

BVGer C-2088/2013 vom 7. Mai 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-05-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2088_2013

FR: TAF C-2088/2013 du 7 mai 2015

IT: TAF C-2088/2013 del 7 maggio 2015

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach den Vorschriften des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32), des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021 [vgl. auch Art. 37 VGG]) sowie des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1 [vgl. auch Art. 3 Bst. dbis VwVG]).

E. 1.2

Gemäss Art. 31 VGG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen im Sinne von Art. 5 VwVG, sofern - wie vorliegend - keine Ausnahme nach Art. 32 VGG gegeben ist. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.3

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, sodass er im Sinne von Art. 59 ATSG beschwerdelegitimiert ist (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Da die Beschwerde im Übrigen unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes während Ostern frist- und formgerecht eingereicht wurde (Art. 38 Abs. 4 ATSG; Art. 60 ATSG; Art. 22a Abs. 1 VwVG; Art. 52 VwVG), ist darauf einzutreten.

E. 2.1

Anfechtungsobjekt bildet vorliegend die Verfügung der Vorinstanz vom 20. Februar 2013, mit welcher der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente verneint wurde (IV-act. 96; BVGer-act. 2). Strittig und zu prüfen ist insbesondere, ob die Vorinstanz den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

E. 2.2

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens können die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des

Entscheidungs gerügt werden (Art. 49 VwVG).

E. 2.3

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es 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. BGE 128 II 145 E. 1.2.2, 127 II 264 E. 1b).

E. 3.1

Der Beschwerdeführer besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft und wohnt in Deutschland, sodass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, im Folgenden: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG).

E. 3.2

Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

E. 3.3

Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

E. 3.4

Nach Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist die vom Träger eines Staates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Dies trifft im Verhältnis der Schweiz zu den einzelnen EU-Mitgliedstaaten nicht zu, weshalb die Frage des Anspruches auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften zu beurteilen ist (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 4.1

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1; 131 V 11 E. 1). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

E. 4.2

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 20. Februar 2013) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen grundsätzlich Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 9C_803/2009 vom 25. März 2010 E. 5).

E. 4.3

In materiell-rechtlicher Hinsicht ist auf jene Bestimmungen des IVG und der IVV (SR 831.201) respektive des ATSG und der ATSV (SR 830.11) abzustellen, die für die Beurteilung eines Rentenanspruchs jeweils relevant waren und in Kraft standen. Vorliegend ist der Anspruch auf eine Invalidenrente ab dem 1. Juli 2003 strittig, weshalb insbesondere das IVG in Kraft ab dem 1. Januar 1992 in der Fassung vom 22. März 1991 [3. IV-Revision; AS 1991 2377], ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [4. IV-Revision; AS 2003 3837], ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [5. IV-Revision; AS 2007 5129] und ab dem 1. Januar 2012 in der Fassung vom 18. März 2011 [6. IV-Revision; AS 2011 5659] mit den entsprechenden Fassungen der IVV [AS 1992 1251, 2003 3859, 2007 5155, 2011 5679] massgebend sind.

E. 5.1

Gemäss Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall. Art. 7 ATSG definiert die Erwerbsunfähigkeit als durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachten und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibenden ganzen oder teilweisen Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Arbeitsunfähigkeit ist die durch 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

Nach der bis Ende 2003 geltenden Rechtslage gehören zu den geistigen Gesundheitsschäden, welche in gleicher Weise wie die körperlichen eine Invalidität im Sinne von Art. 8 ATSG zu bewirken vermögen, neben den eigentlichen Geisteskrankheiten auch seelische Abwegigkeiten mit Krankheitswert. Gemäss der ab 2004 geltenden Rechtslage (4. IV-Revision) können neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden auch psychische Gesundheitsschäden eine Invalidität bewirken (Art. 8

i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1). Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozialpraktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2).

E. 5.3

Zur Annahme einer Invalidität nach Art. 8 ATSG ist - auch bei psychischen Erkrankungen - ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das klinische Beschwerdebild darf nicht einzig aus Beeinträchtigungen bestehen, welche von belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, sondern hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen, etwa eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, die in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden und in diesen aufgehen, liegt kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vor (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des BGer 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

E. 5.4

Eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme 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 unzumutbar machen, weil die versicherte Person 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 qualifizierte Kriterien, 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 innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent

durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 E. 2.2.2). 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 130 V 352 E. 2.2.3; 131 V 49 E. 1.2; SVR 2008 IV Nr. 23 S. 72 E. 2.1).

E. 6.1

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 geltenden Fassung) bzw. Art. 28 Abs. 2 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Laut Art. 28 Abs. 1ter IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 geltenden Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) 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. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

E. 6.2

Nach den Vorschriften der 4. IV-Revision entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b IVG in der von 2004 bis Ende 2007 geltenden Fassung). Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c). 7.1 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 ist es, 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 versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4). 7.2 Einem Arztbericht kommt Beweiswert zu, wenn 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen,

nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; 123 V 331 E. 1c; zur Beweiskraft von Stellungnahmen der Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) vgl. Urteil des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4; BGE 137 V 210 E. 1.2.1).

E. 8.1

Die Vorinstanz stützte sich beim Erlass der angefochtenen Verfügung auf das - in Folge der Rückweisung durch das Bundesverwaltungsgericht eingeholte - polydisziplinäre Gutachten der D._____ vom 28. November 2011 (IV-act. 75). Der Beschwerdeführer bringt vor, auf das Gutachten sei nicht abzustellen, da es den Auftrag des Bundesverwaltungsgerichts ungenügend umgesetzt habe.

E. 8.2

Das Bundesverwaltungsgericht hielt im Urteil C-3202/2009 vom 3. März 2011 fest, ein allfälliger Rentenanspruch des Beschwerdeführers könne gestützt auf die medizinischen Vorakten nicht rechtsgenügend beurteilt werden. Im Zusammenhang mit der somatoformen Schmerzstörung sei das Vorliegen einer psychischen Komorbidität zu prüfen. Insbesondere stehe vor dem Hintergrund des gesamten Krankheitsverlaufs nicht fest, ob eine parallel zur somatoformen Schmerzstörung herausgebildete rezidivierende depressive Erkrankung bestehe. Sodann sei zu klären, ob die in den Berichten der Tagesklinik E._____ vom 20. Mai 2008 und 25. Februar 2009 gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung zutrefte und ob diese tatsächlich bereits seit 1999 bestehe. Schliesslich sei Beginn und Ausmass der - im zweiten Gutachten von Dr. F._____ attestierten - Verschlechterung des Gesundheitszustandes unklar (E. 3.4 ff.). Ausgehend von diesen Unklarheiten und unter Berücksichtigung der übrigen medizinischen Akten ist das D._____-Gutachten einer umfassenden Würdigung zu unterziehen.

E. 8.3

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stellte sich zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 20. Februar 2013 aufgrund der Akten wie folgt dar: - Bericht Rehabilitationsklinik G._____ vom 20. August 2002 an Dr. med. H._____ (IV-act. 7 S. 13 ff.), Diagnosen: Cervicovertebralsyndrom bei Discopathie C5/6 und basilärer Impression (ICD-10: M 50.3, Q 75.8); Ausschluss radikuläres Kompressionssyndrom; anteilige somatoforme Schmerzstörung bei beginnender hypochondrisch-depressiver Entwicklung (F 45.4, F 68.0). Der Beschwerdeführer sei wegen am Arbeitsplatz ausgelöster, ambulant therapieresistenter Nacken- und Schulterschmerzen stationär eingewiesen worden. Die Klagsamkeit habe einen hohen, auf die Arbeitsplatzthematik zentrierten Anteil. Es bestehe eine auffällige Diskrepanz zwischen Klagsamkeit und Krankenschreibungsdauer einerseits sowie klinischen/ radiologischen Befunden andererseits. Aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit; - Bericht Universitätsklinik I._____ vom 6. Mai 2003 an Dr. H._____ (IV-act. 7 S. 17 f.), Diagnose: Chronische Zervikocephalgie

(ICD-10: M 54.2); - Bericht Dr. med. J._____, Facharzt für Innere Medizin, vom 25. November 2003 im Auftrag der Krankenkasse (IV-act. 7 S. 3 ff.), Diagnose: Ausgeprägtes chronisches Schmerzsyndrom und vom Patienten reaktiv darauf zurückgeführte schwere depressive Entwicklung; möglicherweise gingen die Schmerzen auf eine bisher nicht erfasste somatische Ursache zurück. Bis zum Abschluss einer erneuten somatischen Abklärung sei der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsunfähig, die weitere Arbeitsfähigkeit müsse sodann psychiatrisch definiert werden; - Bericht Dr. med. H._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, an die IV-Stelle B._____ vom 8. Dezember 2003 (IV-act. 7 S. 1 f.), Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Beschwerden im Sinne eines Zervikovertebralsyndroms bei Diskopathie C5 und basilärer Impression; somatoforme chronische Schmerzstörung (ICD-10: M 50.3, Q 75.8, F 45.4, F 68.0); Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Hypochondrische depressive Entwicklung, bestehend seit einem Jahr. Die Prognose werde eher schlecht eingeschätzt, worauf auch die bisherige Unfähigkeit des Beschwerdeführers, eine Änderung im Krankheitsbild herbeizuführen, hinweise. Aggravation und Simulation seien nicht festgestellt worden. Bis auf Weiteres liege eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vor; - Bericht Dr. med. K._____, Facharzt für Innere Medizin, an die IV-Stelle B._____ vom 18. Dezember 2003 (IV-act. 9), Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Cervikobrachialgie bei Diskusprolaps; Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Reaktive Depression. Seit 9. Juli 2003 liege eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vor; - Bericht Klinik L._____, Fachklinik für Internistische und Orthopädische Rehabilitation, an Dr. H._____ vom 12. Januar 2004 (IV-act. 22 S. 6 ff.), Diagnosen: Reaktive depressive Entwicklung (depressive Verarbeitung organischer Schmerzen, ICD-10: F 32.9); rechtsbetontes Zervikobrachial-Syndrom mit schmerz-hafter Bewegungseinschränkung der HWS und des rechten Armes (M 53.1); chronisches Lumbalsyndrom (M 54.5); chronische Zervikozephalgie (M 53.0). Befund: Ausgeprägte depressive Verstimmung, Hoffnungslosigkeit, Kreisen um Versagen und Zukunftsängste. Der Beschwerdeführer habe durch die langandauernde Arbeitslosigkeit Minderwertigkeitsgefühle entwickelt, da er seine angestammte Rolle als Ernährer der Familie nicht mehr wahrnehmen könne, was zu Stimmungswechseln zwischen Aggressivität und Depression führe. Derzeit bestehe aus neuropsychiatrischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit; - Bericht M._____, Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie, an Dr. H._____ vom 22. Juli 2004 (IV-act. 22 S. 15 ff.), Diagnosen: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4); rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F 33.1). Befund: Vermindert affektiv schwingungsfähig, gereizt, klagsam; das Denken scheine auf die fehlende Arbeits- und Heilungsperspektive eingeengt; keine Sinnestäuschungen, Ich-Störungen oder Suizidalität. An den Therapien habe der Beschwerdeführer mässig motiviert teilgenommen; es sei ihm kaum möglich gewesen, Vorschläge zur Änderung seiner Situation zu akzeptieren und eine Umsetzung zu versuchen; - Gutachten Dr. med. N._____, Facharzt für Rheumatologie, vom 19. August 2005 (IV-act. 13), Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Chronisches tendomyotisches Panvertebralsyndrom (ICD-10: M 54.8); Periarthropathia humero-scapularis (M 75.1); mittelschwere bis schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F 32.1 - F 32.2), evtl. im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung (F 43.1). Der Beschwerdeführer habe von dem Konflikt an seinem letzten Arbeitsplatz, Zukunftssorgen und einem 1999 in der Türkei erlebten Erdbeben berichtet, nach welchem seine wesentlichen Schmerzen aufgetreten seien. Im Vordergrund stehe ein schwerer depressiver Zustand mit Freudlosigkeit und

Teilnahmslosigkeit; das wiederholte Erleben des Erdbebens spreche für eine posttraumatische Belastungsstörung. Wegen der Schmerzchronifizierung, psychischen Problematik und sozialen Belastungssituation sei mit einer schlechten Prognose zu rechnen. Aus rheumatologischer Sicht sei die bisherige Tätigkeit unzumutbar, in einer Verweistätigkeit jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben; aus psychischen Gründen bestehe eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seit 9. Juli 2003, wobei es fraglich sei, ob diese 100% betrage oder dem Beschwerdeführer nicht doch die nötige Willenskraft zugemutet werden könne, um 50% zu arbeiten; - Bericht Klinik C. _____ an Dr. H. _____ vom 13. Oktober 2005 (IV-act. 22 S. 18 ff.), Diagnosen: Diskusprolaps LWK 4/5 intraforaminal rechts mit möglicher Wurzelkompression L4 (ICD-10: M 51.1, G 55.1); anhaltende somatoforme Schmerzstörung (L 45.4); mittelgradige depressive Episode (F 33.1). Der Beschwerdeführer habe eine langjährige Überforderung seines psychischen Integrationsvermögens, ein ausgeprägtes Ohnmachtserleben bei Entwurzelungsproblematik sowie eine familiäre Konfliktsituation geschildert; - Gutachten Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie, vom 17. Januar 2006 (IV-act. 15), Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4). Die leichten, in den Akten teilweise als mittelgradig beschriebenen depressiven Verstimmungen seien im Rahmen der Schmerzstörung zu sehen und genügten nicht, um eine eigenständige Depression diagnostizieren zu können. Suizidgedanken oder schwere depressive Verstimmungen lägen nicht vor, ebensowenig könne aufgrund des erlebten Erdbebens die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt werden. Die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers als arbeitsunfähig könne aufgrund der psychiatrischen Befunde nicht objektiviert werden, sondern sei auf den passiven Umgang des Beschwerdeführers mit seinen Beschwerden, der ausgeprägten Krankheitsüberzeugung sowie die Fixierung auf die Opferrolle zurückzuführen. Dies stelle jedoch ebensowenig wie die mangelnde Motivation, etwas an seinem Gesundheitszustand zu ändern, eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit dar. Somit bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen oder in einer Verweistätigkeit; aus somatischer Sicht sei dem Beschwerdeführer eine adaptierte Tätigkeit zuzumuten; - Bericht Klinik O. _____ vom 7. April 2006 (IV-act. 22 S. 22 ff.), Diagnosen: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode; anhaltende somatoforme Schmerzstörung; Spannungskopfschmerz; Zervikobrachial-Syndrom; lumbale Diskopathie. Eine posttraumatische Belastungsstörung aufgrund des 1999 erlebten Erdbebens habe aufgrund der Symptomatik und der Angaben des Beschwerdeführers ausgeschlossen werden können. Der Beschwerdeführer habe die durch den Arbeitsplatzverlust ausgelösten familiären Konflikte und seine Überzeugung, nie wieder arbeiten zu können, thematisiert. Er sei in arbeitsunfähigem Zustand entlassen worden, bei weiterer ambulanter Behandlung sei aber eine baldige Besserung der Gesundheitssymptomatik zu erwarten, sodass bei guter Prognose eine teilweise Arbeitstätigkeit in angepassten Tätigkeit möglich sei; - Bericht Universitätsklinik I. _____, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vom 6. November 2007 (IV-act. 27 S. 16 ff.), Diagnosen: Schwere depressive Episode bei rezidivierender Störung (ICD-10: F 33.2); anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45.4); Trauerreaktion bei Anpassungsstörung (F 43.2) nach Suizid der 19-jährigen Tochter im Juli 2007. Befund: Denken eingengt auf den Suizid der Tochter; Freud-, Interessen- und Hoffnungslosigkeit, Rückzug, Verzweiflung, Insuffizienzerleben und Schuldgefühle; keine Suizidgedanken, Denk- oder

Ichstörungen. Im Verlauf der Behandlung habe sich die depressive Symptomatik insgesamt rückläufig gezeigt, jedoch seien die ärztliche Beurteilung und die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers erheblich voneinander abgewichen. Der Beschwerdeführer habe bislang nur wenige alternative Strategien zur Verarbeitung seiner Probleme denn die Somatisierung gefunden, habe aber immerhin die Absicht geäußert, weiter kämpfen und sich vermehrt in die Familie einbringen zu wollen; - Bericht Dr. H. _____ vom 21. Dezember 2007 (IV-act. 37 S. 13), Diagnose: Somatoforme Schmerzstörung; am Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich nichts geändert; - Berichte psychiatrische Tagesklinik E. _____ vom 19. Mai 2008 an Dr. H. _____ (IV-act. 37 S. 14 ff.) und vom 20. Mai 2008 an die IV-Stelle B. _____ (IV-act. 33), Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F 43.1); rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (F 33.2); anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45.4); Cervicobrachialgie; chronische Lumboischialgie. Das Schmerzsyndrom habe 1997 begonnen, sei durch ein 1999 erlebtes Erdbeben und spätere Arbeitsplatzkonflikte verstärkt worden. Nach dem Suizid seiner Tochter sei es zu einer starken Zunahme des depressiven Symptoms mit massiven Schuld- und Insuffizienzgefühlen, ausgeprägter Antriebsstörung mit Interesseverlust und Freudlosigkeit sowie Lebensüberdruß (jedoch ohne akute Suizidalität) gekommen. Zudem leide der Beschwerdeführer an einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die zunächst beklagten Erinnerungen an das Erdbeben seien im Laufe der Behandlung durch die Schwerpunktbildung auf den Suizid der Tochter in den Hintergrund getreten. Es sei zu einer leichten Besserung gekommen, jedoch nicht im Sinne einer Teilarbeitsfähigkeit. Durch die Dauer und Komplexität der Erkrankung bestehe bis auf Weiteres eine 100%-ige (recte:) Arbeitsunfähigkeit; - Bericht Dr. H. _____ vom 10. Juni 2008 (IV-act. 37 S. 12), Diagnose: somatoforme Schmerzstörung auf dem Boden einer Persönlichkeitsstörung. Der Suizid der Tochter habe beim Beschwerdeführer eine heftige Trauer ausgelöst und seine Beschwerden seien zunehmend als Ausdruck der Unmöglichkeit einer adäquaten Trauerarbeit zu werten; - Gutachten Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie, vom 22. September 2008 (IV-act. 37 S. 1 ff.), Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F 33.1); anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45.4). Zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung 2006 habe es keine Hinweise auf eine depressive Störung gegeben. Der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich nach dem Suizid seiner Tochter im Juli 2007 verschlechtert; er sei in eine schwere depressive Krise geraten und während Monaten stationär psychiatrisch behandelt worden. Die somatoforme Schmerzstörung sei seit Jahren weitgehend therapieresistent. Der Beschwerdeführer sei innerlich von seiner Arbeitsunfähigkeit überzeugt und begründe diese mit seinen Schmerzen. Er sei nach wie vor depressiv, eine schwere depressive Störung liege jedoch nicht mehr vor; auch die Suizidalität habe sich vollständig zurückgebildet. Trotz eines gewissen sozialen Rückzuges habe der Beschwerdeführer Kontakte zu Familie und Kollegen und sei zu Alltagsaktivitäten in der Lage, sodass keine schwere Antriebshemmung vorliege. Eine posttraumatische Belastungsstörung sei ebensowenig gegeben. Von Juli 2007 bis Mai 2008 habe wegen der durch den Suizid der Tochter ausgelösten schweren depressiven Krise eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden; ab Juni 2008 könne dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit zugemutet werden; vor Juli 2007 habe mangels diagnostizierbarer depressiver Störung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

bestanden; - Bericht von Dr. med. P. _____ vom 27. Januar 2009 (IV-act. 43 S. 4), Diagnosen: Posttraumatische Belastungsstörung; rezidivierende depressive Episoden mit Dekompensation nach Suizid der Tochter; anhaltende somatoforme Schmerzstörung; chronische Cervicobrachialgie; Steilstellung C3-C6; Spondylose; Uncovertebralarthrose im HWS-Bereich; Diskusprotrusion C4/C5; chronische Lumboischialgie; Diskopathie L3/L4; Bandscheibenprotrusion L5/S1 und Retrospondylose; Osteochondrose und Protrusion L4/L5; paravertebrale Tendomyopathie; Refluxoesophagitis bei Hiatushernie. Infolge langjähriger persistierender Depressiven- und Schmerzsymptomatik mit erheblicher Verschlechterung nach dem Tod der Tochter sowie folgender sozialer Regression sei mit einer Arbeitsunfähigkeit auf Dauer zu rechnen; - Stellungnahme der Tagesklinik E. _____ vom 25. Februar 2009 zum Gutachten vom 22. September 2008 von Dr. F. _____ (IV-act. 48), Diagnosen: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F 33.2); anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45.4); posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1); Cervicobrachialgie; chronische Lumboischialgie. Vor dem Hintergrund des gesamten Krankheitsverlaufs ab 2004 müsse von einer parallel zur somatoformen Schmerzstörung ablaufenden rezidivierenden depressiven Erkrankung ausgegangen werden. Nach dem Suizid der Tochter habe der Beschwerdeführer ein schweres depressives Syndrom mit massiven Schuld- und Insuffizienzgefühlen, ausgeprägter Antriebsstörung, Interesseverlust, Freudlosigkeit, Lebensüberdruß sowie typische Symptome mit Intrusionen und Vermeidungsstrategien traumatischer Stimuli entwickelt, sodass zu den Depressionen eine posttraumatische Belastungsstörung hinzugekommen sei. Trotz langjähriger Behandlung seien die Symptome dermassen ausgeprägt, dass bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100% seit 2003 bestehe; - Stellungnahme Dr. F. _____ vom 23. Oktober 2009 (IV-act. 58): Bei der ersten Untersuchung des Beschwerdeführers habe er lediglich eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert und die gelegentlich auftretenden leichten depressiven Verstimmungen im Rahmen dieser Störung betrachtet; die Schilderungen des Alltagsablaufes hätten nicht auf eine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende psychiatrische Störung schliessen lassen. Bei der zweiten Untersuchung im September 2008 nach dem Suizid der Tochter sei der Beschwerdeführer depressiv gewesen, sodass die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung und einer somatoformen Schmerzstörung gestellt und eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit ab Juni 2008 attestiert worden sei; eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine schwere depressive Störung hätten nicht diagnostiziert werden können. Es gebe keine Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer vor Januar 2006 während längerer Zeit an einer mittelgradigen oder schweren depressiven Störung gelitten hätte; - Berichte Dr. H. _____ vom 7. Januar 2009, 20. Februar 2009, 25. Juni 2009 und 27. Juli 2009 (IV-act. 75 S. 72 ff.): Gleichbleibende Diagnose der somatoformen Schmerzstörung. Aggravation oder Simulation lägen nicht vor. Der Beschwerdeführer habe das Arbeitshemmnis bisher aus eigener Kraft nicht überwinden können; trotz intensiven Therapien und stationären Massnahmen habe sich keine Veränderung des Schmerzsyndroms ergeben. Weiterführende stationäre Massnahmen dürften wie die vorausgegangenen erfolglos sein, sodass von einem Dauerzustand auszugehen sei; - Bericht Klinik C. _____ an Dr. P. _____ vom 29. Januar 2010 (IV-act. 75 S. 2 ff.), Diagnosen: Bandscheibenvorfall in Höhe LWK 4/5 mit Fussheberparese bei Wurzelkompression L5 und Lumboischialgien rechts; rezidivierende depressive Episode; somatoforme Schmerzstörung; - Bericht Tagesklinik E. _____ an Dr. P. _____ vom 19. August 2011 (IV-act. 75 S. 76), Diagnosen: schwere anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10:

45.4); rezidivierende depressive Störung, gegenwärtige leichte bis mittelgradige depressive Episode (F 33.1); posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1); Cervicobrachialgie; chronische Lumboischialgie. Es liege weiterhin ein schwerer chronischer Verlauf mit deutlicher Zunahme der Schmerzen und der depressiven Symptomatik nach Belastungssituationen und Konflikten vor.

E. 8.4

Das D. _____-Gutachten vom 28. November 2011 (IV-act. 75) beinhaltet ein orthopädisches Hauptgutachten sowie drei Teilgutachten auf den Gebieten der Psychiatrie, der Neurologie sowie der Inneren Medizin.

E. 8.5

Das von Dr. med. Q. _____ erstellte orthopädische Hauptgutachten hielt ein somatisch nur teilweise und allenfalls funktionell erklärbares panvertebrales Schmerzsyndrom mit Dominanz der rechten Körperseite fest. Im Bereich des Bewegungsapparates seien keine gravierenden organ-pathologischen Befunde auszumachen. Eine bewegungsaktive Tagesgestaltung gegenüber dem derzeit vorherrschenden passiv abwartenden Verhalten sei empfehlenswert. Aus orthopädischer Sicht bestehe eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit für leichte und mittelschwere rückenadaptierte Tätigkeiten (IV-act. 75 S. 26 ff.).

E. 8.6

Dr. med. R. _____ diagnostizierte im neurologischen Teilgutachten episodischen Spannungskopfschmerz, ein lumbospondylogenes und lum-bodiskogenes Syndrom ohne verifizierbare sensomotorische Ausfallsymptomatik rechts sowie ein unspezifisches Zervikalsyndrom und Schulter-Arm-Schmerzsyndrom nicht neurogener Ursache mit funktionellem Thoracic-outlet-Syndrom rechts. Für die Bewertung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit verwies er betreffend das muskuloskeletale System auf das orthopädische Gutachten und hielt fest, dass aus neurologischer Perspektive lediglich längere Tätigkeiten in Überkopfhaltung zu vermeiden seien, wobei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Service hinsichtlich der Nacken- und Armbeschwerden als angepasst zu werten sei. In einer Verweistätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht uneingeschränkt auch retrospektiv gegeben (IV-act. 75 S. 58 ff.).

E. 8.7

Im internistischen Teilgutachten wurden keine die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen oder einer Verweistätigkeit beeinträchtigen Diagnosen gestellt; als Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit wurden ein hyperazider Reizmagen sowie Nikotinabusus festgehalten (IV-act. 75 S. 67 ff.).

E. 8.8

Dr. S. _____ hielt im psychiatrischen Teilgutachten fest, der Beschwerdeführer habe ausgeführt, er habe während 22 Jahren als Kellner [...] gearbeitet. Er habe ausführlich von Einsparungsmassnahmen des Arbeitgebers erzählt, die zu Stress, Überforderung und Frustration geführt hätten. Im Zuge dieser Situation seien anhaltende Schmerzen am ganzen Körper aufgetreten. Seit der Kündigung im Jahr 2003 sei keine Integration mehr ins Erwerbsleben erfolgt. Er leide darunter, seine Familie finanziell nicht versorgen zu können, sehe sich aber wegen seiner gesundheitlichen Beschwerden, seiner fehlenden Bildung und Deutschkenntnisse nicht in der Lage, eine Tätigkeit auszuüben. Sein seelischer Zustand habe sich nach dem Suizid der damals 19-jährigen Tochter im Jahr 2007 verschlechtert. Er

leide an Zukunftsängsten, schlafe schlecht und habe ein schlechtes Verhältnis zu seiner Familie. Über die Hintergründe des Suizids habe der Beschwerdeführer keine Angaben machen können und nicht darüber sprechen wollen, was die Gutachterin akzeptiert habe. Den Tagesablauf habe der Beschwerdeführer wie folgt geschildert: Morgens stehe er regelmässig auf, um seine jüngste Tochter für die Schule vorzubereiten. Er begleite sie oft auf dem Schulweg und bereite das Mittagessen für sie zu, wenn sie mittags von der Schule nach Hause komme. Tagsüber lege er sich oft hin oder sitze auf dem Balkon, gehe spazieren, treffe selten einmal Bekannte im Café, um Karten zu spielen. An der Hausarbeit beteiligte er sich kaum, diese werde von seiner Ehefrau und den Töchtern erledigt. Besondere Freizeitbeschäftigungen habe er nicht. Mit der Familie unternehme er kaum etwas. Nach den Ausführungen des Beschwerdeführers werde eine langjährige, zeitweise auch verdrängte Konfliktsituation mit chronischer Überlastung und Überforderung, gepaart mit Entwurzelungssymptomatik und Integrationsschwierigkeiten (der Beschwerdeführer stammt ursprünglich aus der Osttürkei und emigrierte 1982 nach Deutschland) deutlich. Aufgrund eines langjährigen Arbeitsplatzkonfliktes habe der Beschwerdeführer multilokuläre Schmerzen entwickelt, für die sich in den Folgejahren kein organopathologisches Substrat gefunden habe. Nach andauernder Arbeitslosigkeit hätten sich die sozialen Konflikte insbesondere im innerfamiliären Bereich verstärkt. Die bereits im Jahr 2002 diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung ziehe sich durch sämtliche medizinischen Berichte, sei unbestritten und könne gutachterlich bestätigt werden. Eine invalidisierende Bedeutung komme dieser allein jedoch nicht zu. Die in den medizinischen Vorakten mehrfach gestellte Diagnose einer parallel zur Schmerzstörung entwickelten rezidivierenden depressiven Störung konnte die Gutachterin ebensowenig bestätigen wie diejenige einer posttraumatischen Belastungsstörung. Es habe sich teilweise um fachfremde Beurteilungen gehandelt. In den Berichten würden grösstenteils invaliditätsfremde, soziale Faktoren - Arbeitsplatzkonflikt, Entwurzelungsproblematik, innerfamiliäre Spannungen - thematisiert und als Auslöser der Depression genannt. Die mit dem Arbeitsplatzkonflikt aufgekommene Verstimmtheit, Resignation, Enttäuschung und Wut seien jedoch von einer eigenständigen psychiatrischen Morbidität zu trennen. Es fehlten Nachweise spezifischer Psychopathologika einer eigenständigen affektiven Erkrankung. Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung hätten weder in der Anamnese, der Symptomatik noch im Befund evaluiert werden können. Der biographische, krankheitsgeschichtliche und soziale Verlauf widersprächen einer derart schweren Störung nachhaltig. Vielmehr sei bis zum Suizid der Tochter eine somatoforme Schmerzstörung mit einer typischen Phänomenologie und möglicherweise auch teilbewussten Konfliktodynamik begleitet von dysphorischen, reaktiv depressiven Verstimmtheiten vorgelegen. Danach habe sich eine Änderung im psychischen Beschwerdebild eingestellt. Im weiteren Verlauf sei es jedoch wieder zu einer leichten Stabilisierung gekommen. Akute Suizidgedanken würden nicht mehr auftreten; der Beschwerdeführer sei in die Erziehung der jüngsten Tochter eingebunden, womit er Verantwortung übernehme und sozial nicht völlig isoliert sei. Er fahre selbständig Auto und unternehme mit seiner Familie regelmässig Flugreisen zum Grab der verstorbenen Tochter in der Türkei. Im psychischen Befund zeigten sich Einschränkungen der Antriebsbildung, Affektivität und des Ich-Empfindens, während grössere affektive Einschränkungen, formale Denkstörungen oder psychomotorische Auffälligkeiten nicht nachweisbar seien. Es sei von einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode auszugehen. Zusammen mit der somatoformen Schmerzstörung, welche sich unverändert darstelle, ergebe sich eine Summation der psychischen

Beeinträchtigung, welche jedoch insgesamt aufgrund des psychischen Befundes als nicht sehr ausgeprägt zu werten sei. Im aktuell erhobenen psychischen Befund zeigten sich gute Ressourcen des Beschwerdeführers, um mit ausreichender Willensanspannung seine Beschwerden zu überwinden. In Übereinstimmung mit der Einschätzung von Dr. F._____ vom 22. September 2008 sei von Juli 2007 bis Mai 2008 von einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit und ab Juni 2008 von einer 50%-igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Aufgrund der verbesserten psychischen Situation, welche auf das Begutachtungsdatum festgelegt werde, könne dem Beschwerdeführer nunmehr eine Arbeitsunfähigkeit von 30% in seiner bisherigen und in einer Verweistätigkeit attestiert werden.

E. 8.9

Als Synthesis der Teilgutachten hielt das D._____ -Gutachten folgende Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) fest: - somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4) - leichte bis mittelgradige depressive Episode, chronifiziert nach verlängerter Trauerreaktion (F 32.0). Zudem wurden folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: - Panvertebrales Schmerzsyndrom mit funktioneller Dominanz der rechten Körperseite mit/ bei a) rumpfmuskulärem Globaldefizit als Folge einer Langzeitdeconditionierung b) altersassoziierten und altersphysiologischen Aufbrauchbefunden c) lumbodiskogenem Syndrom ohne verifizierbare sensomotorische Ausfallsymptomatik, fraglich mit zeitweiliger Wurzelreizsymptomatik rechts, am 29.01.2010 CT-gesicherte DH L4/5 mit seinerzeit bestätigter L5-Wurzelkompression, derzeit klinisch vollständig unauffällig d) unspezifischem Zervikalsyndrom und Schulter-Arm-Schmerz nicht primär neurogener Ursache mit funktionellem Thoracic-outlet-Syndrom rechts - Episodischer Spannungskopfschmerz - Anamnestisch hyperazider Reizmagen - Nikotinabusus. In der bisherigen Tätigkeit habe aus somatischer Sicht (orthopädisch, neurologisch, internistisch) weder retrospektiv noch aktuell eine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen oder einer Verweistätigkeit bestanden und sei der Beschwerdeführer für alle leichten bis mittelschweren rückenadaptierten Tätigkeiten geeignet. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in Folge des Suizides seiner Tochter vorübergehend von Juli 2007 bis Mai 2008 zu 100% arbeitsunfähig gewesen. Vor diesem Datum habe auch aus psychiatrischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab Juni 2008 habe eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Spätestens seit dem Datum der psychiatrischen Abklärung vom 13. September 2011 bestehe in der bisherigen Tätigkeit wie in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70%.

E. 9

Nachfolgend sind die Rügen des Beschwerdeführers zum D._____ -Gutachten im Einzelnen zu prüfen.

E. 9.1

Der Beschwerdeführer bringt zunächst vor, das orthopädische Hauptgutachten lege nicht überzeugend dar, weshalb die bisherige Tätigkeit als Kellner entgegen den früheren Verfügungen der Vorinstanz zumutbar sein soll. Dies trifft jedoch nicht zu. Das Hauptgutachten hält diesbezüglich fest, dass keine gravierenden organ-pathologischen Befunde im Bewegungsapparat auszumachen seien und der Beschwerdeführer in der Lage sei, leichte und mittelschwere rückenadaptierte Tätigkeiten zu verrichten, wobei die Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu einem altersgleichen gesunden Mann zu 100% zumutbar

sei (IV-act. 75 S. 31). Das neurologische Teilgutachten hält wiederum fest, die Arbeitsfähigkeit sei nicht beeinträchtigt, solange nicht Tätigkeiten ausgeführt werden, die schwer hebende/ tragende Betätigungen des rechten Armes erfordern oder in Überkopfhaltung durchgeführt werden müssen, wobei die bisherige Tätigkeit in Bezug auf die Nacken- und Armbeschwerden als angepasst zu werten sei (IV-act. 75 S. 63). Als Synthese aller Teilgutachten wurde festgehalten, dass die bisherige Tätigkeit als Kellner wie auch eine Verweistätigkeit dem Beschwerdeführer zumutbar sei und lediglich in psychiatrischer Hinsicht eine Beeinträchtigung resultiere, was zu einer Arbeitsfähigkeit von 70% ab 13. September 2011 führe (IV-act. 75 S. 34 ff). Dieses Ergebnis ist nicht zu beanstanden, zumal das orthopädische Gutachten sorgfältig begründet und in Berücksichtigung der medizinischen Berichte und Röntgenaufnahmen erstellt wurde.

E. 9.2

Der Beschwerdeführer rügt sodann, im psychiatrischen Teilgutachten werde dem Beschwerdeführer im Zeitraum vor dem Suizid seiner Tochter keine eigenständige Depression attestiert. Die Gutachterin habe die medizinischen Vorakten selektiv gewertet und die darin erhobenen depressionsrelevanten Befunde verschwiegen. Dem kann nicht gefolgt werden. In ihrer sehr ausführlichen (IV-act. 75 S. 48-55) Auseinandersetzung mit den Vorakten unterzieht die Gutachterin sämtliche relevanten medizinischen Berichte einer sorgfältigen und eingehenden Würdigung. Von einer selektiven Wertung oder dem Verschweigen depressionsrelevanter Befunde kann nicht die Rede sein. Vielmehr begründet die Gutachterin bei jedem Bericht in nachvollziehbarer Weise, inwiefern sie die diagnostische Einschätzung teilt oder aufgrund ihrer eigenen Begutachtung zu einem anderen Ergebnis kommt. Insbesondere überzeugt die Feststellung der Gutachterin, wonach in vielen Berichten grösstenteils invaliditätsfremde, soziale Faktoren zur Erklärung der Beschwerden herangezogen würden. Es trifft zu, dass der Arbeitsplatzkonflikt, die Entwurzelungsproblematik, die Fixierung des Beschwerdeführers auf seine Opferrolle und die innerfamiliären Spannungen bei nahezu sämtlichen medizinischen Berichten im Vordergrund stehen. Derartige soziokulturelle Belastungsfaktoren, die sich in Form von Depressionen, Lust und Freudlosigkeit und pessimistischen Gedanken ausdrücken, bilden jedoch keine invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigungen (BGE 127 V 294 E. 5; 107 V 17 E. 2c; Urteil des BGer 9C_437/2012 vom 6. November 2012 E. 3.4). Invalidität wird erst angenommen, wenn von den soziokulturellen Elementen unterscheidbare psychiatrisch belegte Befunde vorliegen. Die Gutachterin vermochte nachvollziehbar zu begründen, dass keine eigenständige affektive Erkrankung vorlag und die depressiven Verstimmungen als Bestandteil der somatoformen Schmerzstörung zu betrachten sind. Soweit die Depression im Zusammenhang mit der somatoformen Störung steht, stellt sie kein verselbständigtes Leiden im Sinne einer psychischen Komorbidität dar (Urteil des BGer I 203/06 vom 28. Dezember 2006 E. 4.1; BGE 130 V 358 E. 3.3.1).

E. 9.3

Gegenteiliges kann der Beschwerdeführer entgegen seiner Ansicht auch nicht aus dem Urteil C-3202/2009 vom 11. März 2011 ableiten. In diesem wurde die Diagnose einer parallel zur somatoformen Schmerzstörung entwickelten rezidivierenden depressiven Störung oder posttraumatischen Belastungsstörung aufgrund der Akten keineswegs als wahrscheinlich erachtet. Im Gegenteil wurde mit Hinweis auf die fehlende Beweiskraft der medizinischen Vorakten festgehalten, dass das Vorliegen einer psychischen Komorbidität nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden könne und durch

weitergehende medizinische Abklärungen zu beantworten sei (E. 3.4.5; E. 3.5). Somit kann sich der Beschwerdeführer zur Erhärtung seiner Position auch nicht auf die medizinischen Vorakten und die davon abweichende Position der Gutachterin stützen, erfolgte doch die Rückweisung an die Vorinstanz zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung gerade aus dem Grund, dass diese keine zuverlässige Beurteilung des Gesundheitszustandes erlaubten.

E. 9.4

Des Weiteren rügt der Beschwerdeführer, dass die Gutachterin das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung in Folge des 1999 erlebten Erdbebens wie auch des Suizids der Tochter verneint habe. So weise die Weigerung des Beschwerdeführers, mit der Gutachterin über den Tod seiner Tochter zu sprechen, gerade auf das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung hin, da bei diesem Beschwerdebild die Konfrontationsvermeidung typisch sei. Die Gutachterin habe den Beschwerdeführer hierzu nicht befragt und ihn somit mangelhaft exploriert. Auch hierbei kann dem Beschwerdeführer nicht gefolgt werden. Die Gutachterin untersuchte das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung sowohl im Hinblick auf das 1999 erlebte Erdbeben als auch auf den Suizid der Tochter im Jahr 2007. Sie verneinte in nachvollziehbarer Weise das Vorliegen entsprechender Kriterien der ausserordentlich schweren Störung in der Anamnese, der Symptomatik und im Befund. Der Suizid der Tochter wurde im Gutachten ausführlich thematisiert, sodass der Vorwurf einer mangelhaften Exploration nicht bestätigt werden kann. Auch kann der Gutachterin die Tatsache, dass sie den Beschwerdeführer nicht zum Gespräch über den Verlust seiner Tochter drängte, nicht vorgeworfen werden. Dass der Suizid der Tochter beim Beschwerdeführer eine schwere Krise auslöste, ist unbestritten. Entsprechend hielt die Gutachterin eine vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit fest. Ein belastendes Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass, wie es die internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 unter dem Code F. 43.1 für die posttraumatische Belastungsstörung festhält, kann darin jedoch nicht erblickt werden. Das subjektiv empfundene traumatische Ausmass von Ereignissen, die keine aussergewöhnliche Katastrophe darstellen, ist nicht massgeblich für die Frage von Invalidenleistungen (Urteil des BGer I 203/06 vom 28. Dezember 2006 E. 4.2). Somit ist die Beurteilung der Gutachterin auch in diesem Punkt nicht zu beanstanden. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist sodann durchaus nachvollziehbar, dass der Verlust des eigenen Kindes eine vorübergehende schwere Krise auszulösen vermochte, ohne dass dadurch sogleich auf das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung zu schliessen wäre.

E. 9.5

Auch das weitere Vorbringen, wonach das Gutachten den Auftrag des Bundesverwaltungsgerichts zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung ungenügend umgesetzt habe, schlägt fehl. Indem die Gutachterin sich mit der Frage der psychischen Komorbidität auseinandersetzte, das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung oder posttraumatischen Belastungsstörung ausschloss und zum Schluss kam, dass sich nach dem Suizid der Tochter vorübergehend eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingestellt habe, setzte sie den Auftrag des Bundesverwaltungsgerichts zur ergänzenden Abklärung des ungenügend explorierten Sachverhaltes um.

E. 9.6

Der Beschwerdeführer vermag das psychiatrische Teilgutachten auch nicht mit Hinweis auf den von ihm eingereichten Bericht der psychiatrischen Klinik T. _____ vom 21. Januar 2013 (IV-act. 89) in Frage zu stellen. In diesem wurden die Diagnosen einer schweren depressiven Episode (ICD-10: F 33.2), Dysthymia (F 34.1) und andauernder Persönlichkeitsänderungen (F 62.0) gestellt. Zum Einen wurde der Bericht nach dem Datum der angefochtenen Verfügung erstellt und ist somit grundsätzlich im vorliegenden Verfahren nicht zu berücksichtigen (vgl. E. 4.2. hievor). Zum Anderen erfüllt der Bericht nicht die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Grundlage. Aufgrund der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten ist ein Bericht des behandelnden Arztes zudem mit Vorbehalt zu würdigen (Urteil des BGer 8C_189/2008 vom 4. Juni 2008 E. 5; BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Gleiches gilt auch für den unaufgefordert eingereichten Bericht der Klinik C. _____ vom 28. November 2013, in dem die Diagnosen einer beginnenden Coxarthrose, rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode, somatoformen Schmerzstörung und eines LWS-HWS-Syndroms bei Ausschluss eines radikulären Kompressionssyndroms gestellt wurden (BVGer-act. 8). Das D. _____-Gutachten wird durch die beiden Berichte nicht in Frage gestellt.

E. 9.7

Des Weiteren bringt der Beschwerdeführer vor, die von der Gutachterin festgestellte Verbesserung des Gesundheitszustandes sei nicht ausgewiesen. Auch dies ist unzutreffend. Die Gutachterin begründete die leichte Stabilisierung des Gesundheitszustandes nach dem Suizid der Tochter namentlich mit dem psychischen Befund, wonach grössere affektive Einschränkungen, formale Denkstörungen oder psychomotorische Auffälligkeiten nicht nachweisbar seien und keine akute Suizidalität mehr vorliege. Im Befund zeigten sich gute Ressourcen zur Überwindung der Beschwerden. Sodann verwies sie auf den Tagesablauf, der die Pflege sozialer Kontakte, namentlich die Betreuung des jüngsten Kindes und das Ausführen alltäglicher Aktivitäten beinhaltet. Die Begründung ist schlüssig und nachvollziehbar.

E. 9.8

Der Beschwerdeführer stellt sich sodann auf den Standpunkt, die somatoforme Schmerzstörung sei nicht überwindbar. Angesichts der medizinischen Akten müsse von einem seit 2006 versteigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren Verlauf des missglückten Umganges mit der Krankheit gesprochen werden. Zudem sei den Akten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer zunehmend ein regressives Verhalten zeige, Hausarbeit und Erziehung seiner Frau überlasse. Diverse Therapien hätten trotz guter Motivation des Beschwerdeführers keine Wirkung gezeigt. Die Unzumutbarkeit der Überwindung einer somatoformen Schmerzstörung ist nach ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung nur ausnahmsweise und bei Vorliegen bestimmter Kriterien anzunehmen (vgl. E. 5.4 hievor). So wird zunächst das Vorliegen einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere und Dauer vorausgesetzt, welche vorliegend aufgrund des psychiatrischen Gutachtens ausgeschlossen werden muss. Das Vorliegen chronischer körperlicher Begleiterkrankungen muss ebenfalls gestützt auf das orthopädische und neurologische Teilgutachten ausgeschlossen werden. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens liegt ebenfalls nicht vor, übernimmt der Beschwerdeführer doch die Betreuung des jüngsten Kindes, unternimmt regelmässig mit der Familie Reisen zum Grab der Tochter in die Türkei und trifft sich manchmal mit Bekannten zu einem Kaffee. Sodann kann auch ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen trotz

Motivation und Eigenanstrengung des Betroffenen nicht angenommen werden, da diverse Klinikberichte die fehlende Motivation und Mitwirkung des Beschwerdeführers festhalten (IV-act. 13 S. 11; act. 22 S. 16 f.; act. 22 S. 20). Was die Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers angeht, so ist die Überwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung nicht aufgrund der subjektiven Einschätzung, sondern anhand objektiver Kriterien zu prüfen. Entsprechend hielten die Gutachter Dr. F._____ und Dr. N._____ denn auch fest, dass dem Beschwerdeführer trotz Krankheitsüberzeugung ein Überwinden seiner Beschwerden zumutbar sei (IV-act. 13 S. 11; act. 15 S. 7 f.; act. 37 S. 8). Schliesslich wurde im psychiatrischen Teilgutachten festgehalten, im aktuell erhobenen psychischen Befund seien gute Ressourcen des Beschwerdeführers ersichtlich, mit seinen Beschwerden umzugehen. All dies lässt den Schluss zu, dass dem Beschwerdeführer die Überwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung im Sinne der Rechtsprechung zumutbar ist.

E. 9.9

Im Ergebnis erweist sich das D._____ -Gutachten als schlüssig, widerspruchsfrei und plausibel. Es entspricht den beweisrechtlichen Anforderungen und gestattet eine zuverlässige Beurteilung der Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers. Somit gilt der medizinische Sachverhalt als erstellt. Von einem beantragten Gerichtsgutachten sind keine entscheidungswesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, sodass in antizipierter Beweiswürdigung darauf zu verzichten ist (vgl. BGE 124 V 94 E. 4b; 122 V 162 E. 1d).

E. 10

Nachfolgend ist die Einkommensseite zu prüfen.

E. 10.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenüber gestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2; 128 V 29 E. 1).

E. 10.2

Für die Ermittlung des Valideneinkommens, also des Einkommens, welches die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte, wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 134 V 322 E. 4.1; 129 V 222 E. 4.3.1). Der massgebende Lohn umfasst auch Teuerungs- und andere Lohnzulagen, Provisionen, Gratifikationen, Naturalleistungen, Ferien- oder Feiertagsentschädigungen und ähnliche Bezüge, ferner Trinkgelder, soweit diese einen wesentlichen Bestandteil des Arbeitsentgeltes darstellen (Urteil des BGer 8C_465/2009 vom 12. Februar 2010 E. 2.2).

E. 10.3

Hält sich die gesundheitlich beeinträchtigte Person im Ausland auf bzw. hat sie dort Wohnsitz, sind die zur Bestimmung des Invaliditätsgrades massgebenden Vergleichseinkommen grundsätzlich unter Berücksichtigung desjenigen Ortes zu bestimmen, an dem sich die betreffende Person ohne gesundheitliche Einschränkungen aufhalten würde, jedenfalls verbietet es sich, die beiden Einkommen unter Berücksichtigung unterschiedlicher örtlicher Voraussetzungen festzulegen (vgl. Urteil BGer I 822/06 vom 6. November 2007).

E. 10.4

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b, vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b/bb). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen im Gegensatz zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitsnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 124 V 321 E. 3b/bb). Der Umfang der Herabsetzung hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab und ist auf maximal 25% zu beschränken (BGE 124 V 472 E. 4.3.2; 126 V 75 E. 5b).

E. 10.5

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4). 11.1 Der Beschwerdeführer bringt vor, die Vorinstanz habe hinsichtlich Rentenbeginn und Berechnung des Invaliditätsgrades in der angefochtenen Verfügung eine Schlechterstellung des Beschwerdeführers gegenüber der Verfügung der Vorinstanz vom 7. April 2009 vorgenommen und damit in ein Dauerrechtsverhältnis eingegriffen. In der früheren Verfügung sei ein leidensbedingter Abzug von 15% gewährt und festgehalten worden, das Wartejahr sei im Juli 2004 abgelaufen. Daran sei auch weiterhin festzuhalten. 11.2 Der Beschwerdeführer rügt sinngemäss eine unzulässige reformatio in peius. Eine reformatio in peius oder die Abänderung der angefochtenen Verfügung zu Ungunsten der beschwerdeführenden Partei ist unter den Voraussetzungen des Art. 62 Abs. 2 VwVG und unter Gewährung des rechtlichen Gehörs (Abs. 3) zulässig. Nimmt die verfügungserlassende Behörde selbst die reformatio vor, handelt es sich typischerweise um die Anwendungsfälle einer Wiedererwägung im Beschwerdeverfahren oder der Revision einer formell rechtskräftigen Verfügung (Art. 58 VwVG; Art. 53 ATSG; vgl. BGE 118 V 182; 131 V 414). An die Abänderung formell rechtskräftiger Verfügungen werden erhöhte

Anforderungen gestellt (Mächler, in: Auer/ Müller/ Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Art. 58 N 5). Ob diese vorliegend erfüllt sind, ist jedoch unbeachtlich, da die Verfügung der Vorinstanz vom 7. April 2009 infolge des vom Beschwerdeführer ergriffenen Rechtsmittels nicht in formelle Rechtskraft erwuchs. Die Vorinstanz war nach Rückweisung der Sache durch das Bundesverwaltungsgericht verpflichtet, ein erneutes Gutachten einzuholen und nach ergänzter Sachverhaltsfeststellung neu in der Sache zu verfügen. In freier Würdigung der ergänzten Akten war die Vorinstanz befugt, sowohl zu Gunsten als auch zu Ungunsten des Beschwerdeführers neu zu verfügen, ohne an ihre vormaligen Erwägungen gebunden zu sein. Vom Eingreifen in ein bestehendes Dauerrechtsverhältnis kann deshalb keine Rede sein. 11.3 Der Vollständigkeit halber ist zu erwähnen, dass das Bundesverwaltungsgericht durch Rückweisung der Sache an die Vorinstanz mit Urteil C-3202/2009 vom 3. März 2011 ebenfalls keine reformatio in peius vornahm, da gemäss der zu diesem Zeitpunkt geltenden ständigen Rechtsprechung eine reformatio in peius nur bei Fällen eines reformatorisches Entscheides durch die Beschwerdeinstanz vorliegen konnte. Die blosser Möglichkeit einer Schlechterstellung infolge Aufhebung der angefochtenen Verfügung verbunden mit einer Rückweisung der Sache galt demgegenüber nicht als reformatio in peius, es sei denn, die Rückweisung hätte mit Sicherheit eine Verschlechterung der Rechtsstellung der Beschwerde führenden Person zur Folge gehabt (Urteile des BGer 9C_613/2007 vom 23. Oktober 2007 E. 3.3; 9C_992/2008 vom 6. Januar 2009 E. 2; 9C_990/2009 vom 4. Juni 2010 E. 2). Indem das Bundesverwaltungsgericht die Sache an die Vorinstanz zurückwies, um u.a. den Zeitpunkt der Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers festzulegen, stand eine Verschlechterung der Rechtsstellung des Beschwerdeführers keinesfalls mit Sicherheit fest. Eine Änderung dieser Rechtsprechung erfolgte erst nach erfolgter Rückweisung mit Bundesgerichtsentscheid 137 V 314 vom 18. Juli 2011. 11.4 Im Ergebnis kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten aus der mit der angefochtenen Verfügung verbundenen Schlechterstellung gegenüber der Verfügung vom 7. April 2009 ableiten und ist der in der älteren Verfügung vorgenommene Einkommensvergleich unbeachtlich.

E. 12.1

Die Vorinstanz hielt in der angefochtenen Verfügung (IV-act. 96) fest, der Beschwerdeführer sei seit Juli 2007 in unterschiedlichem Ausmass arbeits- und erwerbsunfähig. Bei Ablauf der einjährigen Wartefrist im Juli 2008 habe Arbeitsfähigkeit im Umfang von 50% in der bisherigen sowie in einer Verweistätigkeit bestanden. Ab September 2011 habe sich die Arbeitsfähigkeit auf 70% erhöht. Ausgehend von den Angaben der vormaligen Arbeitgeberin im Fragebogen vom 17. Dezember 2003 errechnete sie von Juli 2008 bis September 2011 einen Invaliditätsgrad von 39% und ab September 2011 einen Invaliditätsgrad von 19%, worauf sie einen Rentenanspruch verneinte. Im Beschwerdeverfahren hielt die Vorinstanz bzw. die IV-Stelle B._____ demgegenüber fest (BGer-act. 8), unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer eingereichten neuen Unterlagen sei der in der angefochtenen Verfügung vorgenommene Einkommensvergleich zu berichtigen. Gemäss den Lohnangaben der früheren Arbeitgeberin (IV-act. 98) betrage das Valideneinkommen Fr. 52'333.40 im Jahr 2008 respektive Fr. 47'951.75 im Jahr 2011. In Gegenüberstellung des Invalideneinkommens von Fr. 29'991.- (2008) respektive Fr. 39'078.- (2011) und unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10% ermittelte sie von Juli 2008 bis August 2011 einen Invaliditätsgrad von 48% und ab September 2011 einen Invaliditätsgrad von 19%, womit der Beschwerdeführer von Juli

2008 bis November 2011 (Art. 88a Abs. 1 IVV) Anspruch auf eine Viertelsrente habe.

E. 12.2

Der Beschwerdeführer rügt, dass das Valideneinkommen im Jahr 2011 tiefer ausfällt als dasjenige des Jahres 2008. Die Vorinstanz führt dies mit Verweis auf eine Auskunft der Arbeitgeberin auf die unterschiedliche Höhe der Mehrumsatzprovision zurück, welche wiederum vom Wechselkurs CHF-EUR abhängt (IV-Protokoll vom 13. Juni 2013 S. 7).

E. 12.3

Beim Vergleich der von der Vorinstanz herangezogenen Lohnausweise einer "Vergleichsperson" der Jahre 2008 und 2011 (IV-act. 98) fällt auf, dass die zum Bruttolohn gerechnete Mehrumsatzprovision im Jahr 2008 (Fr. 8'488.55) erheblich höher ist als im Jahr 2011 (Fr. 2'930.40). Die Differenz von Fr. 5'558.15 lässt sich - entgegen dem Vorbringen der Vorinstanz - nicht allein auf Wechselkursschwankungen zurückführen. Vielmehr wurde im Jahr 2011 schlicht ein weitaus geringerer Mehrumsatz erzielt als im Jahr 2008, während zweier Monaten gar Fr. 0.- gegenüber dem Höchstumsatz von Fr. 1'268.55.- im Jahr 2008. Die Mehrumsatzprovision bildet einen verhältnismässig gewichtigen Lohnbestandteil, sodass die Differenz entsprechend - wohlgemerkt trotz höherem Monatslohn - zu einer einschneidenden Lohnreduktion im Jahr 2011 gegenüber 2008 führt. Bei den "Vergleichspersonen" 2008 und 2011 scheint es sich zudem nicht um die identische Person zu handeln, was u.a. aus der Höhe der Kinderzulagen (mithin der Anzahl Kinder) hervorgeht. Den Einkommensvergleich gestützt auf die Lohnausweise vorzunehmen, erscheint unhaltbar. Vielmehr ist gestützt auf die Erklärung der U. _____ SA vom 29. Juni 2009 (IV-act. 55 S. 8) von einem Grundgehalt von Fr. 3'552.- auszugehen und dieses um die vom Beschwerdeführer erzielbare Umsatzprovision von durchschnittlich Fr. 350.- pro Monat zu ergänzen. Sodann sind die in den Lohnausweisen 2008 und 2011 aufgeführten, massgeblichen Lohnbestandteile (Überzeitenschädigung, Fr. 359.10; Feiertagslohn, Fr. 278.95; Gratifikation, Fr. 700.-; Ferienentschädigung, Fr. 991.20; ohne Kinderzulagen und Verpflegungsbeitrag) hinzuzuzählen. Dies führt im Ergebnis zu einem Valideneinkommen von Fr. 52'705.25 im Jahr 2008 und von Fr. 53'632.90 im Jahr 2011 unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 1.76% (<http://www.bfs.admin.ch> > Themen > Arbeit und Erwerb > Löhne, Erwerbseinkommen > Detaillierte Daten).

E. 12.4

Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens stellte die Vorinstanz auf die Tabellenlöhne der LSE ab (abrufbar unter <http://www.bfs.admin.ch> Themen Arbeit und Erwerb Publikationen). Sie ging dabei vom Total der Tabelle TA1, Männer, Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) von Fr. 4'806.- brutto pro Monat aus (IV-act. 96 S. 3; LSE 2008 S. 11). Dies ist mit dem gutachterlichen Zumutbarkeitsprofil vereinbar und nicht zu beanstanden, da der Beschwerdeführer den Lohn ebenfalls in Schweizer Franken bezog (IV-act. 55 S. 8; act. 98). Bei dem zumutbaren 50%-Pensum - mit Umrechnung von 40 auf 41.6 Wochenstunden (<http://www.bfs.admin.ch> Themen Arbeit und Erwerb Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit) und unter Berücksichtigung des leidensbedingten Abzuges von 10% ergibt sich im Jahr 2008 ein Invalideneinkommen von Fr. 26'991.-. Der vom Beschwerdeführer als zu tief gerügte leidensbedingte Abzug von 10% erscheint im Hinblick auf das Alter im Verfügungszeitpunkt (48 Jahre), die Nationalität (deutscher Staatsangehöriger und EU-Bürger) sowie das zumutbare Anforderungsprofil als angemessen, sodass kein darüber hinausgehender Abzug zu gewähren ist. Bei

Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen von Fr. 52'705.25 und Fr. 26'991.- resultiert ein Invaliditätsgrad von 49%, welcher - wie die Vorinstanz treffend feststellte - nach Ablauf des Wartejahres im Juli 2008 Anspruch auf eine Viertelsrente begründet (Art. 28 Abs. 1 und 2 IVG).

E. 12.5

Ab September 2011 ist bei einer erhöhten Arbeitsfähigkeit von 70% eine neue Berechnung vorzunehmen. Der entsprechende Tabellenlohn der LSE betrug im Jahr 2010 Fr. 4'901.- pro Monat (LSE 2010 S. 26). Bei Umrechnung von 40 auf 41.6 Wochenstunden und unter Berücksichtigung des Leidensabzuges von 10% ist im Jahr 2011 in einem 70%-Pensum von einem Invalideneinkommen von Fr. 38'533.60 auszugehen. Bei Gegenüberstellung mit dem Valideneinkommen von Fr. 53'632.90 resultiert ein Invaliditätsgrad von 28%. Somit besteht ab September bzw. November 2011 (Art. 88a IVV) kein Rentenanspruch mehr.

E. 12.6

Im Ergebnis hat der Beschwerdeführer von Juli 2008 bis November 2011 Anspruch auf eine Viertelsrente. Die Beschwerde ist teilweise gutzuheissen und die angefochtene Verfügung aufzuheben. Die Vorinstanz ist anzuweisen, die Rentenbeträge zu berechnen und entsprechende Verfügungen zu erlassen.

E. 13

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung für das vorliegende Verfahren.

E. 13.1

Der Beschwerdeführer, der die Zusprechung einer ganzen Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 70% beantragte, ist mit seinem Antrag teilweise durchgedrungen. Infolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer von der Bezahlung der Verfahrenskosten befreit (Art. 65 Abs. 1 VwVG). Der Vorinstanz werden keine Kosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 13.2

Der teilweise obsiegende, amtlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Diese ist gestützt auf die eingereichte Kostennote festzulegen (Art. 14 Abs. 2 VGKE; BVGer-act. 20). Unter Berücksichtigung des gebotenen aktenkundigen Aufwandes, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Verfahrens sowie des partiellen Obsiegens ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'700.- (ohne MWSt) angemessen.

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