger, Praxiskommentar VwVG, Art. 62 N 40).

E. 4.1.1

Der Beschwerdeführer ist ein in Deutschland wohnhafter deutscher Staatsangehöriger, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist.

E. 4.1.2

Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Bürger der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit - wie vorliegend - weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4). Demnach bestimmt sich vorliegend die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften. Dass die im FZA erwähnten Verordnungen - insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 - am 1. April 2012 durch die Verordnungen Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden sind, ändert vorliegend an der Geltung des Schweizer Rechts nichts (vgl. Urteile des Bundesverwaltungsgerichts B-194/2013 vom 22. Juli 2013 E. 3.1 und C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Entsprechend bestimmt sich vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung ausschliesslich nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht. Insbesondere sind die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [seit 1. Januar 2007: Bundesgericht] vom 11. Dezember 1981; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 4.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, welche bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 132 V 220 E. 3.1.1 und 131 V 11 E. 1). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem

Rechtswechsel aufgrund der bisherigen sowie ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445). Das Bundesverwaltungsgericht stellt dabei auf den Sachverhalt ab, wie er sich bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung verwirklicht hat (BGE 131 V 242 E. 1.1 mit Hinweisen und BGE 132 V 215 E. 3.1.1).

Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Nachträgliche Rechtsänderungen sind nur dann zu beachten, wenn ihre sofortige Anwendung verfahrensrechtlich geboten oder durch spezialgesetzliche Übergangsbestimmungen angeordnet ist. Rechts- und Sachverhaltsänderungen, die nach dem massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 31. Juli 2013) eintraten, sind daher im vorliegenden Verfahren grundsätzlich nicht zu berücksichtigen (vgl. BGE 130 V 329, 130 V 138 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b und 129 V 1 E. 1.2, je mit Hinweisen).

E. 4.3.1

Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 31. Juli 2013 in Kraft standen; weiter aber auch alle übrigen Vorschriften, die für die Beurteilung der streitigen Verfügung im vorliegend massgeblichen Zeitraum von Belang sind. Da sich der allenfalls anspruchsbegründende Sachverhalt im Zeitraum 29. September 1995 (Datum des Tanzunfalls) bis 31. Juli 2013 (Erlass der angefochtenen Verfügung) zugetragen hat, ist vorliegend entsprechend grundsätzlich auf die materiellen Bestimmungen des IVG und der IVV in der Fassung gemäss den am 1. Januar 1992 (3. IV-Revision; AS 1991 2116 und AS 2377), am 1. Januar 2004 (4. IV-Revision; AS 2003 3837 und AS 2003 3859) und am 1. Januar 2008 (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) in Kraft getretenen Änderungen abzustellen. Zudem sind die mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Änderungen des IVG und der IVV (IV-Revision 6a; IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]) zu beachten, soweit diese einschlägig sind.

E. 4.3.2

Da die IV-Revisionen 5 und 6a für die Invaliditätsbemessung keine substanziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage brachten, ist bezüglich der entsprechenden Normen die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1).

E. 4.3.3

Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7) sowie der Invalidität (Art. 8) entsprechen den bisherigen von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1 ff.). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der Revision des IVG und des ATSG vom 6. Oktober 2006, der IVV und der ATSV vom 28. September 2007 (5. IV-Revision [AS 2007 5129 bzw. AS 2007 5155], in Kraft seit 1. Januar 2008), des IVG und des ATSG vom 18. März 2011 sowie der IVV und der ATSV vom 16. November 2011 (IV-Revision 6a [AS 2011 5659 bzw. AS 2011 5679], in Kraft seit 1. Januar 2012) nichts geändert, weshalb im

Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

E. 5.1

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 7, 8, 16 ATSG; Art. 4, 28, 28a, 29 IVG) und beim Versicherungsfall während mindestens eines vollen Jahres (Art. 36 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2007 geltenden Fassung) bzw. mindestens dreier Jahre (Art. 36 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung) Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet hat. Diese zwei Bedingungen müssen kumulativ erfüllt sein. Vorliegend sind die beitragsmässigen Voraussetzungen für den Bezug einer ordentlichen Invalidenrente erfüllt. Zu prüfen bleibt damit, ob und gegebenenfalls ab wann und in welchem Umfang der Beschwerdeführer im rechtsrelevanten Zeitraum als invalid im Sinne des Gesetzes zu betrachten ist.

E. 5.2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 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. 5.2.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG im Besonderen setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystems abgestützte fachärztliche (psychiatrische) Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396). Eine solche Diagnose ist eine rechtlich notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden (BGE 132 V 65 E. 3.4). So ist zu beachten, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen bestehen darf, welche von belastenden psychosozialen oder soziokulturellen Faktoren herrühren, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, wie zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression in fachmedizinischem Sinne. Solche verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 232/04 vom 10. Januar 2005 E. 5). Nach der Rechtsprechung ist entscheidend, ob der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit (bzw. der Fähigkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen) sozialpraktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar ist (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c und 102 V 165). Invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen

der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte (BGE 131 V 49 E. 1.2, vgl. auch BGE 102 V 165; AHI-Praxis 2001 S. 228 E. 2b mit Hinweisen).

E. 5.2.3

In Bezug auf diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörungen besteht eine Vermutung, dass die Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess indessen unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer inner-seelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen SVR 2008 IV Nr. 23 S. 72 E. 2.1).

E. 5.2.4

Diese Rechtsprechung, wonach von der Vermutung auszugehen ist, dass mit zumutbarer Willensanstrengung trotz der Schmerzen eine leidensangepasste Tätigkeit ausgeübt werden kann, kommt insbesondere dann zur Anwendung, wenn zwar gewisse somatische Befunde erhoben wurden, diese die geklagten Schmerzen jedoch nur zu einem kleineren Teil erklären können (vgl. beispielsweise Urteil des Bundesgerichts 8C_591/2009 vom 27. November 2009 E. 4.2). Gemäss dieser im Zusammenhang mit der Problematik von somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Rechtsprechung setzt die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus (BGE 130 V 352; vgl. auch beispielsweise Urteil des Bundesgerichts 8C_362/2009 vom 14. Dezember 2009 E. 5 f.). Eine solche psychische Komorbidität stellt zum Beispiel eine depressive Störung grösseren Ausmasses dar (BGE 132 V 65 E. 4.2.2).

E. 5.3

Gemäss Art. 4 Abs. 2 IVG gilt die Invalidität als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (sogenannter leistungsspezifischer Versicherungsfall; vgl. BGE 137 V 417 E. 2.2.1 und 2.2.4; SVR 2007 IV Nr. 7 E. 1.1).

E. 5.4

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Gemäss Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen, was für die Staaten der Europäischen Union (EU) der Fall ist. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung stellt diese Vorschrift eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

E. 5.5.1

Gemäss Art. 17 ATSG wird eine Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich verändert hat. Eine Änderung des Invaliditätsgrades wird namentlich durch eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands impliziert. Dagegen ist die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts kein Revisionsgrund; unterschiedliche Beurteilungen sind revisionsrechtlich nur dann beachtlich, wenn sie Ausdruck von Änderungen der tatsächlichen Verhältnisse sind (BGE 117 V 199 E. 3b sowie 112 V 390 E. 1b und 372 E. 2b; ZAK 1987 S. 36 ff.). Ob eine rentenrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich der zeitlich massgeblichen Sachverhalte, das heisst durch die Entwicklungen in den tatsächlichen Verhältnissen in dem durch den Rentenbeginn und die streitige Verfügung bestimmten Zeitraum (BGE 125 V 413 E. 2d; vgl. auch BGE 125 V 369 E. 2).

E. 5.5.2

Nach Art. 88a Abs. 1 IVV ist die anspruchsbeeinflussende Änderung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentlichen Unterbruch drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird.

E. 5.6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidsbedingt eingeschränkt ist.

E. 5.7.1

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt 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. 5.7.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichts I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a).

E. 5.7.3.1

Die Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2bis Satz 2 und 3 IVG).

E. 5.7.3.2

Nach der Rechtsprechung kann auf Stellungnahmen der RAD abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (vgl. dazu E. 5.7.2 hiervor). Die Stellungnahmen müssen insbesondere in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sein und in der Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchten; die Schlussfolgerungen sind zu begründen. Die Ärzte und Ärztinnen des RAD müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Bezüglich dieser materiellen und formellen Anforderungen sind sie im Beschwerdefall gerichtlich überprüfbar (zum Ganzen: Urteile des Bundesgerichts 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 [publiziert in SVR 2009 IV Nr. 56] E. 4.3.1 mit Hinweisen und 9C_1059/2009 vom 4. August 2010 E. 1.2).

E. 5.7.3.3

Es ist nicht zwingend erforderlich, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen).

E. 5.8

Bestehen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen, denn das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die

Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dabei hat das Gericht grundsätzlich die Wahl, ob es die Sache zur weiteren Beweiserhebung an die verfügende Instanz zurückweisen oder die erforderlichen Instruktionen insbesondere durch Anordnung eines Gerichtsgutachtens selber vornehmen will (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, mit Hinweisen; AHI 2001, S. 113 E. 3a; RKUV 1999 Nr. U 332, S. 193 E. 2a/bb und 1998 Nr. U 313, S. 475 E. 2a).

E. 6.1

Aus den vorliegenden ärztlichen Unterlagen geht im Wesentlichen Folgendes hervor:

E. 6.2

Dr. med. G. _____, Orthopäde an der Klinik H. _____, berichtete der Zürcher IV-Stelle am 19. Juni 1996, im bisherigen Beruf habe vom 29. September 1995 bis am 20. März 1996 eine 100%ige und vom 21. März 1996 bis am 20. April 1996 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die bleibende Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf sei mit einem entsprechenden Experten zu bestimmen. Die Flexor hallucis longus - Sehne bleibe potentiell gefährdet, solange sie der Beschwerdeführer als Profitänzer beanspruche. Es wäre wahrscheinlich sinnvoll, wenn er seine Spitzentanztätigkeit aufgeben würde und sich mehr einer weniger beanspruchenden Tätigkeit im gleichen Beruf widmen würde, beispielsweise als Lehrer. Die Belastung der Flexor hallucis longus - Sehne als Profiballetttänzer sei zu hoch, um eine allfällige Ruptur in der Zukunft definitiv ausschliessen zu können. Der Beschwerdeführer könne wohl einen Beruf ausüben, bei dem er die Flexor hallucis longus - Sehne beanspruche, aber nicht im Ausmass wie ein Profiballetttänzer. Das Tanzen sei sicherlich nicht kontraindiziert, allerdings in einem geringeren Masse als bei einem 100%ig arbeitenden Profiballetttänzer, wie z.B. Lehrer in einer Ballettschule. Die vorgeschlagene Tätigkeit wäre zu 100 % zumutbar. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit wäre seit März 1996 zumutbar.

E. 6.3

Dr. med. I. _____, Spezialarzt FMH für physikalische Medizin und Rheumaerkrankungen, berichtete der Unfallversicherung am 27. Juni 1996, dass der Beschwerdeführer für Ballettvorfürungen nicht einsatzfähig sei. Mit einer wesentlichen Verbesserung sei nicht mehr zu rechnen. In einer anderen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer ohne Weiteres voll einsatzfähig (IV-act. 11).

E. 6.4

Am 30. Juni 1998 schrieb Dr. G. _____ der Zürcher IV-Stelle, dass die verschiedenen abgebrochenen Ausbildungen nichts mit der Fussituation, sondern sehr wahrscheinlich vielmehr mit der persönlichen, psychologischen Situation des Beschwerdeführers zu tun hätten. Im Übrigen bestätigte Dr. G. _____ seinen Bericht vom 19. Juni 1996.

E. 6.5

Am 4. März 2002 berichtete Dr. I. _____ der Unfallversicherung, dass Schmerzen im Bereich der operierten Sehne den Beschwerdeführer hinderten, grössere Belastungen des Fusses durchzuführen, insbesondere Sprünge oder längerdauernde Belastungen. Mit einer wesentlichen Besserung und einer Zunahme der Belastbarkeit in der Tätigkeit als Tänzer oder Ausbilder in dieser Sparte sei nicht zu rechnen. Ein weniger belastender Beruf sei wohl möglich. Der Beschwerdeführer sei in der Belastbarkeit seines rechten Fusses deutlich

eingeschränkt (IV-act. 28 S. 3-4).

E. 6.6

Dr. J. _____, Oberarzt, und Dipl.-Psych. K. _____, beide tätig im Zentrum für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie des Krankenhauses L. _____, wiesen in ihrer sozialmedizinischen Beurteilung vom 25. August 2004 (IV-act. 19) zuhanden der Deutschen Agentur für Arbeit in M. _____ darauf hin, dass zum Aufnahmezeitpunkt (26. Juli 2004) eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) diagnostiziert worden sei. Der Beschwerdeführer habe sich motiviert gezeigt, sich engagiert neue berufliche Perspektiven zu erschliessen. Auf der Basis der positiven Entwicklung im Rahmen der tagesklinischen Behandlung sei der Beschwerdeführer für eine baldige Teilnahme an einer Arbeitserprobung voll geeignet. Die erforderlichen Voraussetzungen dafür - Ausdauer, Konzentration und Belastbarkeit - hätten sich deutlich gebessert. Für eine weitere Stabilisierung sei es ausserordentlich hilfreich, ihm baldmöglichst eine neue berufliche Orientierung zu ermöglichen. Der Beschwerdeführer leide unter der mangelnden beruflichen Identität. Er bedürfe der Unterstützung bei der beruflichen Orientierung im Sinne einer Arbeitserprobung. Eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit sei derzeit nicht festzustellen. Vielmehr sei davon auszugehen, dass weitere Wartezeiten bis zum Beginn einer Arbeitserprobungs- bzw. einer folgenden Umschulungsmassnahme wiederum zu einer reaktiven Verschlechterung der psychischen Befindlichkeit führten. Dauerhafte Einschränkungen beständen lediglich bezüglich der bekannten Beschwerden des rechten oberen Sprunggelenks bei Zustand nach Bänderriss. Von einer Tätigkeit, in der längeres Gehen oder Stehen erforderlich sei, sollte daher abgesehen werden.

E. 6.7.1

Dr. med. N. _____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, tätig als Leitender Arzt Psychosomatik in der Rehaklinik O. _____, führte in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 13. April 2005 (IV-act. 20) zuhanden der Unfallversicherung aus, dass aktuell keine psychische Störung von Krankheitswert vorliege. Aus psychiatrischer Sicht sei aktuell die Arbeitsfähigkeit voll gegeben (S. 6).

E. 6.7.2

Dr. med. P. _____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, tätig als Leitender Arzt Orthopädisch-Traumatologische Rehabilitation in der Rehaklinik O. _____, und Dr. N. _____, hielten in ihrem orthopädischen-psychiatrischen Gutachten vom 10. Mai 2005 (IV-act. 21) zuhanden der Unfallversicherung als Diagnose leichte bis mässige, vor allem belastungsabhängige Schmerzen im Bereich des Malleoluswinkels rechts nach Ruptur des Flexor hallucis longus und operativer Sanierung fest. Seit dem Nähen der gerissenen Sehne bestehe eine herabgesetzte Funktion sowie ein chronisches Schmerzsyndrom, vor allem bei Belastung. Genau dieses Schmerzsyndrom bzw. die herabgesetzte Belastungsmöglichkeit dieser einzelnen Sehne hätten es dem Beschwerdeführer verunmöglicht, seinen Beruf als klassischer Balletttänzer weiter auszuüben. Auch die Tätigkeit als Tanzpädagoge sei aus diesem Grund schliesslich nicht möglich gewesen. Er habe diese Tätigkeit wegen anhaltenden, zum Teil starken Schmerzen abbrechen müssen. Hingegen sei die Tätigkeit als Flight Attendant praktisch uneingeschränkt möglich gewesen (S. 13). In seinem Beruf als klassischer Balletttänzer seien ihm sämtliche, in der Diagonale ausgeführten grossen Sprünge wie Balancen, Pirouetten, Revolta, Grand Plié und jede Art von anderen Sprüngen nicht mehr möglich. Auch als Tanzpädagoge sei es unabdingbar, Balancen, Pirouetten und

andere Sprünge sowie Ansätze zu kleinen Sprüngen, aber auch Grand Plié, vorzuzeigen. Dies sei mit so starken Beschwerden einhergegangen, dass er nicht richtig schlafen könne und regelmässig habe Valeron einnehmen müssen. Aus diesem Grund seien auch die genannten Körperbelastungen für den Beschwerdeführer nicht mehr ausführbar. Man müsse die Arbeitsunfähigkeit realistischerweise ab dem Unfall bis heute [10. Mai 2005] in der Funktion als klassischer Balletttänzer und Tanzpädagoge mit 100 % veranschlagen (S. 16). In normalen anderen Tätigkeiten, welche nicht mit den physischen Leistungen einhergingen, die den Flexor hallucis longus speziell beanspruchten, sei der Beschwerdeführer normalerweise zu 100 % einsetzbar. Was die Belastung der oberen Extremitäten betreffe, seien keine Einschränkungen gegeben. Mittelschwere Tätigkeiten seien ganztags zumutbar, insofern die Flexor hallucis longus - Sehne rechts nicht stark oder repetitiv belastet werde (S. 17).

E. 6.8

Dr. med. Q._____, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Zeugnis vom 11. November 2010 (IV-act. 27) zuhanden der Unfallversicherung fest, dass der Beschwerdeführer an einer Dysthymie (ICD-10 F34.1), aktuell remittierte rezidivierende Depression (ICD-10 F33.4) leide. Er habe nach dem Unfall ein ausgeprägtes Schmerzsyndrom entwickelt. Dies habe zu einer ausgeprägten dysthymen Störung mit Verminderung der Leistungsfähigkeit auf Dauer geführt. Die Prognose sei schlecht.

E. 6.9

D._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in ihrem psychiatrischen Gutachten vom 23. Juli 2011 (IV-act. 42) zuhanden der Deutschen Rentenversicherung eine Dysthymie gemäss ICD-10 F34.1G und anamnestisch eine HIV-Positivität (S. 8). Aus psychiatrischer Sicht lägen zurzeit keine Einschränkungen vor, die eine Leistungsminderung darstellten. Der Beschwerdeführer sei in der Lage, sechs Stunden und mehr eine Tätigkeit auszuführen, welche die Einschränkungen im Bewegungs- und Haltungsapparat berücksichtigen sollte. Er solle auch nicht in besonders körperlich anstrengende oder durch Gefährdungs- und Belastungsfaktoren gekennzeichnete Arbeitsplätze eingesetzt werden. Die geistige und psychische Belastbarkeit sei vollschichtig erhalten (S. 9).

E. 6.10

Dr. Q._____, nannte in seinem Bericht vom 9. März 2012 (IV-act. 67), der dem Rentenantrag bei der Deutschen Rentenversicherung beigelegt wurde, als rentenantragsbezogene Diagnosen eine chronifizierte therapieresistente Dysthymie mit chronique fatigue bei schwerer Schmerzstörung (ICD-10 F34.1), eine HIV-Infektion (ICD-10 B24), eine aktuell remittierte rezidivierende Depression (ICD-10 F33.4) und eine Lumboischialgie (ICD-10 M54.4). Eine Arbeit in seinem Beruf sei ausgeschlossen. Eine Teilhabestörung sei vor allem im Rahmen der beruflichen Umgebung gegeben. Der Beschwerdeführer könne auch drei bis vier Stunden leichter Arbeit kaum kontinuierlich ohne depressive Rezidive erfüllen. Bei fehlender beruflicher Perspektive sei kaum eine Besserung der Symptomatik zu erreichen. Die Arbeitsunfähigkeit bestehe seit mehr als sechs Monaten. In den letzten zwölf Monaten hätten keine Befundänderungen stattgefunden. Eine Besserung der Leistungsfähigkeit sei nicht möglich. Da die Problematik komplex sei, solle eine gutachterliche Vorstellung und ausführliche Klärung folgen.

Alternativ sei auch eine Kur mit Klärung der Motivations- und Arbeitsfähigkeit möglich.

E. 6.11

Dr. med. R. _____, Facharzt für Anästhesiologie und Ärztlicher Leiter des Schmerzzentrums S. _____, berichtete am 22. November 2012 (IV-act. 102 S. 37-38), es handle sich um einen chronischen Schmerzpatienten mit somatischen und psychischen Anteilen. Es sei eine Persönlichkeitsveränderung aufgrund chronischer Schmerzen sowie ein depressives Syndrom vorhanden. Die Belastbarkeit sei praktisch nicht mehr vorhanden. Der Beschwerdeführer sei in keiner Weise mehr belastbar.

E. 6.12.1

Dr. med. T. _____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin schrieb im polydisziplinären E. _____-Gutachten vom 29. Januar 2013 (IV-act. 102), welches er zusammen mit Dr. med. U. _____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, Dr. med. V. _____, Facharzt FMH für Neurologie, und Dr. med. W. _____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zuhanden der Vorinstanz erstellte, dass aus allgemeininternistischer Sicht die floride Hepatitis C eine gewisse Müdigkeit des Beschwerdeführers erklären würde. Auch die regelmässige medikamentöse antiretrovirale Therapie schränke die Leistungsfähigkeit möglicherweise ein. Insgesamt bestehe eine maximal 30%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit für alle Tätigkeiten aufgrund der Hepatitis C und der antiretroviralen Therapie. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus allgemeininternistischer Sicht könne seit mindestens dem Zeitpunkt des ersten Erwähnen der Hepatitis C - Infektion (Bericht Dr. R. _____ vom November 2012) bestätigt werden (S. 9). Aufgrund der HIV-Infektion mit medikamentöser Therapie und der Hepatitis C - Infektion sei eine 30%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit vorhanden (S. 30).

E. 6.12.2

Dr. W. _____ nannte als psychiatrische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0) sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und histrionischen Anteilen (ICD-10 F61.0). Psychiatrische Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte Dr. W. _____ nicht. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. Dies sei durch die psychischen Störungen bedingt (S. 13). Dadurch komme es zu einer erhöhten Ermüdbarkeit mit Gereiztheit, Dramatisierung und verbaler Aggressivität, was bei einer Arbeit einen vermehrten Pausenbedarf erfordere (S. 13 f.). Trotz der Störung sei es dem Beschwerdeführer möglich gewesen, früher mit voller Leistung als Bühnentänzer zu arbeiten. Der Längsverlauf mit früher voller Leistungsfähigkeit spreche vor allem gegen das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung mit deutlichem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Dem Beschwerdeführer könne aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, einer seinen körperlichen Einschränkungen angepassten und seinen Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeit zu 80 % nachzugehen. Es könne sich dabei auch um ein ganztägiges Pensum handeln mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen. Von der eingeschätzten leichtgradig eingeschränkten Arbeits- bzw. Leistungsunfähigkeit könne mit Sicherheit seit der aktuellen Untersuchung ausgegangen werden. Auch im Verlauf könne eine länger dauernde höhergradige psychiatrische Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigt werden. Während der psychiatrischen Hospitalisation im Jahre 2008 könne von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden, aufgrund einer damals mittelgradigen depressiven Episode im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung (S. 14).

E. 6.12.3

Als orthopädische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte Dr. U. _____ (S. 21 f.): chronische Beschwerden an Fuss, Unter- und Oberschenkel sowie Gesäss rechts (ICD-10 M79.60 / T93.5); - Status nach traumatischer partieller Längsruptur der Flexor hallucis longus - Sehne am 29. September 1995 auf Höhe des Retinakulum retromalleolär; - Status nach Exploration, Débridement und Sehnennaht am 13. Oktober 1995; - anamnestisch Status nach beidseits ambulant durchgeführtem Eingriff am Innenknöchelbereich beidseits im Jahre 1999; - radiologisch unauffälliger Befund im Bereich des rechten Fusses (Magnetresonanztomographie [MRI] vom 16. Oktober 2008); - klinisch gute Sehnenfunktion und fehlende objektivierbare Hinweise für länger dauernde Schonung der Extremität; chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5); radiologisch Osteochondrose und Diskusprotrusion Lendenwirbelkörper(LWK)5/Sakralwirbelkörper(SWK)1 (MRI vom 16. Oktober 2008).

Als orthopädische Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. U. _____ einen anamnestischen Status nach Osteosynthese bei Klavikulafraktur links zirka im Jahre 2003 (ICD-10 T92.1 / Z98.8) sowie einen massiven Verdacht auf Schmerzausweitung fest (S. 22). Für die angestammte Tätigkeit als Tänzer könne eine vollständige Arbeitsunfähigkeit angenommen werden, wenngleich festzuhalten sei, dass siebzehn Jahre nach partieller Längsruptur der Flexor hallucis longus - Sehne sowohl klinisch als auch radiologisch ein weitgehend unauffälliger Befund bestehe. Für körperlich leichte bis zumindest mittelschwere Tätigkeiten unter Wechselbelastung liege aus rein orthopädischer Sicht eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor. Das häufige Heben und Tragen von Lasten über 15 kg solle dabei vermieden werden. In Anbetracht der heute [27. November 2012; S. 1] erhobenen Befunde komme es bei einer derart angepassten Tätigkeit im Vergleich zum jetzigen Alltagsleben wohl kaum zu einer wesentlichen Schmerzprovokation, so dass diese Tätigkeit auch zumutbar sei. Seit der am 29. September 1995 erlittenen Fussverletzung könne von einer praktisch durchgehenden, bleibenden und vollständigen Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf ausgegangen werden. Für körperlich leichte bis zumindest mittelschwere Tätigkeiten unter Wechselbelastung könne dagegen eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit ab März 1996 attestiert werden (S. 23). Inwieweit eine partielle Längsruptur jener Sehne, die des Öfteren für rekonstruktive Massnahmen an anderen Orten entnommen werde, tatsächlich eine Einschränkung für den angestammten Beruf darstelle, müsse bezweifelt werden. In jedem Fall könne für Verweistätigkeiten keine zeitliche oder leistungsmässige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden (S. 24).

E. 6.12.4

Dr. V. _____ schrieb, dass sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht ergebe, weder für eine stehende noch für eine gehende Tätigkeit. Inwieweit die Arbeitsfähigkeit allenfalls temporär in den Jahren 2003 und 2008 beeinträchtigt gewesen sei, könne retrospektiv nicht beurteilt werden. Über grössere Zeiträume gesehen habe wohl die aktuelle Einschätzung schon immer gegolten (S. 28).

E. 6.12.5

Zusammenfassend nannten die E. _____-Gutachter folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 28 f.): leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0); kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und histrionischen Anteilen (ICD-10 F61.0); HIV-Infektion CDCA2 (ICD-10 Z21); Hepatitis C (ICD-10 B18.2); HCVCAP-PCR

3'995'123 Mio. IU/mm am 1. November 2012; chronische Beschwerden an Fuss, Unter- und Oberschenkel sowie Gesäss rechts (ICD-10 M79.60 / T93.5) - Status nach traumatischer partieller Längsruptur der Flexor hallucis longus - Sehne am 29. September 1995 auf Höhe des Retinakulum retromalleolär; - Status nach Exploration, Débridement und Sehnennaht am 13. Oktober 1995; - anamnestisch Status nach beidseits ambulant durchgeführtem Eingriff am Innenknöchelbereich beidseits im Jahre 1999; - radiologisch unauffälliger Befund im Bereich des rechten Fusses (MRI vom 16. Oktober 2008); - klinisch gute Sehnenfunktion und fehlende objektivierbare Hinweise für länger dauernde Schonung der Extremität; chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) - radiologisch Osteochondrose und Diskusprotrusion LWK5/SWK1 (MRI vom 16. Oktober 2008); - keine Anhaltspunkte für relevante Radikulopathie. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die E._____ -Experten (S. 29): Übergewicht mit Body-Mass-Index von 26.5 kg/m² (ICD-10 E66.9); Nikotinabusus (ICD-10 F17.1); anale intraepitheliale Neoplasie Grad II (ICD-10 C21.1); Status nach AP-positiver Antrumgastritis 04/10 (ICD-10 K29.6Z); Status nach Hepatitis B; Lues-Infektion (ICD-10 A53.0); TPPA Titer 1:>20'480 (1:>80); anamnestisch Status nach Osteosynthese bei Klavikulafraktur links zirka im Jahre 2003 (ICD-10 T92.1 / Z98.8). Aus polydisziplinärer Sicht bestehe für die angestammten Tätigkeiten als Tänzer bzw. Tanzpädagoge keine zumutbare Arbeitsfähigkeit mehr. Für körperlich leichte bis zumindest mittelschwere Tätigkeiten unter Wechselbelastung ohne der Notwendigkeit, Lasten über 15 kg zu heben, sei eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % vorhanden. Es sei ein Ganztagespensum möglich mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit von 30 %. Die Einschränkungen aus somatischer und psychiatrischer Sicht ergänzten sich, sie addierten sich nicht. Es könnten die gleichen Zeitabschnitte für Pausen und Erholung genutzt werden. Die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Tänzer bzw. Tanzpädagoge bestehe seit dem erlittenen Unfall im September 1995. Ab März 1996 könne für körperlich leichte bis mittelschwere, angepasste Tätigkeiten von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Während der psychiatrischen Hospitalisation im Jahre 2008 könne eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit angenommen werden. Ansonsten gälten die gemachten Feststellungen zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten ab dem Zeitpunkt der Untersuchung [27. November 2012; S. 1] bzw. seit dem Jahr 1996 (S. 30). Zusammenfassend bestehe keine zumutbare Arbeitsfähigkeit für die Tätigkeiten als Tänzer und Tanzpädagoge sowie für andere körperlich schwer belastende Tätigkeiten. Für körperlich leichte bis mittelschwere, angepasste Tätigkeiten sei eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % in Form eines Ganztagespensums mit um 30 % reduzierter Leistungsfähigkeit gegeben (S. 31).

E. 6.13

Dr. med. Y._____, Arzt des medizinischen Dienstes der Vorinstanz und Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 22. Februar 2013 (IV-act. 107) als Hauptdiagnose eine leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0) und eine gemischte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und histrionischen Elementen (ICD-10 F61.0) fest. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. Y._____: - HIV-Infektion Stadium A2; - Hepatitis C; - chronisches Schmerzsyndrom des unteren Körpergliedes rechts; - Zustand nach traumatischem Riss der langen Beugesehne des grossen Zehs; - objektive Abwesenheit von Zeichen des langanhaltenden Nichtgebrauchs des unteren Körpergliedes rechts; - chronisches Lumbovertebralsyndrom. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit übernahm Dr. Y._____ diejenigen, welche die

E._____ -Experten aus polydisziplinärer Sicht gestellt hatten (E. 6.12.5 hiervor). In der angestammten Tätigkeit bestehe seit dem 11. Oktober 1995 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In Verweisungstätigkeiten sei ab dem 21. März 1996 keine Arbeitsunfähigkeit gegeben gewesen. Seit dem 20. Januar 2012 sei in Verweisungstätigkeiten eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit vorhanden. Es sei eine vollzeitliche Arbeit möglich in wechselnder Arbeitsposition und mit Lastentragen von höchstens 15 kg. Der Gehradius sei beschränkt. Die Arbeitsleistung sei vermindert. Eine infektiöse Pathologie rechtfertige eine teilweise Arbeitsunfähigkeit von 30 % und eine psychische Störung eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %, nicht additiv. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer es nicht schaffe, seine künstlerische Tätigkeit in den Wind zu schlagen, und dass er unangemessene Reaktionen habe, rechtfertige gemäss der übereinstimmenden Meinung aller in Deutschland und der Schweiz durchgeführten psychiatrischen Expertisen keine Arbeitsunfähigkeit in einem wesentlichen Grad in einer behinderungsangepassten Tätigkeit. Die Arbeitsfähigkeit bleibe objektiv vermindert.

E. 6.14

In seiner Stellungnahme vom 28. Juni 2013 (IV-act. 131) wies Dr. Y._____ darauf hin, dass es keine neuen Elemente gebe, welche es erlaubten, die Stellungnahme vom 22. Februar 2013 zu ändern. Das Dossier müsse noch einmal von einem Psychiater angesehen werden.

E. 6.15

Anlässlich ihres Rapports vom 31. Oktober 2013 kamen die Ärzte des internen medizinischen Dienstes der Vorinstanz Dr. Z._____, Spezialist FMH in Psychiatrie, Dr. Y._____, Dr. AA._____, Spezialist FMH in Psychiatrie, Dr. BB._____, Spezialistin FMH in physikalischer Medizin und Rehabilitation, Dr. CC._____, Spezialarzt FMH in Rheumatologie, und Dr. DD._____, Spezialarzt FMH in physikalischer Medizin und Rehabilitation, überein, dass es nicht erklärbar sei, warum die E._____ -Experten die Arbeitsunfähigkeit während der Hospitalisation vom 17. Juni 2008 bis am 18. August 2008 mit 50 % beziffert hätten. Die Gutachter hätten keine Persönlichkeitsstörung festgestellt. Die Berichte von Dr. EE._____ vom 21. November 2012 und Dr. R._____ vom 22. November 2012 seien den E._____ -Gutachter zur Verfügung gestanden, aber nicht kommentiert worden. Es fehle im Dossier eine klare psychiatrische Meinung des medizinischen Dienstes. Das Dossier sei nach der Rückkehr aus der Begutachtung nicht mehr dem Ärztterapport unterbreitet worden. Der Beschwerdeführer leide gemäss den aktuellen Psychiatern an einer schweren Persönlichkeitsstörung, welche die Ausübung des Tanzberufs zu kompensieren erlaubt hätte. Diese Persönlichkeitsstörung sei attestiert worden insbesondere durch den Bericht FF._____ über die Hospitalisation vom 16. Mai 2012 bis am 26. Mai 2012 wie auch durch die Briefe und E-Mails des Beschwerdeführers und die internen telefonischen Notizen, über welche die Gutachter nicht verfügt hätten. Eine progressive Verschlimmerung sei klar. Der Rhythmus der Hospitalisationen im psychiatrischen Umfeld habe sich intensiviert mit rezidivierenden depressiven Störungen. Die Arbeitsunfähigkeit sei seit dem 20. Januar 2012 vollständig. In der alten Tätigkeit bestehe seit dem 11. Oktober 1995 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In angepassten Verweisungstätigkeiten sei seit dem 21. März 1996 eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit und seit dem 20. Januar 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit gegeben (Protokoll vom 1. November 2013, IV-act. 152).

E. 7.1

Der Beschwerdeführer äusserte sich gegenüber den E._____-Gutachtern, dass er sich keine berufliche Tätigkeit vorstellen könne, die für ihn noch möglich wäre (IV-act. 102 S. 8 und 29). Er war Dr. W._____- gegenüber überzeugt, wegen Schmerzen und Depressionen nicht mehr arbeiten zu können (IV-act. 102 S. 13). Dr. U._____- gegenüber äusserte der Beschwerdeführer, dass wegen der Schmerzen auch eine sitzende Tätigkeit nicht mehr möglich sei (IV-act. 102 S. 26). Für die E._____-Gutachter schien er in keiner Weise motiviert, einer körperlich leichten bis zumindest mittelschweren Tätigkeit nachzugehen (IV-act. 102 S. 23). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers nicht entscheidend ist. Massgebend ist die medizinisch begründete und nachvollziehbare Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Dabei handelt es sich um eine medizinisch-theoretische Beurteilung. Deshalb ist es nicht entscheidend, ob eine versicherte Person die ihr aufgrund der medizinischen Befunde und Diagnosen an sich mögliche Arbeitsfähigkeit auch tatsächlich verwertet.

E. 7.2

In somatischer Hinsicht erfolgte die E._____-Begutachtung umfassend und auf allseitigen klinischen Untersuchungen beruhend.

E. 7.2.1

Der Internist Dr. T._____- hielt die gesundheitlichen Klagen des Beschwerdeführers detailliert fest (S. 7). Dr. T._____- fiel dabei auf, dass der Beschwerdeführer in Bezug auf die floride Hepatitis C keine Müdigkeit angab, obgleich der HCVCAPPCR-Wert stark erhöht war und zum Begutachtungszeitpunkt keine Therapie erfolgte (S. 9). Eine Laboruntersuchung war nicht möglich, da der Beschwerdeführer die Blutentnahme verweigerte. Der Internist konnte anstelle dessen aber die Ergebnisse von ausführlichen Laboruntersuchungen von Dr. GG._____- vom 1. November 2012 heranziehen (S. 9). Dass der offensichtliche Fehler Dr. T._____- ' hinsichtlich des Alters des Beschwerdeführers im Untersuchungszeitpunkt - 34- statt 40jährig (S. 8) - in der Folge zu einer unzutreffenden Einschätzung des somatischen Gesundheitszustands führte, ist aus den Akten nicht ersichtlich.

E. 7.2.2

Der Orthopäde Dr. U._____- nahm eingehend Kenntnis von den Klagen des Beschwerdeführers (S. 17-19), insbesondere jenen über einen grossen Dauerschmerz am Flexor rechts und den subjektiv damit zusammenhängenden Schmerz bis in den dritten Lendenwirbel (S. 17). Der orthopädische Experte setzte sich mit den Leidensschilderungen und dem Verhalten des Beschwerdeführers ausführlich auseinander. So fiel dem Gutachter bei der Untersuchung auf, dass der Beschwerdeführer nach dem Abrollen über den rechten Vorfuss im Sinne einer ruckartigen Supination weggeknickt sei (S. 19). Auch bemerkte der Orthopäde, dass die anamnestisch seit drei Jahren getragenen Sportschuhe praktisch symmetrisch abgetragen gewesen seien (S. 18). Für Dr. U._____- war das Verhalten des körperlich bestens trainiert wirkenden Beschwerdeführers äusserst auffällig. Das auffallende Gebaren beim ebenen Gang sei keinesfalls reproduzierbar. Ausgerechnet an der vermeintlich geschonten rechten Grossezehe bestehe eine vermehrte plantare Beschwiellung. Die symmetrischen Umfangsmasse der unteren Extremitäten seien mit der angegebenen Schonung der rechten Seite keinesfalls vereinbar. Zumindest drei von fünf

Waddell-Zeichen seien positiv. Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden liessen sich durch die klinischen und radiologischen Befunde in keiner Weise begründen. Die erheblichen Inkonsistenzen und die fehlende Besserung trotz langjähriger Arbeitskarenz könnten als Hinweis für eine massive nichtorganische Beschwerdekomponekte angesehen werden. Der Beschwerdeführer wirke durch die Tatsache, nicht mehr als Tänzer tätig zu sein, verletzt (S. 22). Bei der Untersuchung seien massive Hinweise für eine Schmerzausweitung (S. 24) und deutliche Hinweise auf eine nichtorganische Ursache der geklagten Beschwerden (S. 30) vorgelegen. Die Diskrepanz zwischen den anamnestischen Schmerzschilderungen und den anlässlich der Untersuchung objektivierbaren Befunden sei erheblich (S. 24). Der Befund sei sowohl klinisch als auch radiologisch weitgehend unauffällig gewesen (S. 23). Die von Dr. U. _____ entsprechend vorgenommene Würdigung der orthopädisch relevanten Klagen des Beschwerdeführers überzeugt. Dem Experten waren die Vorakten bekannt. Er stützte sich auf sie insbesondere in der Diagnosestellung (vgl. S. 21-22). Die Einschätzung Dr. U. _____s, dass für die angestammte Tätigkeit als Balletttänzer seit dem 29. September 1995 praktisch durchgehend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, aber Verweisungstätigkeiten ab März 1996 zu 100 % zumutbar gewesen seien (S. 23), stützt sich offensichtlich auf die entsprechende Beurteilung Dr. G. _____s vom 19. Juni 1996 (E. 6.2 hiervor) und 30. Juni 1998 (E. 6.4 vorstehend).

E. 7.2.3

Der Neurologe Dr. V. _____ befragte den Beschwerdeführer eingehend nach seinen konstanten Schmerzen hinsichtlich des rechten Innenknöchels, insbesondere die von unten her dauernd vorhandene Schmerzausstrahlung bis ins Kreuz rechts (S. 25-26). Der neurologische Experte nahm Rücksicht auf die geklagten Beschwerden, so auch auf die Schilderung des Beschwerdeführers, dass an der rechten Grosszehe konstant eine Taubheit bestehe und er im rechten Bein 'wie eine Lähmung' empfinde (S. 26). Der Gutachter setzte sich mit diesen wie auch mit dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Dabei fielen Dr. V. _____ die symmetrische Trophik an den Beinen beziehungsweise die etwas grösseren Umfänge rechts auf. Er ging aufgrund dessen davon aus, dass das rechte Bein im Alltag nicht relevant geschont werde. Dr. V. _____ stellte eine erhebliche Diskrepanz zwischen den angegebenen Beschwerden und deren Auswirkungen im Alltag und bei der Arbeit fest. Objektivierbare Befunde würden fehlen (S. 28). Der Experte würdigte die Klagen des Beschwerdeführers entsprechend und ging schliesslich von einer Schmerzfehlerverarbeitung aus (S. 28). Dr. V. _____ berücksichtigte die geklagten Beschwerden in Kenntnis der Vorakten (S. 25).

E. 7.2.4

Die von Dr. T. _____, Dr. U. _____ und Dr. V. _____ dargestellten medizinischen Zusammenhänge und ihre Beurteilungen sind nachvollziehbar. Die Schlussfolgerung der Experten, dass somatischerseits für die bisherige Tätigkeit als Balletttänzer seit dem 29. September 1995 keine Arbeitsfähigkeit mehr, für behinderungsangepasste Tätigkeiten zum Gutachtenszeitpunkt hingegen insgesamt nur eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % vorhanden sei (S. 30), ist somit nachvollziehbar begründet.

E. 7.3

Die übrigen medizinischen Unterlagen vermögen die Einschätzung der E. _____-Experten in somatischer Hinsicht nicht zu erschüttern.

E. 7.3.1

Wie bereits in E. 7.2.2 vorstehend erwähnt, entspricht die von Dr. U. _____ vorgenommene orthopädische Einschätzung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit den Beurteilungen von Dr. G. _____ vom 19. Juni 1996 (E. 6.2 vorstehend) und 30. Juni 1998 (E. 6.4 hiervor). Die Aussagen Dr. I. _____s in seinen Berichten vom 27. Juni 1996 (E. 6.3 hiervor) und 4. März 2002 (E. 6.5 vorstehend) stimmen mit den Einschätzungen Dr. G. _____s und damit jenen des E. _____-Orthopäden Dr. U. _____ ebenfalls überein. Entsprechend besteht kein Widerspruch in zwischen ihren Einschätzungen der verbleibenden Arbeitsfähigkeit.

E. 7.3.2

Dr. P. _____ stellte in seinem zusammen mit Dr. N. _____ verfassten Gutachten vom 10. Mai 2005 (E. 6.7.2 hiervor) bei der Begründung vornehmlich auf die subjektiven Schmerzáusserungen und die eigenen Einschätzungen des Beschwerdeführers ab. Folglich vermöchte diese Begründung die objektiv nachvollziehbare Beurteilung Dr. U. _____s von vornherein nicht zu widerlegen. Ein wesentlicher Widerspruch ist indessen nicht vorhanden. Zwar betrachteten Dr. P. _____ und Dr. N. _____ nicht nur die bisherige Tätigkeit als Balletttänzer, sondern in weiterer Ausdifferenzierung ausdrücklich auch eine Tätigkeit als Tanzpädagoge seit dem Unfall vom 29. September 1995 als unzumutbar und beschrieben die Verweisungstätigkeiten näher. Abgesehen davon ist im Ergebnis jedoch keine abweichende Meinung von derjenigen Dr. U. _____s ersichtlich.

E. 7.3.3

Dr. R. _____ nahm in seinem Bericht vom 22. November 2012 (E. 6.12 vorstehend) keine eigene Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit vor. Äusserungen dazu, in welchen Tätigkeiten in welchem Umfang während welcher Dauer von einer Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist, fehlen gänzlich. Entsprechend kann dieser Bericht die somatische Einschätzung der E. _____-Gutachter ebenfalls nicht in Zweifel ziehen.

E. 7.3.4

Insoweit Dr. Y. _____ somatischerseits von der Beurteilung der E. _____-Experten abweicht, ist seine Einschätzung in den Stellungnahmen vom 22. Februar 2013 (E. 6.13 hiervor) und 28. Juni 2013 (E. 6.14 vorstehend) klarerweise nicht nachvollziehbar: Aus welchem Grund Dr. Y. _____ den Beginn der dauerhaften 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Balletttänzer auf den 11. Oktober 1995 und nicht wie Dr. U. _____ auf das Unfalldatum 29. September 1995 festlegte, geht aus den Stellungnahmen Dr. Y. _____s nicht hervor. Dass zwischenzeitlich eine Arbeitsfähigkeit bestanden haben sollte, ist überdies nicht einsichtig, da sich der Beschwerdeführer die ausschlaggebende Fussverletzung bereits an jenem Septembertag zuzog. Im Weiteren gab Dr. Y. _____ an, dass die 30%ige Arbeitsunfähigkeit in Verweisungstätigkeiten seit dem 20. Januar 2012 und zwar infolge einer infektiösen Pathologie bestehe. Am 20. Januar 2012 beging der Beschwerdeführer einen Selbstmordversuch (IV-act. 60). Weshalb gerade dieses Ereignis zu einer infektiösen Pathologie und einer ab dato dauerhaften 30%igen Arbeitsunfähigkeit in Verweisungstätigkeiten geführt haben soll, geht weder aus den Ausführungen Dr. Y. _____s noch aus den vorliegenden Akten hervor. Die diesbezügliche Begründung Dr. Y. _____s vermag damit nicht zu überzeugen. Anlass für die von Dr. Y. _____ vorgenommene genaue Datierung des Beginnes der Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten auf den 21. März 1996 war hingegen offensichtlich die

entsprechende Aussage von Dr. G._____ vom 19. Juni 1996 (E. 6.2 vorstehend), welche auch Grundlage der Datierung seitens von Dr. U._____ war.

E. 7.4

Psychiatrischerseits kann hingegen auf die vorhandenen medizinischen Berichte nur teilweise abgestellt werden.

E. 7.4.1

Das E._____ -Gutachten entspricht in psychiatrischer Hinsicht nicht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert eines Arztberichts. Zwar hielt der Experte Dr. W._____ die Äusserung des Beschwerdeführers fest, sich 'sowieso' umzubringen, falls er keine Invalidenrente erhalten sollte (S. 19). Gemäss Dr. W._____ bestanden jedoch keine Hinweise auf ein akutes selbst- und fremdgefährliches Verhalten (S. 12). Anamnestisch hätten Hinweise auf eine verminderte Affektsteuerung mit Streitereien mit Ämtern ohne Hinweise auf deutliche Impulskontrollstörungen bestanden (S. 12-13). Der Beschwerdeführer sei nicht suizidal. Er könne zwar drohen, was auch ernst genommen werden müsse. Er sei aber nicht akut fremdgefährlich (S. 14). Er demoliere nicht Gegenstände und gehe auch nicht auf andere Menschen los. Er reagiere unter Belastungen mit den Ämtern vielmehr verbal aggressiv und könne auch drohen, was im Rahmen der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung erklärbar sei (S. 15). Den Akten kann entnommen werden, dass diese Einschätzung Dr. W._____s den Tatsachen klarerweise nicht entspricht. So geht aus dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. N._____ vom 13. April 2005 (IV-act. 20) hervor, dass der Beschwerdeführer erzählte, Ende 2003 über längere Zeit suizidal gewesen zu sein (S. 3). Am 17. Juni 2008 wurde der Beschwerdeführer wegen Suizidgefahr in das Zentrum für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Krankenhauses L._____ eingeliefert (Bericht von Dr. med. HH._____ vom 18. Juni 2008, IV-act. 22). Gegenüber Dr. R._____ gab der Beschwerdeführer an, beinahe jeden Tag Todes- und Suizidgedanken zu haben (Befundbericht vom 19. September 2008, IV-act. 25 S. 8). Der vormalige Vertreter des Beschwerdeführers, II._____, wies darauf hin, dass dieser bereits mehrmals mit einem Suizid gedroht und dies am 20. Januar 2012 auch versucht habe (Schreiben vom 7. Februar 2012 [IV-act. 60], unter Beilage von einschlägigen Auszügen aus SMS und Briefen des Beschwerdeführers [IV-act. 61]). Am 16. Mai 2012 schrieb das S._____er Bezirksamt JJ._____, der Beschwerdeführer habe ein Verhalten mit fremdgefährdendem Charakter gezeigt, bei dem er Personal bedroht und mit einem Messer gefächelt habe. Er habe fremdgefährdende Impulse und es sei eine Eigengefährdung gegeben (Unterbringungsantrag von dato, IV-act. 76). Prof. Dr. KK._____, Klinikdirektor, Dr. LL._____, Oberärztin, und MM._____, Fachärztin, alle am FF._____ NN._____ -Klinikum in S._____ (Deutschland) tätig, berichteten am 6. Juli 2012, dass der Beschwerdeführer am 22. Mai 2012 bedrohlich und aggressiv gewesen sei und versucht habe, mit zwei Stühlen auf einen Mitpatienten einzuschlagen. Es habe eine akute Eigen- und Fremdgefährdung bestanden und eine körperliche Auseinandersetzung gedroht. Der Beschwerdeführer habe mit Mord gedroht (IV-act. 83). II._____ schrieb am 21. September 2012 der Vorinstanz, dass er vom Beschwerdeführer bedroht worden sei (IV-act. 89). Am 19. November 2012 schrieb der Beschwerdeführer einer Ärztin, dass er eine Rente brauche oder sich umbringe (IV-act. 102 S. 36). Dr. W._____ kannte zwar die wesentlichen medizinischen Unterlagen und die Ätiologie der vom Beschwerdeführer geklagten Leiden weitgehend. Vollständig lagen die Vorakten dem Gutachter aber nicht

vor. Denn aus der Auflistung der dem Gutachter vorhandenen Akten (IV-act. 102 S. 3-5) geht hervor, dass ihm in Bezug auf die vorstehend namentlich erwähnten Dokumente lediglich das psychiatrische Teilgutachten von Dr. N._____ vom 13. April 2005 (IV-act. 20), der Bericht von Dr. HH._____ vom 18. Juni 2008 (IV-act. 22) und der Austrittsbericht des FF._____ NN._____ -Klinikum vom 6. Juli 2012 (IV-act. 83) bekannt waren. Dr. W._____ bemerkte so nicht, dass eine Eigengefährdung seit dem Jahr 2003 und schliesslich auch eine Fremdgefährdung seit Mitte Mai 2012 wiederholt und in zunehmend ernsterer Weise auftrat. Dies ist nicht verständlich, zumal der E._____ -Experte selbst festhielt, dass die teils massiven Drohungen des Beschwerdeführers durchaus ernst zu nehmen seien. Dass er weder akut suizidal noch akut fremdgefährlich sei, wie der E._____ -Psychiater festhielt, ist somit nicht nachvollziehbar. Auch ist unklar, wie in körperlich leidensangepassten Tätigkeiten eine 80%ige Arbeitsfähigkeit gegeben sein soll. Das Gutachten überzeugt daher in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge nicht. Die Begründung der Schlussfolgerungen des medizinischen Experten sind für eine rechtsanwendende Person nicht nachvollziehbar.

E. 7.4.2

Angeichts der vorstehend in E. 7.4.1 erwähnten Tatsachen erscheint es durchaus als nachvollziehbar, dass die Ärzte des medizinischen Dienstes, Dr. Z._____, Dr. Y._____, Dr. BB._____, Dr. CC._____ und Dr. DD._____ in ihrem gemeinsamen Rapport vom 31. Oktober 2013 (E. 6.16 hiervor) psychiatrisch bedingt von einer seit dem 20. Januar 2012 vorhandenen vollständigen Arbeitsunfähigkeit auch in körperlich angepassten Verweistätigkeiten ausgingen. Am 20. Januar 2012 hatte der Beschwerdeführer konkret versucht, Selbstmord zu begehen (E. 7.4.1 hiervor). Dass die E._____ -Gutachter keine Persönlichkeitsstörung festgestellt hätten, trifft zwar nicht zu. Wie in E. 7.4.1 hiervor ausgeführt kann auf die psychiatrische Einschätzung der E._____ -Experten aber nicht abgestellt werden, so dass die Ärzte des vorinstanzlichen medizinischen Dienstes ohnehin eine eigene Einschätzung hätten vornehmen müssen. Ferner kannten die E._____ -Gutachter die Briefe und E-Mails des Beschwerdeführers sowie die telefonischen Notizen der Vorinstanz nicht, welche den Ärzten ihres internen medizinischen Dienstes vorlagen. Diese Briefe, E-Mails und Telefonnotizen können bei der Beurteilung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführer nicht ausser Acht gelassen werden. Die Ärzte des vorinstanzlichen medizinischen Dienstes haben nachvollziehbar eine eindeutige wesentliche Verschlechterung des psychischen Zustands seit Januar 2012 aufgezeigt. Die Stellungnahme von Dr. Z._____, Dr. Y._____, Dr. AA._____, Dr. BB._____, Dr. CC._____ und Dr. DD._____ vom 31. Oktober 2013 hinsichtlich des psychiatrisch relevanten Gesundheitszustands in der Zeit ab dem 20. Januar 2012 genügt den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht (vgl. hierzu Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [heute: Bundesgericht] I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Für den genannten Zeitraum ab dem 20. Januar 2012 kann auf diese Stellungnahme abgestellt werden. Was die Zeit vor dem 20. Januar 2012 anbelangt, fehlt hingegen eine objektiv nachvollziehbare Begründung dafür, weshalb der Beschwerdeführer in angepassten Verweisungstätigkeiten in der Zeit vom 21. März 1996 bis am 19. Januar 2012 nur zu 30 % arbeitsunfähig gewesen sein soll. Dr. Z._____, Dr. Y._____, Dr. BB._____, Dr. CC._____ und Dr. DD._____ hielten diesbezüglich bloss fest, dass die Einschätzung der E._____ -Experten, vom 17. Juni 2008 bis am 18. August 2008 habe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, nicht erklärbar sei. Eine Auseinandersetzung

damit, wie sich die offensichtlich zunehmende wesentliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands im Verlauf entwickelte, fehlt. Unklar ist deshalb auch die Entwicklung der Auswirkungen des psychischen Zustands auf die Arbeitsfähigkeit vor Januar 2012. Die in vorstehend E. 7.4.1 aufgeführten Tatsachen lassen eine plötzlich am 20. Januar 2012 eingetretene wesentliche Verschlechterung als offensichtlich unzutreffend erscheinen. Somit lässt sich die Entwicklung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit in der Zeit vom 21. März 1996 bis am 19. Januar 2012 anhand der Stellungnahme von Dr. Z._____, Dr. Y._____, Dr. BB._____, Dr. CC._____ und Dr. DD._____ nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beurteilen.

E. 7.4.3

Die übrigen psychiatrisch relevanten Berichte ändern daran nichts.

E. 7.4.3.1

Dr. G._____ (E. 6.4 hiervor) und Dr. R._____ (E. 6.11 vorstehend) haben sich zwar auch in psychiatrischer Hinsicht geäußert. Sie sind selbst jedoch keine psychiatrische Fachärzte, so dass ihre Einschätzungen solche von Psychiatern von vornherein nicht in Zweifel zu ziehen vermögen. Bei der Aussage Dr. G._____s handelt sich zudem nur um die Äusserung einer Vermutung ohne Angabe einer psychiatrischen Diagnose und/oder Befundung. Dr. R._____ hinwiederum hat seine Aussage, dass nahezu keine Belastbarkeit mehr vorhanden sei, weder mit einer qualifizierten psychiatrischen Diagnose gemäss einem anerkannten Klassifikationssystem noch mit einem genauen objektiven psychiatrischen Befund begründet.

E. 7.4.3.2

Dr. Q._____ war der Ansicht, dass die seines Erachtens komplexe Symptomatik einer näheren Abklärung, im Rahmen eines Gutachtens oder eine Kur, bedürfe. Konkret hielt der Psychiater lediglich fest, dass seit mehr als sechs Monaten eine vollständige Arbeitsfähigkeit im bisherigen Beruf vorhanden sei (E. 6.10 hiervor). Dieses Attest deckt sich mit der von den E._____ -Experten festgehaltenen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf. Im Übrigen kann den Aussagen von Dr. Q._____ nur entnommen werden, dass die Leistungsfähigkeit auf Dauer vermindert sei (E. 6.8 und E. 6.10 vorstehend). Dr. Q._____ nahm keine eigene abschliessende Abschätzung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit vor. Zur Frage, seit wann in welchen leidensangepassten Tätigkeiten in welchem Umfang von einer Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden kann, äusserte sich Dr. Q._____ nicht.

E. 7.4.3.3

Sowohl Dr. J._____ und Dipl.-Psych. K._____ (E. 6.6 hiervor) als auch Dr. N._____ (E. 6.7 vorstehend) und D._____ (E. 6.9 hiervor) stellten überhaupt keine psychiatrisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit fest. Diese Beurteilungen überzeugen allein schon aufgrund der in E. 7.4.1-2 angeführten psychiatrisch relevanten Geschehnisse nicht. Denn es ist objektiv nicht nachvollziehbar, wie der Beschwerdeführer psychiatrischerseits bei dem sich seit zumindest dem Jahr 2003 zunehmend verschlechternden psychischen Gesundheitszustand und dem Verhalten, wie er und es in den Akten beschrieben werden, als vollständig arbeitsfähig betrachtet werden kann.

E. 7.5

Der massgebende medizinische Sachverhalt steht damit nur für die Zeit vom 29. September 1995 bis am 20. März 1996 und ab dem 20. Januar 2012 mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest. Dass der medizinische Dienst der Vorinstanz - sowie in der Folge gestützt auf dessen Stellungnahmen die Vorinstanz selber - befand, in leidensangepassten Tätigkeiten habe vom 21. März 1996 bis am 19. Januar 2012 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden, überzeugt nicht. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in behinderungsangepassten Tätigkeiten im Verlauf im Zeitraum vom 21. März 1996 bis am 19. Januar 2012 ist unklar, womit der diesbezügliche Rentenanspruch nicht rechtskonform beurteilt werden kann.

8.1 Schliesslich ist zu prüfen, ob die Vorinstanz bei der Ermittlung der Höhe der ab dem 1. April 2012 zugesprochenen ganzen Rente auf die richtige Rentenskala abgestellt hat.

8.2 8.2.1 Für die Berechnung der ordentlichen Renten der Invalidenversicherung sind die Bestimmungen des AHVG sinngemäss anwendbar. Der Bundesrat kann ergänzende Vorschriften erlassen (Art. 36 Abs. 2 IVG). Gemäss Art. 32 Abs. 1 IVV gelten die Art. 50-53bis AHVV sinngemäss für die ordentlichen Renten der Invalidenversicherung.

8.2.2 Die ordentlichen Renten werden ausgerichtet als: a. Vollrenten für Versicherte mit vollständiger Beitragsdauer; b. Teilrenten für Versicherte mit unvollständiger Beitragsdauer (Art. 29 Abs. 2 AHVG). Für die Rentenberechnung werden Beitragsjahre, Erwerbseinkommen sowie Erziehungs- oder Betreuungsgutschriften der rentenberechtigten Person zwischen dem 1. Januar nach Vollendung des 20. Altersjahres und dem 31. Dezember vor Eintritt des Versicherungsfalles berücksichtigt (Art. 29bis Abs. 1 AHVG).

8.2.3 Die Beitragsdauer einer versicherten Person bestimmt sich in der Regel nach den Einträgen in ihrem individuellen Konto, das für alle beitragspflichtigen Versicherten geführt wird. Darin sind die für die Berechnung der ordentlichen Renten erforderlichen Angaben einzutragen (Art. 30ter Abs. 1 AHVG). Dazu gehören insbesondere das Beitragsjahr und die Beitragsdauer in Monaten sowie das Jahreseinkommen in Franken (vgl. Art. 140 Abs. 1 Bst. d f. AHVV; Rz. 2301 der Wegleitung über Versicherungsausweis und individuelles Konto [nachfolgend: WL VA/IK] in der seit dem 1. Januar 2010 geltenden Fassung). Die Beitragsdauer entspricht bei Arbeitnehmern in der Regel der Dauer der Erwerbstätigkeit innerhalb eines Kalenderjahres, für die ein Lohn ausgerichtet wurde. Die Beitragsdauer wird mit den Zahlen derjenigen Monate eingetragen, in denen die dem aufzuzeichnenden Einkommen entsprechende Beitragsdauer begonnen und geendet hat (vgl. WL VA/IK Rz. 2316 f.).

8.2.4 Die Beitragsdauer ist vollständig, wenn eine Person gleich viele Beitragsjahre aufweist wie ihr Jahrgang (Art. 29ter Abs. 1 AHVG). Die Teilrente entspricht einem Bruchteil der gemäss den Art. 34-37 AHVG zu ermittelnden Vollrente. Bei der Berechnung des Bruchteils werden das Verhältnis zwischen den vollen Beitragsjahren des Versicherten zu denjenigen seines Jahrganges sowie die eingetretenen Veränderungen der Beitragsansätze berücksichtigt. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften über die Abstufung der Renten (Art. 38 AHVG). Die Teilrenten werden in Prozenten einer Vollrente, entsprechend dem Verhältnis zwischen den vollen Beitragsjahren der versicherten Person und denjenigen ihres Jahrgangs, abgestuft (vgl. Art. 52 AHVV). Das Bundesamt für Sozialversicherungen stellt verbindliche Rententabellen auf (Art. 53 Abs. 1, Satz 1 AHVV).

8.2.5 Für die Skalenbestimmung ist auf die vollen Beitragsjahre abzustellen (vgl. Art. 38 Abs. 2 AHVG).

8.3 Vorliegend ist insgesamt von 92 Monaten bzw. von 7 für die Skalenbestimmung massgeblichen ganzen Versicherungsjahren auszugehen (IV-act. 140). Da der Jahrgang des Beschwerdeführers (1972) im Jahre 2012 eine vollständige Versicherungsdauer von 19 Jahren aufweist, ist somit auf die Rentenskala 17 abzustützen. Danach besteht bei einem anrechenbaren durchschnittlichen

Jahreseinkommen von Fr. 38'904.- - der Beschwerdeführer verdiente in den versicherten 92 Monaten insgesamt Fr. 298'279.- (IV-act. 139 S. 2) - für eine ganze Invalidenrente ein Anspruch auf Fr. 658.- pro Monat (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV], Rententabellen 2011 AHV/IV, gültig ab 1. Januar 2011, S. 8, 11 und 72). Dieser Betrag gilt für die das Jahr 2012 betreffenden Renten. Im Jahre 2013 beträgt die Rente Fr. 664.- monatlich (vgl. BSV, Rententabellen 2013 AHV/IV, gültig ab 1. Januar 2013, S. 72). Für die Rentenhöhe in den darauffolgenden Jahren gilt Entsprechendes. Damit erweist sich die von der Vorinstanz berechnete Höhe der monatlichen Renten von Fr. 791.- im Jahre 2012 und Fr. 798.- im Jahre 2013 als unrichtig. Die Rentenhöhe ist von der Vorinstanz gemäss den vorstehenden Ausführungen neu zu bestimmen.

E. 9

Zusammenfassend ist festzustellen, dass aufgrund der vorliegenden medizinischen Stellungnahmen eine rechtskonforme Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit im Verlauf vom 21. März 1996 bis am 19. Januar 2012 nicht möglich ist. Sowohl die angefochtene Verfügung als auch die Wiedererwägungsverfügung beruhen in Bezug auf diesen Zeitraum auf einer lückenhaften medizinischen Aktenlage. Zudem ist die Höhe der ganzen Invalidenrente, welche dem Beschwerdeführer in der Wiedererwägungsverfügung rückwirkend ab dem 1. April 2012 zu Recht zugesprochen wurde, wie vorstehend in E. 8.3 ausgeführt auf der Basis des durchschnittlichen Jahreseinkommen von Fr. 38'904.- und der Rentenskala 17 neu zu bestimmen. Daher ist die angefochtene Verfügung vollständig sowie die Wiedererwägungsverfügung in Bezug auf den Rentenanspruch für die Zeit bis und mit 31. März 2012 und hinsichtlich der Rentenhöhe ab dem 1. April 2014 aufzuheben.

E. 10.1

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung hat das Gericht, das den Sachverhalt als ungenügend abgeklärt erachtet, die Wahl, die Sache zur weiteren Beweiserhebung an die Verwaltung zurückzuweisen oder selber die nötigen Instruktionen vorzunehmen. Bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit verletzt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung als solche weder den Untersuchungsgrundsatz noch das Gebot eines einfachen und raschen Verfahrens. Anders verhielte es sich nur dann, wenn die Rückweisung an die Verwaltung einer Verweigerung des gerichtlichen Rechtsschutzes gleichkäme (beispielsweise dann, wenn aufgrund besonderer Gegebenheiten nur ein Gerichtsgutachten bzw. andere gerichtliche Beweismassnahmen geeignet wären, zur Abklärung des Sachverhalts beizutragen, vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4), oder wenn die Rückweisung nach den konkreten Umständen als unverhältnismässig bezeichnet werden müsste (BGE 122 V 163 E. 1d). In casu sind keine Gründe ersichtlich, die der Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zwecks weiterer Abklärung entgegenstehen. Angesichts aller Umstände kann auf die vorgängige Einräumung des rechtlichen Gehörs verzichtet werden (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4 und Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-7988/2007 vom 27. Mai 2009 E. 2.4; SVR 1997 IV Nr. 104).

E. 10.2

Von der Verwaltung sind ergänzende, auf einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers basierende fachärztliche (namentlich psychiatrische) - vorzugsweise ergänzungsgutachterliche - Abklärungen vorzunehmen, die sich schlüssig und nachvollziehbar namentlich zur Entwicklung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in

leidensangepassten Tätigkeiten in der Zeit vom 21. März 1996 bis am 19. Januar 2012 zu äussern haben. Die behinderungsangepassten Tätigkeiten sind dabei näher zu beschreiben. Anschliessend an diese Gutachtensergänzung (vgl. hierzu BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4) ist von der Verwaltung hinsichtlich dieses Zeitraums über den Rentenanspruch neu zu verfügen.

E. 10.3

Rechnung zu tragen sein wird dabei auch der Tatsache, dass es sich bei dem chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5), welches die E. _____-Gutachter diagnostizierten (E. 6.12.5 hiervor), um ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbar ausreichende organische Grundlage handelt, dessen invalidisierender Charakter in rechtlicher Hinsicht nach den in BGE 130 V 352 entwickelten Kriterien zu beurteilen ist (vgl. etwa: Urteil des Bundesgerichts 9C_673/2012 vom 28. November 2012 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 11.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6), so dass dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Da aufgrund von Art. 63 Abs. 2 VwVG auch der unterliegenden Vorinstanz keine Verfahrenskosten auferlegt werden können, ist vorliegend auf die Erhebung von Verfahrenskosten zu verzichten.

E. 11.2

Dem unvertretenen Beschwerdeführer sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario, Art. 7 Abs. 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE; SR 173.320.2]). Die Vorinstanz hat nach Art. 7 Abs. 3 VGKE ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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