

# **BVGer C-2800/2011 vom 4. November 2014**

Bundesverwaltungsgericht, 2014-11-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-2800\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2800_2011)

FR: TAF C-2800/2011 du 4 novembre 2014

IT: TAF C-2800/2011 del 4 novembre 2014

## **Regeste**

Eingliederungsmassnahmen

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

### **E. 1.2**

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist.

### **E. 1.3**

Der Beschwerdeführer hat an den vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die ihn betreffenden Verfügungen berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Rechtsanwalt lic.iur. Andreas Hebeisen, welcher die Beschwerden unterzeichnet hat, ist vom Beschwerdeführer am 6. November 1996 rechtsgültig bevollmächtigt worden, ihn betreffend IV-Versicherungsleistungen zu vertreten. Von seiner Legitimation zur Beschwerdeführung im Namen des Beschwerdeführers ist deshalb auszugehen (vgl. Art. 11 VwVG).

### **E. 1.4**

Da die Beschwerden im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und auch die Kostenvorschüsse rechtzeitig geleistet worden sind, ist auf die Beschwerden einzutreten (Art. 60 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 Bst. a und c ATSG, Art. 52 und 63 Abs. 4 VwVG).

### **E. 2.1**

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet diese eine Erwerbstätigkeit ausüben, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

### **E. 2.2**

Da der Beschwerdeführer bei Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens als Grenzgänger mit Wohnsitz in Deutschland im Kanton Z. \_\_\_\_\_ einer Arbeit nachging und zum Anmeldezeitpunkt im grenznahen R. \_\_\_\_\_, Deutschland, Wohnsitz hatte, war die IV-Z. \_\_\_\_\_ für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig und wurden die angefochtenen Verfügungen vom 29. März 2011 und vom 22. November 2011 zu Recht von der IVSTA erlassen.

### **E. 3.1.1**

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen Freizügigkeitsabkommen (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist. 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 (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71), und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. 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). Noch keine Anwendung finden vorliegend die am 1. April 2012 in Kraft getretenen 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, zumal die angefochtenen Entscheide vor dem 1. April 2012 ergangen sind.

### **E. 3.1.2**

Nach Art. 40 Abs. 4 der Verordnung Nr. 1408/71 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 V dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Eine solche anerkannte Übereinstimmung besteht für das Verhältnis zwischen einzelnen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz nicht. Der Invaliditätsgrad bestimmt sich daher auch im Geltungsbereich des FZA nach schweizerischen Rechtsvorschriften respektive des IVG, der IVV, des ATSG sowie der ATSV (SR 830.11; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

### **E. 3.1.3**

Demnach bestimmt sich auch die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen der schweizerischen Invalidenversicherung hat, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Urteil des BVGer C-2573/2006 vom 8. Juli 2008 E. 5.2).

### **E. 3.2**

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes

(hier: 29. März und 22. November 2011) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den in Kraft stehenden Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Da vorliegend Leistungsansprüche ab Oktober/Dezember 2002 streitig sind (vgl. B-act. 1 S. 7 f., B-act. 12 S. 9, C-act. 1), sind ab 1. Januar 2003 die Bestimmungen des ATSG anwendbar. Für die Beurteilung des Leistungsanspruchs sind vom 1. Januar 1992 bis zum 31. Dezember 2003 das IVG und die IVV in der Fassung vom 22. März 1991 (3. IV-Revision, AS 1991 2377) respektive vom 21. August 1991 (AS 1991 2116), bis zum 31. Dezember 2007 das IVG und das ATSG in der Fassung vom 21. März 2003 und die IVV in der Fassung vom 21. Mai 2003 (4. IV-Revision, AS 2003 3837 bzw. AS 2003 3859) anwendbar. Soweit ein Rentenanspruch ab dem 1. Januar 2008 zu prüfen ist, sind weiter die mit der 5. IV-Revision zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Gesetzes- und Verordnungänderungen zu beachten (AS 2007 5129 und AS 2007 5155). Sofern sich die einschlägigen Bestimmungen materiell nicht verändert haben, werden im Folgenden - falls nichts Gegenteiliges vermerkt - die Bestimmungen lediglich in der ab 1. Januar 2008 gültig gewesenen Fassung zitiert.

### **E. 3.3**

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 29. März 2011 betreffend berufliche Massnahmen und 22. November 2011 betreffend Rentenanspruch) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

#### **E. 3.4.1**

Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung) und soweit die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung). Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Dabei ist die gesamte noch zu erwartende Arbeitsdauer zu berücksichtigen. Die Eingliederungsmassnahmen bestehen unter anderem gemäss Art. 8 Abs. 3 Bst. b IVG (in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung) in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe [letztere in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung]).

#### **E. 3.4.2**

Der Umschulungsanspruch setzt eine Invalidität oder die unmittelbare Bedrohung durch eine solche voraus (Art. 8 Abs. 1 IVG [in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung]). Als invalid im Sinne von Art. 17 IVG gilt, wer nicht hinreichend eingegliedert ist, weil der Gesundheitsschaden eine Art und Schwere erreicht hat, welche die Ausübung der bisherigen Erwerbstätigkeit ganz oder teilweise unzumutbar macht. Dabei muss der Invaliditätsgrad ein bestimmtes erhebliches Mass erreicht haben; nach der Rechtsprechung ist dies der Fall, wenn die versicherte Person in den ohne zusätzliche Ausbildung noch

zumutbaren Erwerbstätigkeiten eine bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbseinbusse von etwa 20% erleidet (BGE 124 V 108 E. 2b; AHI 2000 S. 62 E. 1).

### **E. 3.4.3**

Gemäss Art. 17 Abs. 1 IVG besteht Anspruch auf Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder verbessert werden kann. Unter Umschulung ist nach der Rechtsprechung grundsätzlich die Summe der Eingliederungsmassnahmen berufsbildender Art zu verstehen, die notwendig und geeignet sind, den vor Eintritt der Invalidität bereits erwerbstätig gewesenen Versicherten eine ihrer früheren annähernd gleichwertige Erwerbsmöglichkeit zu vermitteln (BGE 124 V 108 E. 2a; AHI 2000 S. 61 f. E. 1). Ohne stichhaltigen Grund - wie beispielsweise eine Verletzung der Mitwirkungspflicht - darf die Invalidenversicherung eine zugesprochene Umschulung nicht von sich aus vorzeitig beenden (BGE 139 V 399 E. 6, Urteil des BGer 9C\_765/2010 vom 18. Oktober 2010).

### **E. 3.4.4**

Nach Ziff. 9 Bst. o) Ziff. 1 Abschnitt A Anhang II FZA gilt ein Arbeitnehmer oder Selbstständiger, der den schweizerischen Rechtsvorschriften über die Invalidenversicherung nicht mehr unterliegt, weil er seine existenzsichernde Erwerbstätigkeit in der Schweiz infolge Unfalls oder Krankheit aufgeben musste, als in dieser Versicherung versichert für den Erwerb des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen und während der Durchführung dieser Massnahmen, sofern er keine anderweitige Erwerbstätigkeit ausserhalb der Schweiz aufnimmt. Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist der Bezug von Arbeitslosengeldern im Wohnland der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ausserhalb der Schweiz gleichgestellt (BGE 132 V 53 E. 6.6). Die im Anhang II FZA hinsichtlich Eingliederungsmassnahmen vorgesehene Verlängerung der Versicherung endet insbesondere spätestens in dem Zeitpunkt, in welchem der Fall durch Zusprechung einer Rente definitiv abgeschlossen wird, die Eingliederung erfolgreich durchgeführt wurde, eine Erwerbstätigkeit ausserhalb der Schweiz aufgenommen wird oder Arbeitslosengelder im Wohnland bezogen werden (BGE 132 V 244 E. 6.4.1; vgl. auch Urteil des BVer C-196/2010 vom 19. Juli 2011 E. 4.3 f.).

### **E. 3.5.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG) sie gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 E. 7.3). 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. 3.5.2**

Gemäss Art. 28 IVG (in der bis Ende 2003 gültig gewesenen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 66 2/3%, ein Anspruch auf eine halbe Rente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% und auf eine Viertelsrente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% (Abs. 1). In Härtefällen hat der Versicherte bereits bei einem Invaliditätsgrad von 40% Anspruch auf eine halbe Rente; der Bundesrat umschreibt die Härtefälle (Abs. 1bis). Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen 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. Hieran hat die 5. IV-Revision nichts geändert (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

### **E. 3.6.1**

Wird eine befristete Invalidenrente verfügt und - mit einer gleichentags erlassenen zweiten Verfügung - diese Rente unmittelbar ab dem Ende der Befristung aufgehoben oder abgeändert, so stellt diese zweite Anordnung materiell eine Rentenrevisionsverfügung dar, auf die folglich die entsprechenden Bestimmungen anwendbar sind. Dies gilt auch dann, wenn die beiden Anordnungen zum selben Zeitpunkt und sogar in derselben Verfügung getroffen werden. Deshalb müssen nach der Rechtsprechung und Lehre bei einer solchen Verfügung Revisionsgründe erfüllt sein (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d, 112 V 371 E. 2b; Urs Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, 2003, S. 207 f.).

### **E. 3.6.2**

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 Gesundheitszustandes 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 198 E. 3b, 112 V 387 E. 1b; ZAK 1987 S. 36 ff.).

### **E. 3.6.3**

Zu beachten ist weiter, dass eine gesundheitliche Verschlechterung - wie jeder Gesundheitsschaden - eine gewisse Dauerhaftigkeit aufweisen muss, um den Invaliditätsgrad beeinflussen zu können (vgl. Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2. Aufl., 2010, Art. 4 S. 29). Dem entsprechend ist gemäss Art. 88a Abs. 2 IVV bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat. Art. 29bis IVV ist sinngemäss anwendbar.

### **E. 3.7**

Beschwerdeführende 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 die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

#### **E. 3.7.1**

Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen).

#### **E. 3.7.2**

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, S. 212, Rz 450; vgl. auch BGE 122 V 162 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b). Diese Praxis wurde vom Bundesgericht immer wieder bestätigt (vgl. z.B. das Urteil des BGer 9C\_108/2010 vom 15. Juni 2010 E. 4.2.2).

#### **E. 3.8.1**

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 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. Im Vordergrund stehen dabei vor allem jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung bzw. von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des EVG I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf

BGE 107 V 20 E. 2b).

### **E. 3.8.2**

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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen). 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 Urteil des EVG I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). So ist den im Rahmen des im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. dazu das Urteil des EVG vom 26. Januar 2006 [I 268/2005] E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a und weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine konkreten 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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und 3b, 122 V 160 E. 1c, 123 V 178 E. 3.4 sowie Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. 2009, Art. 43 Rz. 35).

### **E. 3.8.3**

Nach der Rechtsprechung bestimmt sich der Beweiswert prognostischer Angaben zur Arbeitsfähigkeit im rechtlich massgebenden Beurteilungszeitpunkt danach, ob sie im Lichte der erhobenen medizinischen Befunde und Diagnosen sowie der vorher oder später erstatteten, beweiskräftigen Arztberichte nachvollziehbar, einleuchtend und konkret überzeugend sind und namentlich nichts für eine seitherige, objektive Verschlechterung des Gesundheitszustands spricht, welche ernsthafte Zweifel an der Richtigkeit der früheren Prognose respektive der ursprünglich zugemuteten Restarbeitsfähigkeit begründet (vgl. unveröffentlichtes Urteil des BGer I 783/06 vom 6. September 2007 E. 4 mit Hinweisen; Urteil des BVerfG C-2573/2006 vom 8. Juli 2008 E. 8.1).

### **E. 4**

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob der Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen seit Oktober 2002 Anspruch auf Gewährung einer Umschulung, Taggelder während der Umschulung und Wartezeittaggelder bis zur Durchführung der Umschulung (E. 6) bzw. aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen Anspruch auf eine Invalidenrente hatte (E. 7). Hierzu ist

einleitend auf die gesundheitliche Situation seit Oktober 2002 [wo nötig seit 1999], deren medizinische Würdigung und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einzugehen (E. 5). Schliesslich bleibt zu prüfen, ob der Invaliditätsgrad von der Vorinstanz zutreffend ermittelt worden ist (E. 8).

#### **E. 4.1**

Vorweg gilt es jedoch, in formeller Hinsicht, die beanstandete Verletzung des rechtlichen Gehörs zu prüfen. Der Beschwerdeführer macht in seiner Replik vom 5. Oktober 2011 im Verfahren C-2800/2011 geltend, die Vorinstanz habe in ihrer Verfügung vom 29. März 2011 in eklatanter Weise ihre Begründungspflicht verletzt und sei auf die Argumente im Einwand vom 1. Dezember 2008 nicht eingegangen. Dasselbe gelte für die Vernehmlassungen der IV-Z. \_\_\_\_\_ vom 25. Juli 2011 bzw. der IVSTA vom 26. Juli 2011; hier habe gar keine Auseinandersetzung mit den Rügen in der Beschwerdeschrift stattgefunden (B-act. 12).

#### **E. 4.2**

Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV, SR 101) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör (vgl. auch Art. 42 ATSG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 IVG sowie Art. 29 VwVG). Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, der in die Rechtsstellung einer Person eingreift (vgl. BGE 132 V 368 E. 3.1 mit Hinweisen). Der verfassungsmässige Anspruch umfasst Rechte der Parteien auf Teilnahme am Verfahren und auf Einflussnahme auf den Prozess der Entscheidungsfindung. Dazu gehört auch das Recht, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden sowie das Recht auf Einsicht in alle entscheidungswesentlichen Akten (vgl. auch Art. 26 VwVG). Auch die Pflicht, einen Verwaltungsakt so abzufassen bzw. zu begründen, dass die Betroffenen ihn gegebenenfalls sachgerecht anfechten können, ist ein Teilgehalt des verfassungsmässigen Anspruchs auf rechtliches Gehör (vgl. hierzu Art. 49 Abs. 3 ATSG, Art. 35 Abs. 1 und 3 VwVG; BGE 134 I 83 E. 4.1, BGE 126 V 75 E 5b/dd und BGE 124 V 180 E. 1a, je mit Hinweisen; sowie KIESER, ATSG-Kommentar, Rz. 37 ff. zu Art. 49).

#### **E. 4.3**

Der Anspruch auf rechtliches Gehör ist formeller Natur. Daher führt seine Verletzung ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst grundsätzlich zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Eine Verletzung des Gehörsanspruchs kann jedoch ausnahmsweise dann geheilt werden, wenn sie nicht besonders schwer wiegt und die Gehörsgewährung in einem Rechtsmittelverfahren nachgeholt wird, in dem die Beschwerdeinstanz mit der gleichen Prüfungsbefugnis entscheidet wie die untere Instanz. Von der Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur Gewährung des rechtlichen Gehörs ist - ebenfalls im Sinne einer ausnahmsweisen Heilung des Mangels - selbst bei einer schwer-wiegenden Gehörsverletzung abzusehen, sofern die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (vgl. BGE 132 V 387 E. 5.1, BGE 127 V 431 E. 3d/aa und BGE 126 V 130 E. 2b, je mit Hinweisen).

#### **E. 4.4**

Festzuhalten ist, dass die angefochtene Verfügung vom 29. März 2011 (betreffend berufliche Massnahmen) in ihrer Begründung auf weitere Abklärungen verweist, ohne konkret auszuführen, welche Abklärungen berücksichtigt worden seien, welche Beurteilungen diese Abklärungen enthielten und wie die Vorinstanz diese gewürdigt habe (gegebenenfalls unter Berücksichtigung dieser widersprechender Beurteilungen). Der Begründung ist auch nicht zu entnehmen, was die Vorinstanz unter den Begriff "körperliches Leiden" subsumiert, inwiefern und mit welchen Schlüssen für die zu beurteilende Eingliederungsfrage auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Jahre 2006 zu schliessen war, worin diese Verschlechterung bestand und weshalb trotz erwähntem körperlichem Leiden kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt/vorgelegen habe (Z. 316). In der Vernehmlassung wiederum weist die Vorinstanz ohne Weiterungen auf die Stellungnahme der IV-Z. \_\_\_\_\_ vom 25. Juli 2011 hin, in welcher diese auf die Ausführungen in der angefochtenen Verfügung sowie "die Akten der IV-Stelle (insb. Z. 166, 191, 192, 206, 210, 217, 224, 227, 230, 250, 274, 306, 311, 316)" verweist. In der Duplik vom 15. Dezember 2011 wiederum nimmt die IVSTA ohne Weiterungen auf die Stellungnahme der IV-Z. \_\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2011 Bezug, in welcher diese in medizinischer Hinsicht auf die "zwischenzeitlich erlassene Verfügung vom 22.11.2011" verweist. Damit hat die Vorinstanz zweifelsohne ihre Begründungspflicht verletzt und war der Beschwerdeführer gezwungen, Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht zu erheben, um Klarheit darüber zu erhalten, ob die Abweisung des Antrags auf Gewährung beruflicher Massnahmen zu Recht abgewiesen worden ist.

#### **E. 4.5**

Der Gehörsanspruch des Beschwerdeführers wurde damit von der Vorinstanz - wie dargelegt - verletzt. Allerdings konnte sich der Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren, in dem das Bundesverwaltungsgericht sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüft, in Kenntnis sämtlicher relevanter (und umfangreicher) Vorakten, namentlich auch der verschiedenen Gutachten und des Einkommensvergleichs vom 17. März 2011, einlässlich und unter Kenntnisnahme der Vorakten zur angefochtenen Verfügung äussern. Im Rahmen eines zweifachen Schriftenwechsels hatte er ausreichend Gelegenheit, seine Anträge zu begründen und zu den umstrittenen Fragen Stellung zu nehmen. Unter diesen Umständen und in Berücksichtigung der seit 1995 hängigen Gesuche um berufliche Massnahmen und Gewährung einer Invalidenrente würde eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zweifelsohne zu einem formalistischen Leerlauf führen und damit zu einer weiteren Verzögerung des Verfahrens, die nicht mit dem prozessökonomischen Interesse (auch) des Beschwerdeführers an einer beförderlichen Beurteilung der Sache zu vereinbaren wäre. Die Heilung der festgestellten Gehörsverletzungen ist daher gerechtfertigt. Ausnahmsweise ist demnach von der beantragten Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur Gewährung des rechtlichen Gehörs abzusehen. Der Gehörsverletzung wird jedoch bei der Auferlegung von Verfahrenskosten Rücksicht zu tragen sein (siehe E. 10.1).

#### **E. 5.1**

Medizinisch im Vordergrund stehen erstens die Folgen des Gleitschirmunfalls am 22. August 1994 mit Schädigung des oberen Sprunggelenks (OSG) rechts, der damit einhergehend diagnostizierten Arthrosis deformans des oberen Sprunggelenks und der seit August 2010 erwähnten Beschwerden am rechten Knie (vgl. sogleich E. 5.2) und zweitens die geltend gemachte psychische Erkrankung (Depression; vgl. unten E. 5.3).

### **E. 5.2.1**

Der Beschwerdeführer macht gestützt auf die Bescheinigungen der Hausärzte Dres. D. \_\_\_\_\_ und E. \_\_\_\_\_ geltend, er sei seit Oktober 2002 zu 100% arbeitsunfähig (vgl. unten E. 5.2.3 Abschnitt 2).

### **E. 5.2.2**

In orthopädischer Hinsicht lässt sich den zahlreichen medizinischen Unterlagen entnehmen, dass die Distorsionsfraktur am rechten oberen Sprunggelenk noch am Tage des Unfalls mittels Osteosynthese [operative Versorgung des Knochenbruchs mittels Implantat] versorgt wurde (Z. 15.8). Im Juni 1995 erfolgte die Entfernung des Osteosynthesematerials (Z. 9.11), jedoch beklagte sich der Beschwerdeführer weiterhin über Schmerzen im Sprunggelenk nach Belastung (Z. 9.12, 12.6, 12.8). Im September 1995 erfolgte im Kantonsspital T. \_\_\_\_\_ die Entfernung freier Gelenkkörper und die Abtragung von Knochenkanten am Processus posterior tali (rückseitiger Fortsatz des Sprungbeins/Talus; Z. 9.4, 9.6).

#### **E. 5.2.2.1**

In seinem orthopädischen Zusatzgutachten zuhanden der Landesversicherungsanstalt S. \_\_\_\_\_ diagnostizierte Dr. F. \_\_\_\_\_ am 6. Oktober 1995 - gestützt auf eine persönliche Begutachtung am 21. September 1995 und in Berücksichtigung der Vorakten - eine Bewegungseinschränkung des Sprunggelenks und eine posttraumatisch beginnende Arthrosis deformans, erachtete - nach Abklingen des noch vorhandenen Wundödems - eine körperliche Vollbelastung als Gipser als möglich, bei 75%-iger Arbeitsfähigkeit entsprechend der Einschätzung der Rehaklinik Y. \_\_\_\_\_ (Z. 15.15), beurteilte Arbeiten im Stehen und/ oder Gehen mit gelegentlichem Sitzen als ideal, und wies darauf hin, dass bei einem Scheitern der Belastungserprobung als Gipser berufsfördernde Massnahmen erwogen werden müssten (Z. 15.30 S. 10-14).

#### **E. 5.2.2.2**

In ihrem sozialmedizinischen Gutachten vom 20. Oktober 1995 beurteilte Dr. G. \_\_\_\_\_ der Landesversicherungsanstalt S. \_\_\_\_\_, unter Bezugnahme auf das oben erwähnte Gutachten vom 6. Oktober 1995, die bisherige Arbeit als Gipser als zweistündig bis unter halbschichtig und leichte sowie mittelschwere Arbeiten im Wechsel zwischen Sitzen/Stehen/ Gehen, auf ebener Erde, als vollschichtig zumutbar (Z. 15.5-7). Am 28. November 1995 beurteilte der SUVA-Kreisarzt die bisherige Tätigkeit als Gipser (ebenfalls) nicht als ideal, jedoch eine vorwiegend sitzende, wechselbelastende Tätigkeit (Z. 43.85).

#### **E. 5.2.2.3**

In ihrem Austrittsbericht vom 7. Mai 1996 erachteten die Dres. G.G. \_\_\_\_\_ und H. \_\_\_\_\_ der Rehaklinik Y. \_\_\_\_\_ eine Wiedereingliederung als Gipser aufgrund der Unfallfolgen als schwierig und nicht mehr sinnvoll. Als funktionelle Einschränkungen nannten sie eine Gehbehinderung für längere Distanzen oder Gehdauer, vor allem auf unebenem Boden sowie beim repetitiven Überwinden von Treppen und Schwellen, beurteilten jedoch das Heben und Tragen von Lasten von 10 bis 15 kg als zumutbar, das repetitive Heben und Tragen dieser Lasten als beschwerlich. Eine Umschulung, wie sie bereits absolviert werde, sei indiziert (Z. 43.43 S. 3).

#### **E. 5.2.2.4**

In einem kurzen Gutachten vom 18. November 1996 nannte Dr. I. \_\_\_\_\_ als Gesundheitsstörungen eine Bewegungseinschränkung im rechten oberen Sprunggelenk mit posttraumatischer beginnender Arthrose und beurteilte den Beschwerdeführer - aufgrund einer persönlicher Untersuchung - in überwiegend leichten und zeitweise mittelschweren Arbeiten, überwiegend sitzend, zeitweise stehend/gehend, ohne Zwangshaltungen, als vollschichtig arbeitsfähig. Sie führte aus, als Gipser und Stuckateur könne er nicht mehr eingesetzt werden. Zumutbar seien überwiegend sitzende Tätigkeiten unter den qualitativen Einschränkungen des negativen Leistungsbildes. Tätigkeiten, die mit dem Besteigen von Leitern und Gerüsten, häufigem Treppensteigen und Gehen auf unebenem Boden verbunden seien, könnten nicht zugemutet werden (Z. 28).

#### **E. 5.2.2.5**

Am 9. Oktober 1997 wiederum hielt der SUVA-Kreisarzt Dr. J. \_\_\_\_\_ als Befund fest, die Narbe am rechten oberen Sprunggelenk sei reizlos, es liege keine Schwellung und keine Überwärmung vor. Das Sprunggelenk sei schmerzbedingt diskret eingeschränkt in der Beweglichkeit. Der Zustand sei seit längerem gleich, mit Belastungsschmerzen sowie leichter Einschränkung der Beweglichkeit. Therapien liefen derzeit keine mehr, Massnahmen seien ebenfalls keine mehr vorgesehen. Dem Versicherten sei nicht mehr zumutbar das Begehen unebenen Geländes sowie das häufige Besteigen von Leitern und Treppen, das Lastentragen über max. 20 kg sei nur ausnahmsweise zumutbar, alle anderen Tätigkeiten mit der Möglichkeit einer Wechselbelastung seien in vollem Umfang zumutbar (Z. 43.9).

#### **E. 5.2.2.6**

Die Vorakten enthalten erst mit dem Gutachten der MEDAS A. \_\_\_\_\_ eine neuerliche Beurteilung der Situation in orthopädischer Hinsicht. Folgende Diagnosen wurden von Dr. K. \_\_\_\_\_ in seinem rheumatologischen Untergutachten vom 28. Dezember 2000 aufgrund einer persönlichen Untersuchung am 5. Dezember 2000 (Z. 102) festgehalten: a) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: arthrosebedingte Restbeschwerden (ICD-10: M19.17), akute Epicondylopathia humeri radialis links (ICD-10: M77.1); b) ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: eine neu diagnostizierte arterielle Hypertonie sowie eine oesophageale Refluxsymptomatik. Im bisherigen Beruf als Gipser und Stuckateur mit der Notwendigkeit zum regelmässigen Begehen von Leitern, Gerüsten, Schwellen mit der Notwendigkeit zum andauernden Stehen und Gehen, bestehe eine bleibende Arbeitsunfähigkeit von 100%. Keine Verringerung der Arbeitsfähigkeit liege vor in Tätigkeiten mit Wechselbelastung, Sitzen, Stehen und kurze Strecken Gehen ohne Treppen- oder Schwellenbenutzung. Zumutbar seien Tätigkeiten ohne repetitives Heben von mehr als 10-15 kg. Die Epicondylopathie links sei als akute Überlastungs- und Reizreaktion des Ellbogens zu betrachten und dürfe keinen bleibenden Einfluss auf die zu attestierende Arbeitsfähigkeit haben (Z. 103 S. 10 ff.).

#### **E. 5.2.2.7**

Der Hausarzt Dr. D. \_\_\_\_\_ bestätigte in seinem kurzen Bericht vom 6. Mai 2002 unter den Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit unter anderen die Sprunggelenksarthrose rechts nach OSG-Luxationsfraktur rechts, jedoch ohne weitere Beurteilung dazu (Z. 146.1). In ihrem kurzen Bericht vom 1. April 2003 bestätigte Dr. E. \_\_\_\_\_ zudem eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 5. Dezember 2002 bis 16. Februar 2003, nannte jedoch in Abschnitt A ("Diagnosen mit/ohne Auswirkungen auf die

Arbeitsfähigkeit") keine Diagnose in orthopädischer Hinsicht (Z. 186.1). In einem weiteren Bericht von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 7. April 2004 ist, bei attestierter vollständiger Arbeitsunfähigkeit vom 5. Dezember 2002 bis 16. Dezember 2003, die Sprunggelenksarthrose wieder unter den Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit genannt, ohne weitere Beurteilung ("arthrosebedingte Restbeschwerden bei Zustand nach Fussdistorsion rechts [...] Z. 234.1).

#### **E. 5.2.2.8**

Die Dres. S. \_\_\_\_\_ und H.H. \_\_\_\_\_ der Uniklinik X. \_\_\_\_\_ hielten in ihrem Gutachten vom 30. Mai 2003 zuhanden der SUVA T. \_\_\_\_\_ (C-act. 10) folgende Diagnosen fest: 1) posttraumatische, mittelschwere Arthrose des oberen Sprunggelenks bei Status nach Malleolarfraktur Typ Weber C mit Volkmann'scher Dreieckabsprengung rechts, Status nach Plattenosteosynthese am 22. August 1994, Status nach Osteosynthese-Materialentfernung am 23. Juni 1995, Status nach OSG-Arthroskopie rechts, offener Resektion des Processus posterior tali und Fragmentexzision fibulotalar wegen posterolateralem Impingement OSG/USG am 8. September 1995 und mässiggradiger Dorsalextensionseinschränkung im rechten OSG, 2) depressives Zustandsbild, medikamentös behandelt, 3) Zöliakie (ED 2002, diätetisch behandelt). Es sei nachvollziehbar, dass der Explorand unter Anlaufschmerzen, Belastungsschmerzen, Schwellungstendenz nach Belastung leide; erklärbar seien auch die Beschwerden beim Leiter-/Treppensteigen sowie beim Bergauf-Gehen. Es bestehe eine mittelschwere posttraumatische Arthrose, mit deren Progredienz zu rechnen sei. Aktuell könne der Explorand den Alltag bestreiten, sodass zurzeit ausser Anpassung eines orthopädischen Serienschuhs keine anderen Behandlungen indiziert seien. Das Beschwerdebild sei seit längerem konstant, weshalb die Akutbehandlung sowie die Rehabilitation abgeschlossen seien. Es bestehe eine wesentliche Beeinträchtigung bei Ausführung der stark fussbelastenden Tätigkeit als Gipser mit häufigem Tragen von schweren Gegenständen und Treppen-/Leitersteigen. Der Explorand sei jedoch in einer mehrheitlich sitzenden und wenig fussbelastenden Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig, dies bei vollem Pensum (C-act. 10 Beilage S. 11 ff.).

#### **E. 5.2.2.9**

Die Dres. L. \_\_\_\_\_ und M. \_\_\_\_\_ sowie die Physiotherapeutin N. \_\_\_\_\_ des Zentrums für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG (AEH) hielten in ihrem Gutachten vom 2. Dezember 2005 zuhanden der IV-Z. \_\_\_\_\_ die Diagnose einer fortgeschrittenen Arthrose des oberen rechten Sprunggelenks fest und führten aus, diese stehe aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht im Vordergrund. Diese verunmögliche weitgehend die statische Belastbarkeit und gewichtsbelastende Tätigkeit als Gipser. Für den Versicherten in den Vordergrund gerückt sei ein psychosomatisches Leiden. Anlässlich der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit habe sich der Beschwerdeführer bis in den mittelschweren Gewichtsbereich bei zuverlässiger Leistungsbereitschaft und guter Konsistenz belasten lassen. Dabei hätten sich Limitierungen bei längerem Stehen mit Entlastungstendenz des rechten Fusses und beim Treppensteigen wie auch beim Leitersteigen mit zunehmender Vorfussbelastung rechts und dadurch bedingtem leichtem Hinken gezeigt. Das arbeitsbezogene relevante Problem bestehe in einer verminderten Belastungstoleranz des rechten Fusses, was sich insbesondere beim längeren Stehen und beim Leiter- und Treppensteigen äussere. Die Belastbarkeit liege allgemein im Bereich einer wechselbelastenden mittelschweren Arbeit. Die bisherige Arbeit als Gipser sei nicht

zumutbar; mittelschwere Arbeiten mit Wechselbelastung bezüglich Gehen, Stehen und Sitzen, unter Vermeidung von längeren Steh- und Gehphasen, seien ganztags zumutbar (Z. 250 S. 5-7).

#### **E. 5.2.2.10**

In einem weiteren orthopädisch-unfallchirurgischen Gutachten vom 23. August 2007 zuhanden der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte hielt Dr. F. \_\_\_\_\_ als Diagnosen eine posttraumatische Arthrosis deformans des rechten oberen Sprunggelenks nach Weber-B-Fraktur (M19) sowie eine rezidivierende mediale Meniskopathie des rechten Kniegelenks (M23.3) fest. Klinisch bestehe eine endgradige Einschränkung der Beweglichkeit sowie eine auf eine radiologisch nachgewiesene Arthrosis deformans zurückzuführende Belastungseinschränkung des rechten Beins. Weiterhin bestehe das Rezidiv einer medialen Meniskopathie rechts, welche durch Injektionsbehandlung zur Zeit gebessert sei. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit des Gipsers und Stuckateurs erscheine nur teilweise leidensgerecht (qualitative Funktionseinschränkungen seien zu beobachten: Arbeiten auf Leitern und Gerüsten und Arbeiten unter Einfluss von Kälte, Nässe und Zugluft). Leichte und mittelschwere körperliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seien vollschichtig zumutbar (Z. 267 S. 12-14).

#### **E. 5.2.2.11**

In seinem kurzen Bericht vom 22. November 2007 diagnostizierte Dr. O. \_\_\_\_\_, als Dauerdiagnosen eine Retropatellararthrose rechts sowie eine myostatische Insuffizienz und als Diagnose anhand der aktuellen Untersuchung eine Gonarthritits rechts und empfahl Muskelaufbautraining (Z. 298.13). Am 10. August 2009 diagnostizierte P. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin, eine posttraumatische Sprunggelenksarthrose rechts und teilte mit, sie habe weitere Abklärungen (MRT des Sprunggelenks) veranlasst (Z. 298.6). Diesem Auftrag entsprechend nahm Dr. Q. \_\_\_\_\_ am 20. August 2009 eine Magnetresonanz-Untersuchung des oberen Sprunggelenks rechts vor. In seiner Beurteilung erwähnte er eine schwere viertgradige lateral-betonte Arthrose; es lägen kein freier Gelenkskörper und kein Erguss vor (Z. 298.7). Derselbe Arzt erstellte am 9. August 2010 eine weitere Magnetresonanztomographie des rechten Kniegelenks und hielt dazu fest, es liege keine Rissbildung im Meniskus vor, die Kreuzbänder und Bandstrukturen seien intakt. Es liege eine Chondropathie [Knorpelerkrankung] 2. bis 3. Grades [kleine Risse, bis tiefe Spalten im Knorpel] im medialen Gelenkkompartiment und 2. bis 3. Grades retropatellar sowie ein minimaler Gelenkserguss suprapatellar vor (Z. 306.44).

#### **E. 5.2.2.12**

In einem Zusatzgutachten der MEDAS B. \_\_\_\_\_ vom 27. Januar 2011 hielt Dr. R. \_\_\_\_\_ als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit schmerzhafte Funktionseinschränkungen im rechten Sprunggelenk bei Zustand nach Luxationsfraktur mit operativer Versorgung fest; ausgeprägte degenerative Veränderungen seien bekannt. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte die Ärztin a) rezidivierende Beschwerden im rechten Kniegelenk bei varischer Beinachse und medial und retropatellar betonten beginnenden degenerativen Veränderungen, b) Fehlstatik der Wirbelsäule, Haltungsinsuffizienz, muskulärer Hartspann und verschmächtigte dorsale Rumpfmuskulatur, kein nervenwurzelbetontes neurologisches Defizit, beidseits verkürzte Ischiokruralmuskulatur, c) dezente Adipositas, d) klinischer Anhalt auf Alkohol-Foetor bei

der Untersuchung um 08.00 Uhr. Die vom Versicherten vorgetragenen Beschwerden am rechten Kniegelenk und am rechten Sprunggelenk fänden klinisch wie auch radiologisch ihr Korrelat. Dringend notwendig sei die Versorgung mit orthopädischen Schuhen; bei Bedarf sollten immer wieder physikalische Anwendungen und Physiotherapie in die Wege geleitet werden. Ansonsten zeigten sich altersentsprechende Befunde der Wirbelsäule wie auch der grossen/kleinen Gelenke der oberen/unteren Extremitäten. Ab sofort ergebe sich ein vollschichtiges Arbeitsvermögen für überwiegend sitzende Tätigkeiten ohne Einschränkungen der Leistungsfähigkeit. Auf Dauer seien zu vermeiden: ausschliessliches Gehen und Stehen, häufiges Bücken, häufiges Treppensteigen wie auch Einfluss von Kälte und Nässe. Von orthopädischer Seite ergebe sich kein Anhalt auf längere Arbeitsunfähigkeit seit 2007 in rentenberechtigendem Ausmass (Z. 306.36 S. 6 f.). In der polydisziplinären Beurteilung vom 25. Februar 2011 wurde ergänzend ausgeführt, die bisherige Arbeit als Gipser/Stuckateur sei nicht mehr zumutbar; die Arbeitsfähigkeit ausserhalb des ursprünglichen Berufs sei jedoch nicht eingeschränkt. Zumutbar sei eine sitzende Arbeit mit möglichst kurzen Gehdistanzen, ohne Notwendigkeit des Treppen- oder Leiternsteigens, und das Heben und Tragen von Lasten bis 10 kg. Eine Arthrodesse des rechten oberen Sprunggelenks bringe keine Rehabilitation, sondern nur eine symptomatische Verbesserung, ohne die Behinderung zu beheben (Z. 306 S. 21 ff.).

#### **E. 5.2.2.13**

Schliesslich hielt auch Dr. S. \_\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (vgl. auch C-act. 10), in seinem Gutachten der C. \_\_\_\_\_-Klinik vom 13. November 2013 (C-act. 9 Beilage 2) - das zwar nach dem Zeitpunkt der angefochtenen Verfügungen erstellt worden ist, jedoch aufgrund dessen, dass es sich um eine Verlaufsbeurteilung betreffend die orthopädischen Beschwerden seit 1994 handelt, vorliegend mit zu berücksichtigen ist (vgl. dazu Urteile des BVGer C-3084/2007 vom 24. Januar 2011 E. 6.6.4 m.w.H. und C-8403/2008 vom 2. September 2010 E. 2.3) - die Diagnosen fortgeschrittene invalidisierende posttraumatische OSG-Arthrose rechts, Status nach operativen Eingriffen am 22. August 1994, 23. Juni 1995 und 8. September 1995, oligosymptomatische femoro-patellare Arthrose Knie rechts, depressives Zustandsbild (medikamentös behandelt) und Zöliakie (ED 2002, diätetisch behandelt). In objektiver Hinsicht [klinische Untersuchung, Radiologie] habe sich die Situation am oberen Sprunggelenk rechts seit dem Gutachten der Uniklinik X. \_\_\_\_\_ aus dem Jahre 2003 nicht verändert; die gesamte Beweglichkeit des OSG rechts sei im Vergleich mit 2003 nicht verändert. Die Nachbargelenke seien unverändert geblieben und zeigten keine kompensatorischen degenerativen Veränderungen. Am rechten Knie sei eine beginnende femoro-patellare Arthrose festzustellen. In einer angepassten Tätigkeit (vorwiegend sitzende Tätigkeit, ohne häufige Steh- und Gehphasen, ohne Stehen und Gehen auf unebenen Böden, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Gewichten über 10 kg) bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100%, ohne zusätzliche Einschränkungen.

#### **E. 5.2.3**

Nicht umstritten ist vorliegend die Restarbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Gipser/Stuckateur, zumal die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung darauf abgestellt hat, der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig. Damit ergibt sich, dass seit Abschluss der Heilbehandlung durch die Unfallversicherung (Oktober 1996) alle Ärzte, mit Ausnahme der beiden Hausärzte, aus orthopädisch/rheumatischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit in angepassten Verweistätigkeiten, trotz Verletzung des

rechten oberen Sprunggelenks, bestätigen. Soweit der Beschwerdeführer beschwerdeweise und mit Replik geltend macht, die Hausärztin habe seit Oktober 2002 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestätigt, kann dieser seitens der Hausärzte D.\_\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_\_ (chronologisch: Z. 183.8, 183.9, 183.5, 183.3, 186.1, 277.19, 277.18, 234.1, 264.1, 298.1) nicht weiter begründeten, pauschalen und ohne Auseinandersetzung mit zahlreichen abweichenden gutachterlichen Beurteilungen erfolgten Würdigung nicht gefolgt werden und ist auf die diesbezügliche Beurteilung der Vorinstanz abzustellen (vgl. zur Beweiskraft von Berichten der Hausärzte auch BGE 135 V 465 E. 4.5 m.w.H.).

### **E. 5.3**

In einem weiteren Schritt ist zu prüfen, ob zwischen 1999 (erstmalige Hinweise in den Arztberichten auf psychische Probleme) und 2011 (Zeitpunkt der angefochtenen Verfügungen) eine psychische Erkrankung vorgelegen hat, die im Frühjahr 2003 ursächlich für den Abbruch der Umschulung zum Technischen Kaufmann gewesen sei (B-act. 1, 5, 12) beziehungsweise seit deren Auftreten zu einer rentenrelevanten Invalidität geführt habe.

#### **E. 5.3.1**

Der Beschwerdeführer macht - unter Bezugnahme auf verschiedene Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der Hausärzte - geltend, er sei seit Mitte November 2001 nicht mehr arbeitsfähig und habe deshalb die Umschulung nicht weiterführen können (Z. 138, 146.1, 183.3, 183.5, 183.8 f., 186.1, 277.19, 277.18, 234.1). Beschwerdeweise ergänzt er, die medizinischen Berichte enthielten auch Hinweise auf eine depressive Erkrankung bereits seit 1999 (C-act. 1).

##### **E. 5.3.2.1**

Wie dem Schlussbericht der Berufsberaterin vom 9. Mai 2000 entnommen werden kann, äusserte sich der Beschwerdeführer an einem Standortgespräch am 22. November 1999 ihr gegenüber dahingehend, dass er die Schule in W.\_\_\_\_\_, an welcher er zum Technischen Kaufmann hätte umgeschult werden sollen (Z. 161.34), ab 18. Mai 1999 nicht mehr besucht habe, weil das Taggeld noch nicht oder sehr verspätet eingetroffen sei. In einem weiteren Gespräch am 2. Mai 2000 habe er denselben Grund genannt. Er sitze nur zuhause und mache nichts; ausser Segeln und der Schifffahrt interessiere ihn nichts. Wegen der sehr belastenden beruflichen Situation sei er in R.\_\_\_\_\_ einmal zum Psychiater Dr. T.\_\_\_\_\_ gegangen (Z. 84.1 f.).

##### **E. 5.3.2.2**

In einer ersten psychiatrischen Begutachtung am 11. Dezember 2000 in der MEDAS A.\_\_\_\_\_ konnte Dr. U.\_\_\_\_\_ - gestützt auf eine persönliche Exploration des Beschwerdeführers am 5. Dezember 2000 - keine invaliditätsbegründende psychiatrische Diagnose erkennen. In der Befunderhebung beschrieb er einen bewusstseinsklaren und allseits orientierten Exploranden, der sich kooperativ an der Untersuchung beteilige. Auffallen sei eine etwas erhöhte vegetative Labilität, indem der Explorand rasch erröte. Der Gedankengang sei unauffällig, sachlich und aufs Thema bezogen. Es fänden sich keine Hinweise auf Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, ebenso fehlten Hinweise auf Zwänge und psychotische Phänomene. Er wirke affektiv gut moduliert, es sei gut möglich, einen unkomplizierten Kontakt zu ihm herzustellen, mehrmals lache er auch. In keiner Weise wirke er übertrieben oder aggravierend. Psychomotorisch sei er ruhig und unauffällig (Z. 100.3). In der interdisziplinären Beurteilung vom 15. Dezember 2000 wurde festgehalten, dass mangels einer psychiatrischen Diagnose keine Arbeitsunfähigkeit bestehe

(Z. 103.12).

#### **E. 5.3.2.3**

Dem Verlaufsprotokoll der IV-Stelle Z. \_\_\_\_\_ vom 21. März 1996 bis 10. Juli 2002 ist mit Datum vom 22. November 1999 folgender Eintrag zu entnehmen: "Er habe noch kein Taggeld erhalten, deshalb habe er auch keine Motivation, zur Schule zu gehen. Er würde wahrscheinlich kein Taggeld bekommen [...]." Der Eintrag vom 8. Dezember 1999 enthält folgende Aussage: "Bis im Frühling müsse er die Fächer nachgeholt haben, sonst fliege er dann schon raus. Alles läge am Willen. V. \_\_\_\_\_ glaubt nicht, dass er die Schule schafft, wegen mangelndem Einsatz, die Intelligenz wäre vorhanden [...]" Hinweise auf psychische Probleme finden sich im Protokoll bis zu diesem Datum nicht. Am 2. Mai 2000 ist folgender Eintrag vermerkt: "Er mache nichts, er habe Schulden. V [der Versicherte] behauptet, er hätte die Umschulung nie gewollt. Er hätte auch nie nach W. \_\_\_\_\_ gewollt. Er gehe nicht mehr in eine Handelsschule. Gibt zu, dass er keine Motivation hat [...]. Er sei bei Dr. T. \_\_\_\_\_, Psychiater in R. \_\_\_\_\_, wegen seiner Depressionen [...]. Mit dieser Motivation wird er nirgendwo genommen. Wegen der Taggeldsituation sei er nicht mehr gegangen [...]. Er wünscht die Prüfung neuer Möglichkeiten. V hat sich um nichts gekümmert, keine Ahnung was". Dem Eintrag vom 12. April 2002 wiederum ist zu entnehmen: "Vom 16.11.[2001] bis 25.01.[2002] sei er krank geschrieben von Dr. D. \_\_\_\_\_ in U. \_\_\_\_\_, er habe Zöliakie = Darmerkrankung, Unverträglichkeit von Getreide etc., er müsse Diät leben und könne vieles nicht essen. Er habe im Wohnwagen gelebt. Er sei nicht mehr zur Schule gegangen, weil er den Anschluss zur Schule verloren habe. Er sei völlig zusammengebrochen, habe alle sozialen Kontakte abgebrochen, habe kein Glas mehr halten können und nicht mehr geschlafen. Er kann nicht sagen, warum er sich nicht gemeldet habe. Es habe ihm auch gestunken, uns zu melden, wir tun ja auch nichts für ihn. Er hat keine Ahnung, wie es weitergehen könnte [...]. Er könne nicht schlafen, er habe Schweissausbrüche etc. Er könne ausserhalb nichts essen. Psychisch gehe es ihm schlecht. Er habe Reizungen - Reizdarm. Seit Ende Januar habe er keinen Kontakt mehr zur Schule gehabt. Er komme mit dem Stoff nicht mehr nach. Vorher sei er in der Schule gut gewesen. Er habe keine Probleme gehabt. Nach Eintritt der Behinderung habe er sich nicht mehr konzentrieren können" (Z. 126.1 - 12). In einem Schreiben der IVSTA an die IV-Z. \_\_\_\_\_ vom 15. März 2002 ist erwähnt, dass gemäss den beiliegenden Unterlagen der Beschwerdeführer seit dem 16. November 2001 "wegen Krankheit" nicht mehr an der Umschulung teilnehme (Z. 138.1). In den beigefügten ärztlichen Attesten vom 11. Dezember 2001 und 21. Januar 2002 der Gemeinschaftspraxis Dr. D. \_\_\_\_\_ /Dr. E. \_\_\_\_\_ wird "wegen Krankheit" bescheinigt: Arbeitsunfähigkeit vom 16. November bis 22. Dezember 2001 (Z. 138.4), Arbeitsunfähigkeit vom 7. bis 25. Januar 2002 (Z. 138.6). Einem später erstellten Verlaufsprotokoll (Z. 192.15) ist folgender Eintrag per 7. November 2002 zu entnehmen: "Tel. mit W. \_\_\_\_\_ Handelsschule, Herr X. \_\_\_\_\_: Herr A. \_\_\_\_\_ habe ein ärztliches Zeugnis vom 30.10. - 01.11. (3 Tage) wegen Rückenproblemen. Sonst fehlt er nur stundenweise, er sei etwas depressiv. Generell sei alles in Ordnung."

#### **E. 5.3.2.4**

Dr. Y. \_\_\_\_\_, Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 14. Februar 2003 erstmals eine mittelgradige depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10: F33.1). In der Anamnese führte sie an, der Beschwerdeführer habe berichtet, er habe seit Ende Oktober 2002 zunächst an einzelnen Tagen, ab Anfang

November 2002 dann fast durchgängig, unter einer rätselhaften Antriebsschwäche gelitten. Er sei tageweise im Bett gelegen, sei nicht in der Lage gewesen, den Haushalt zu machen oder auch nur die Post zu öffnen. Er habe es zum Teil nicht einmal geschafft, zum Arzt zu gehen, um sich eine Krankmeldung zu besorgen, sodass er in der Schule unentschuldig gefehlt habe [...]. Im Medizinischen hält sie fest, dass vor drei Jahren zum Jahresende hin [Ende 1999] diverse unklare körperliche Beschwerden bestanden hätten, im Winter letzten Jahres [2002] "körperlich-seelischer Zusammenbruch", nächtelang nicht geschlafen, Diarrhöe. Gemäss Beurteilung "käme" als Hintergrund für die aktuelle depressive Symptomatik wegen der Symptombildung schon im Vorjahr und der endogen [aus inneren Ursachen] anmutenden Beschwerden differentialdiagnostisch eine saisonal abhängige Depression in Frage, andererseits habe der Beschwerdeführer auch schon im letzten Winter unter massivem äusserem Druck gestanden. Nach wenigen Gesprächen dränge sich jedenfalls auch der Eindruck einer neurotischen Konfliktsituation auf [...] (Z. 186.3).

#### **E. 5.3.2.5**

Der Hausarzt Dr. D. \_\_\_\_\_ nannte am 1. April 2003 - unter Hinweis auf die Beurteilung von Dr. Y. \_\_\_\_\_ und als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit - eine "Depression, am ehesten im Rahmen einer neurotischen Konfliktsituation", bestehend seit ca. Herbst 2002 (Z. 186.1).

#### **E. 5.3.2.6**

Dem Verlaufsprotokoll der IV-Z. \_\_\_\_\_ (Z. 192.15 f.) ist im Eintrag vom 12. Mai 2003 zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit dem 24. Februar 2003 nicht mehr arbeitsunfähig erklärt sei. In die Schule sei er jedoch nicht mehr zurückgegangen. Er gehe nicht, weil es ihm psychisch nicht gut gehe [...]. Er traue sich zur Zeit keine beruflichen Massnahmen zu, es gehe ihm psychisch zu schlecht. Er gehe nicht in psychiatrische Behandlung, weil Frau Dr. Y. \_\_\_\_\_ keine neuen Patienten nehme. Sie habe ihm jedoch eine Liste mit anderen Psychiatern gegeben. Er habe sich jedoch noch nicht um einen ärztlichen Psychotherapeuten bemüht. Er könne nicht erklären, warum er nicht mehr in die Schule gehe. Zu Beginn der Umschulung sei es sehr gut gegangen [...]. Trotzdem sei er in ein Tief gefallen. Er könne sich alleine nicht dazu aufraffen, eine Psychotherapie zu absolvieren. Er könne sich auch nicht aufraffen, an die Schule zurückzugehen. Er wünsche sich von der IV die Auflage einer Psychotherapie (stationär), um wieder mit der Umschulung beginnen zu können, sobald es ihm besser gehe. Er sehe ein, dass er berufliche Massnahmen schon zu oft abgebrochen habe. Er könne jedoch nicht sagen, warum er es immer wieder tue. Es hänge einfach mit seiner depressiven Verfassung zusammen.

#### **E. 5.3.2.7**

Am 1. Oktober 2003 erstellte Dr. Z. \_\_\_\_\_ im Auftrag der IV-Z. \_\_\_\_\_ vom 24. Juli 2003 und nach persönlicher Exploration des Beschwerdeführers am 30. September 2003 ein psychiatrisches Gutachten. Darin hielt er - nach Würdigung der Vorakten, persönlicher Anamnese und Befunderhebung die Diagnose "Verdacht auf unreife psychasthenische instabile Persönlichkeit mit wenig Ausdauer und Durchhaltevermögen (ICD-10: F68.8)" fest. Im Befund beschrieb er einen ruhigen, entspannten, gelassenen Mann, der sehr gesprächig und kooperativ sei. Bei der Anamneseerhebung habe er etwas Mühe mit der Reihenfolge der eingeleiteten Umschulungsversuche gehabt, habe sich aber kritisch und selbstkritisch gegenüber den bisherigen Eingliederungsversuchen gezeigt [...]. Er sei während des Gesprächs bewusstseinsklar, allseits orientiert und völlig geordnet gewesen.

Es habe keine Anhaltspunkte für Merkfähigkeits-, Auffassungs- und Gedächtnisstörungen gegeben. Die Konzentrationsfähigkeit sei gut gewesen. Es hätten sich keine Anhaltspunkte für Wahnideen, Sinnestäuschungen feststellen lassen. Stimmungsmässig sei der Patient nicht aufgefallen, der affektive Rapport sei gut herstellbar gewesen. Er habe sich in einer mittleren Stimmungslage befunden, Anhaltspunkte für Wahnideen, Sinnestäuschungen hätten sich nicht feststellen lassen. In der Beurteilung ergänzte er, der Beschwerdeführer zeige sich als haltschwach, abhängig, emotional labil mit wenig Ausdauer und Durchhaltevermögen. Das Problem der beruflichen Eingliederung stehe in Verbindung mit Persönlichkeitseigenschaften des Versicherten. Die von der in Deutschland tätigen Psychiaterin festgestellte depressive Störung sei als passager und auf die schwierige psychosoziale Situation reaktiv ausgelöst zu betrachten. Sie sei nach seinem Dafürhalten für das Scheitern der Eingliederungsversuche nicht wesentlich massgebend. Aus der Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers lasse sich eine Invalidität nicht ableiten. Der Patient sei aus psychischen Gründen als voll arbeits- und umschulungsfähig zu betrachten (Z. 206).

#### **E. 5.3.2.8**

In einer Stellungnahme vom 9. Oktober 2003 beurteilte Dr. A.A.\_\_\_\_\_ des RAD das Gutachten aus versicherungsmedizinischer Sicht als nachvollziehbar. Reaktive Depressionen und äussere Lebensumstände seien nicht als invalidisierend im Sinne der Gesetzgebung zu betrachten (Z. 208).

#### **E. 5.3.2.9**

In einer undatierten Stellungnahme (Eingang beim Beschwerdeführer am 18. Dezember 2003) äusserte der behandelnde (vgl. Z. 202.1) Psychotherapeut, Dr. B.B.\_\_\_\_\_, Kritik am Gutachten und erklärte, dass der Beschwerdeführer seit Beginn der psychotherapeutischen Behandlung am 29. Juli 2003 zweifellos unter einer mittelgradigen rezidivierenden Depression (ICD-10: F33.1) gelitten habe. Diese sei besonders gekennzeichnet gewesen durch eine ausgeprägte Antriebsschwäche, Schlafstörungen mit Morgentief und Orientierungslosigkeit (...). Eine von verschiedenen Ärzten diagnostizierte mittelgradige Depression lasse sich nicht einfach im Nachhinein wegdiskutieren. Laut ICD-10 bestehe bei dieser Diagnose Arbeitsunfähigkeit, solange sie dauere (Z. 221.3). Die Hausärztin Dr. E.\_\_\_\_\_ diagnostizierte in der Folge am 10. März 2004 als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine endogene Depression mit neurotischer Konfliktsituation bestehend seit Oktober 2002 (...). In den "ärztlichen Angaben" führte sie aus, der psychische Zustand sei gar nicht so schlecht, zurzeit befinde sich der Beschwerdeführer in Psychotherapie. Im Begleitblatt ergänzte sie, die Umschulung sei aufgrund der Depression "wohl abgebrochen" worden; unter konsequenter antidepressiver Therapie sei eine Umschulung möglich (Z. 234.1). In einem weiteren Arztbericht vom 22. April 2004 führte Dr. B.B.\_\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer sei seit 29. Juli 2003 bei ihm in Behandlung, die Eingangsdiagnose sei damals eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) gewesen. Damals sei der Patient mit Sicherheit aus psychologischer Sicht arbeitsunfähig gewesen. Der psychische Zustand sei gekennzeichnet gewesen durch stark verminderten Antrieb, Konzentrationsstörungen, stark reduzierten Selbstwert und vor allem pessimistischer Zukunftsperspektive. Erstmals habe der Beschwerdeführer im Oktober 1999 unter Depressionen gelitten. Seit dieser Zeit habe sich eine Depression immer in den Herbstmonaten ab Ende Oktober eingestellt. Diese habe dann meist bis Mitte Januar gedauert. Heute könne von einer leichten depressiven Störung

gespröchen werden. Er sei jedoch nach wie vor nicht besonders belastbar. Er lasse sich leicht entmutigen und reagiere auf zu starke Belastung mit deutlicher Antriebsschwäche und ausgeprägtem Vermeidungsverhalten. [...]. Bisherige Umschulungsversuche seien wohl wegen der zu theoretischen Ausrichtung gescheitert. Der Beschwerdeführer habe sich mit den Lerninhalten nicht identifizieren können und sei in eine Depression abgerutscht. Er benötige bis auf weiteres psychotherapeutische Behandlung (Z. 235.6).

#### **E. 5.3.2.10**

Im früher erwähnten Gutachten des AEH vom 2. Dezember 2005 diagnostizierten die Gutachter in psychischer Hinsicht den Verdacht auf eine psychasthenische instabile Persönlichkeit und im Zusammenhang mit Oberbauchschmerzen auf ein psychosomatisches Leiden. Sie wiesen jedoch gleichzeitig darauf hin, dass - trotz fehlenden Verdachts auf ein die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigendes relevantes psychiatrisches Leiden - eine aktuelle psychiatrische Begutachtung von Nutzen sei. Jedoch habe der bestellte Konsiliarpsychiater aus gesundheitlichen Gründen die psychiatrische Evaluation absagen müssen (Z. 248, 250.5 ff.). Bei dieser Sachlage ist auf die psychiatrische Beurteilung im Gutachten AED vorliegend nicht abzustellen.

#### **E. 5.3.2.11**

In zwei Arztberichten der C.C.\_\_\_\_\_ -Klinik vom 22. Januar und 22. Februar 2007, in welcher sich der Beschwerdeführer stationär vom 1. Dezember 2006 bis 10. Januar 2007 aufhielt, wird dem Beschwerdeführer eine schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2), "bestehend seit ca. 2 Jahren", attestiert. Im Bericht vom 22. Februar 2007 führten die Ärzte jedoch auf Nachfrage der IV-Z.\_\_\_\_\_ aus, eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit habe vom 1. Dezember 2006 bis 10. Januar 2007 bestanden. Unter der durchgeführten Therapie habe sich die depressive Symptomatik als deutlich rückläufig gezeigt. Unter weiterer ambulanter Therapie mit Fokussierung auf die Konfliktfelder sei zu erwarten, dass die depressive Symptomatik keine dauernde Einschränkung für die generelle Arbeitsfähigkeit des Patienten habe. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit zu 100% durchaus denkbar (Z. 264.5 [mit Einschwäzungen und Auslassungen], 263.3 f.).

#### **E. 5.3.3**

Damit ist festzustellen, dass für das Bestehen einer invaliditätsrelevanten andauernden Depression (ICD-10: F33.1, vgl. Urteil des BGer 9C\_478/2011 E. 5.2) bereits ab dem Jahre 1999 keine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehenden Hinweise aus den Akten entnommen werden können. In seinem Bericht vom 22. April 2004 begründet Dr. B.B.\_\_\_\_\_ nicht, worauf er die Erkenntnis, der Beschwerdeführer leide seit Oktober 1999 an Depressionen, abstützt. Noch am 14. Februar 2003 führte die behandelnde Psychiaterin Dr. Y.\_\_\_\_\_ ihrerseits aus, vor drei Jahren zum Jahresende hin (d.h. Ende 1999) hätten diverse unklare körperliche Beschwerden bestanden. Eine deutliche Antriebsschwäche habe der Beschwerdeführer auf November 2002 datiert (vgl. Anamnese in Z. 186.3). Dieser Beurteilung entsprechend hielt der Gutachter der MEDAS A.\_\_\_\_\_ in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 11. Dezember 2000 fest, es bestehe keine relevante Diagnose aus psychiatrischer Sicht (Z. 100.1). Gegenteiliges ist auch nicht den oben wiedergegebenen Protokolleinträgen der IV-Z.\_\_\_\_\_ zu entnehmen. Soweit die Gutachter der MEDAS B.\_\_\_\_\_ in ihrem interdisziplinären Gutachten vom 25. Februar 2011 die früher gestellten Diagnosen von rezidivierenden depressiven Störungen bestätigten (Z. 306.23), ist bezüglich der Situation zwischen 1999 und 2002 auf das oben

Gesagte und die Präzisierung des Fachgutachters, wonach diese Diagnose anamnestisch, also gestützt auf die Aussagen des Beschwerdeführers und ohne entsprechendes klinisches Korrelat, erhoben worden sei (Z. 306.34), zu verweisen. Nicht zu berücksichtigen ist schliesslich die Diagnosestellung "depressives Zustandsbild" in den beiden Gutachten der Uniklinik X.\_\_\_\_\_ vom 30. Mai 2003 (C-act. 10 Beilage) und der C.\_\_\_\_\_ -Klinik vom 13. November 2013 (C-act. 9 Beilage 2), da es sich beide Male um ein orthopädisches Verlaufsgutachten handelt, der Gutachter zur psychischen Situation keine Aussagen gemacht und keine eigene Beurteilung vorgenommen hat und die Diagnosestellung keiner offiziellen (ICD-) Terminologie entspricht. Im Weiteren ist den medizinischen Berichten - entgegen der wiederholten Kritik des Beschwerdeführers - klar und in Übereinstimmung mit der Beurteilung des Gutachters Dr. Z.\_\_\_\_\_ (die vom Arzt des RAD am 9. Oktober 2003 aus versicherungsmedizinischer Sicht als nachvollziehbar erachtet wurde [Z. 208]) zu entnehmen, dass die ab Herbst 2002 diagnostizierte Depression nur passagerer Natur war. So führte Dr. Y.\_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 14. Februar 2003 aus, differentialdiagnostisch komme eine saisonal abhängige Depression in Frage. Auch der das Gutachten Z.\_\_\_\_\_ bestreitende Dr. B.B.\_\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 22. April 2004 aus, seit 1999 habe sich eine Depression immer in den Herbstmonaten ab Ende Oktober eingestellt. Diese habe dann meist bis Mitte Januar gedauert. Heute könne von einer leichten depressiven Störung gesprochen werden. In der Sozialanamnese des Gutachtens der Uniklinik X.\_\_\_\_\_ vom 30. Mai 2005 wurde zudem erwähnt, dass der Beschwerdeführer saisonal Segeljugend-Ausbildung betreibe, was ebenfalls gegen eine andauernde schwere Depression spricht (C-act. 10 Beilage S. 7). Damit liegen für den Zeitraum bis 2005 (vgl. dazu unten die Beurteilung der C.C.\_\_\_\_\_ -Klinik) keine Hinweise auf eine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegebene andauernde psychische Erkrankung vor.

#### **E. 5.3.4**

Für die Beurteilung ab 2005 ergeben die Akten ebenfalls keine klaren Hinweise auf eine andauernde rentenrelevante Depression: Den Berichten der C.C.\_\_\_\_\_ -Klinik vom 22. Januar und 22. Februar 2007 ist zwar zu entnehmen, dass mit Eintritt in die stationäre Behandlung im Dezember 2006 eine schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2) diagnostiziert wurde (Z. 264.7), was sich notabene mit den bisherigen Befunden einer passageren, auf die Herbst-/Wintermonate beschränkten Depression deckt. Jedoch stützt sich die Aussage, die Depression bestehe seit zirka zwei Jahren, offenbar ausschliesslich auf die Aussagen des Beschwerdeführers in der Anamnese, da beide Berichte keine weiteren Hinweise enthalten, woraus die Klinik auf eine seit 2005 vorliegende andauernde schwere depressive Episode schloss. Zudem ist trotz zahlreicher Vorakten für den Zeitraum zwischen 2005 und anfangs 2007 weder eine regelmässig durchgeführte ambulante noch eine stationäre psychiatrische Behandlung aktenkundig. Der einzige ärztliche Hinweis ist dem Gutachten des AEH vom 2. Dezember 2005 zu entnehmen, wonach - nicht von einem Fachgutachter festgestellt - "zurzeit keine sicheren Hinweise für eine depressive Episode bestehen" (Z. 250.7). Des Weiteren attestierte die C.C.\_\_\_\_\_ -Klinik auf Nachfrage der IV-Z.\_\_\_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit zu 100% nur vom 1. Dezember 2006 bis 10. Januar 2007 und führte aus, unter der angegebenen Therapie habe sich die depressive Symptomatik deutlich rückläufig entwickelt, der Patient werde in deutlich gebessertem Zustand, ohne Verschreibung einer Dauermedikation, entlassen (Z. 264.5, 264.8). Aus psychiatrischer/psychotherapeutischer Sicht sei die bisherige Tätigkeit noch zumutbar und sei eine volle Leistungsfähigkeit bei kontinuierlicher, ambulanter Begleitung

wahrscheinlich. Eine bleibende Einschränkung von mindestens 20% bestehe aus ihrer Perspektive nicht (Z. 263.7), aus psychiatrischer Sicht sei eine Arbeitsfähigkeit zu 100% durchaus denkbar (Z. 263.4). Am 20. Mai 2007 wiederum bestätigte die Hausärztin Dr. E. \_\_\_\_\_ eine schwere depressive Episode, ohne dass ihrem Bericht zu entnehmen wäre, worauf sich diese Diagnose abstützt. Zudem hielt sie gleichzeitig eine Arbeitsunfähigkeit zu 100% vom 1. Dezember 2006 (nur) bis 10. Januar 2007 fest (Z. 264.1).

### **E. 5.3.5**

Die medizinischen Akten enthalten nach diesem Zeitpunkt einzig mit Entlassbrief der Tagesklinik R. \_\_\_\_\_, einem Psychiatriezentrum in Q. \_\_\_\_\_, vom 30. Januar 2009, wieder Hinweise auf die psychische Situation des Beschwerdeführers. Dieser befand sich von 22. Oktober 2008 bis zum 30. Januar 2009 in der Tagesklinik in teilstationärer Behandlung. Dr. D.D. \_\_\_\_\_ erhob als Befunde eine in allen Qualitäten orientierte Person, Verdacht auf Störungen in Konzentration und Aufmerksamkeit, keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen, der Antrieb wirke gehemmt, affektiv sei der Patient gedrückt, gelegentlich stünden ihm Tränen in den Augen, er erzähle flüssig und geordnet von seiner Problematik, Betonung der körperlichen Problematik, wenig Selbstbeobachtungsfähigkeiten bezüglich Stimmung, kein Anhalt für Suizidalität, anamnestisch keine Suizidversuche, Krankheitsgefühl vorhanden, therapiemotiviert, und diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), und schädlichen Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1). In der zusammenfassenden Beurteilung führte er aus, profitieren können habe der Patient vor allem vom strukturieren Setting in der Tagesklinik, die depressive Symptomatik sei zuletzt vollständig remittiert gewesen, der Alkoholkonsum auf ein vertretbares Mass deutlich reduziert. Er sehe den Patienten aufgrund verminderter Stressresistenz auf dem ersten Arbeitsmarkt nur eingeschränkt belastbar. Dies finde unter anderem bereits Niederschlag in der Anerkennung eines Grades der Behinderung (GdB) von 50%. Eine weitere, ambulante psychotherapeutische Betreuung erscheine sinnvoll (Z. 291.3). Schliesslich ist dem psychiatrischen Zusatzgutachten von Dr. E.E. \_\_\_\_\_ der MEDAS B. \_\_\_\_\_ vom 4. Februar 2011 - gestützt auf eine persönliche psychiatrische Exploration und Untersuchung am 27. Januar 2011 - zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer "auch in den Monaten" nach der Entlassung aus der Tagesklinik R. \_\_\_\_\_ bei guter Tagesstruktur und stabilem Befinden immer wieder ambulant dorthin gegangen sei; nach endgültiger Stabilisierung habe er dies dann aber nicht mehr getan (Z. 306.29 "fachspezifische persönliche Anamnese"). Aktuell verbringe er viel Zeit bei den Eltern, bedingt durch die Krankheit des Vaters und die Hilfsbedürftigkeit der Mutter. Dadurch habe er Beschäftigung, was insgesamt seiner Stimmung und seinem Antrieb gut tue (...). Er leiste Hausarbeit, könne auch ein wenig kochen, abends schaue er meistens fern, er habe wenig Aussenkontakte, gehe kaum weg, da er grosse finanzielle Sorgen habe. Er habe gute Kontakte im Ort, sei auch Kassier im Dorfverein; er habe zirka vier bis fünf Freunde, die im Ort wohnten, einmal im Monat komme es zu einem Treffen mit alten Freunden aus der Schulzeit. Wenn das Wetter schön sei, paddle er gerne auf dem Bodensee (...). Derzeit habe er keine ambulante Psychotherapie, besuche auch keinen Psychiater regelmässig, zweimal pro Quartal gehe er zur Hausärztin, die ihm das Mirtazapin verschreibe. Den Kontakt zur Tagesklinik halte er nicht mehr (...). Er fahre mit dem Auto, erledige alle Einkäufe selbst (...). Als Hobbys gibt er die Imkerei an, Tischtennispielen sowie Faltbootpaddeln (...). Seit Februar 2010 habe er Kontakt zum örtlichen Imkerverein aufgenommen, so dass er zumindest während der

Saison wöchentliche Vereinstreffen wahrnehme. Er bemühe sich, ausreichend Wissen und Fähigkeiten zu erwerben, um in diesem Jahr zirka zehn Bienenstöcke von älteren Mitgliedern des Vereins übernehmen zu können. Er freue sich darauf, sich um die Bienen zu kümmern und ein komplettes Bienenhaus zu übernehmen (...). Jetzt helfe er gelegentlich im Ehrenamt bei der Lebenshilfe O.\_\_\_\_\_ und kümmere sich um Behinderte. Dies mache ihm Freude und könnte eventuell auch eine Perspektive für weiteres berufliches Engagement sein (...). Er leide unter Zukunftsängsten, er fühle sich aber seit Juni 2010 besser (Z. 306.29 - 31). Im Befund erhob der Gutachter einen wachen, orientierten und zu Zeit, Ort und Begutachtungssituation vollständig orientierten Versicherten. In der Primärpersönlichkeit wirke der Versicherte freundlich und wenig belastungsfähig. Eine Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 lasse sich nicht diagnostizieren; Frustrationstoleranz und Impulskontrolle seien ausreichend intakt. Ein Nachlassen von Aufmerksamkeit, Ausdauer und Konzentrationen seien nicht erkennbar. Der inhaltliche und formale Gedankengang seien geordnet, zu keinem Zeitpunkt depressiv gehemmt oder gesperrt. Psychotische Denkinhalte lägen nicht vor; es bestehe keine paranoide Symptomatik, kein Schuldwahn, keine Halluzinationen, keine illusionären Verkennungen. Der Versicherte wirke ausreichend schwingungsfähig. Mimik und Gestik unterstrichen den jeweiligen Affekt stets synthym [passend]. Im Affekt wirke er durchaus schwingungsfähig und zeige eine angemessene emotionale Resonanz, gelegentlich klängen Traurigkeit und Verbitterung an, von der sich der Versicherte aber gut lösen und sich im Gespräch aufheitern könne (...). Die Stimmung sei nicht einer zirkadianen Rhythmik unterworfen. Die Willens- und Antriebsbildung zeige aktuell keine krankhaften Beeinträchtigungen (Z. 306.31 - 33). In der Gesamtbeurteilung führte der Gutachter aus, der Versicherte leide anamnestisch seit 1999 unter rezidivierenden depressiven Störungen, weil diese Diagnose 2003 ambulant gestellt worden sei, und eine klinisch fassbare depressive Episode 2007 habe stationär behandelt werden müssen. Nach der Entlassung sei es erneut zu deutlicher Antriebsstörung gekommen. Im Zuge einer tagesklinischen Behandlung 2008/2009 sei es aber zu einer anhaltenden Stabilisierung gekommen. Der Versicherte sei in der Lage, sich um seine Eltern zu kümmern, seinen Alltag zu regeln und seine sozialen Kontakte aufrecht zu erhalten. Auch hedonistische Tendenzen seien erkennbar. Im psychopathologischen Befund seien keine wesentlichen depressiven Symptome auszumachen. Ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung werde vom Versicherten derzeit nicht für notwendig erachtet. Eine kontinuierliche antidepressive Behandlung werde aber fortgeführt, um Rezidive zu vermeiden; dies werde mit Mirtazapin 30 durchgeführt und stelle eine relativ milde Behandlungsoption dar (Z. 306.34). Als Diagnosen mit Relevanz für die Arbeits- und Leistungsfähigkeit erhob er rezidivierende depressive Störungen, derzeit remittiert (ICD-10: F33.0), und erachtete den Beschwerdeführer aus rein psychiatrischer Sicht in der Lage, seinem körperlichen Leistungsvermögen angepasste Arbeiten vollschichtig auszuüben; wegen der persistierenden Vulnerabilität [Verwundbarkeit] auf dem Boden einer rezidivierenden depressiven Störung sei die Leistungsfähigkeit um 20% dauerhaft gemindert. Er empfahl eine regelmässige ambulante psychiatrische Fachbehandlung (Z. 306.34 f.). In der interdisziplinären Beurteilung hielten die Gutachter der MEDAS B.\_\_\_\_\_ fest, dass die Arbeitsfähigkeit ausserhalb des ursprünglichen Berufs nicht eingeschränkt sei. In Betracht fielen sitzende Arbeiten mit möglichst kurzen Gehdistanzen, ohne Notwendigkeit des Treppen- oder Leiternsteigens, Heben und Tragen bis 10 kg, während 8-9 Stunden pro Tag; dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von 20%. Die Arbeitsfähigkeit sei mit grosser Wahrscheinlichkeit während der

psychiatrischen Behandlung 2008/2009 nicht gegeben gewesen; soweit retrospektiv beurteilbar, scheine sie seit Jahresbeginn 2010 uneingeschränkt wieder vorhanden zu sein (Z. 306.21 - 23).

#### **E. 5.3.6**

Damit kann auch für den Zeitraum zwischen 2005 und 2011 keine relevante Einschränkung in psychiatrischer Hinsicht attestiert werden. Zwar bestätigen die Arztberichte mehrfach das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.0 bis F33.2), jedoch erweist sich diese aufgrund der Akten als vorübergehender Natur und konnte der Beschwerdeführer, soweit er stationär oder teilstationär behandelt worden war, jeweils in deutlichem gebessertem psychischem Zustand, der die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit erlaubt hätte, aus der Behandlung entlassen werden. Eine andauernde begleitende ambulante Fachbehandlung ist ebenfalls nicht aktenkundig. Die Ärzte der MEDAS B. \_\_\_\_\_ attestieren einzig eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit in angepassten Verweistätigkeiten von 20%, was zwar der früheren Einschätzung der Tagesklinik R. \_\_\_\_\_ von 50% widerspricht, worauf jedoch aufgrund dessen, dass der Beschwerdeführer zwischenzeitlich seinen Alltag selber regelt, seine Eltern betreut, soziale Kontakte aufrecht erhält, im Privaten gewisse Verantwortlichkeiten (Kassier, Bienenzüchter, Betreuung Behinderter) übernommen hat (vgl. E. 5.3.5) vorliegend abzustellen ist. Nicht gefolgt werden kann indes der sinngemässen Würdigung der MEDAS B. \_\_\_\_\_, die Arbeitsfähigkeit sei - soweit beurteilbar - nach der psychiatrischen Behandlung 2008/2009 bis Jahresbeginn 2010 nur eingeschränkt vorhanden gewesen (Z. 306.23 f.), da diese Einschätzung der Beurteilung der Tagesklinik R. \_\_\_\_\_ in ihrem Entlassbrief vom 30. Januar 2009 widerspricht, wonach die depressive Symptomatik zuletzt vollständig remittiert gewesen sei. Soweit eine gewisse Einschränkung (auch) auf der Aussage basieren sollte, der Alkoholkonsum sei (bei der Entlassung) auf ein vertretbares Mass deutlich reduziert worden, ist auf die Praxis des Bundesgerichts zu verweisen, das in einer Alkoholsucht per se keine invaliditätsrelevante Erkrankung erkennt (vgl. Urteil des BGer 8C\_951/2010 vom 30. Mai 2011 E. 4.1 m.w.H.). Trotz gewisser Hinweise in den Arztberichten kann daher - wie oben dargelegt - nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Vorliegen einer andauernden psychischen Erkrankung geschlossen werden (vgl. oben E. 3.5, 3.6).

#### **E. 5.4**

Den medizinischen Akten sind weitere gesundheitliche Einschränkungen zu entnehmen. Nachfolgend bleibt deshalb zu prüfen, ob diese Einschränkungen einen relevanten Einfluss auf die Integrations- und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hatten. Das MEDAS A. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 15. Dezember 2000 nennt unter den Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine akute Epicondylopathia humeri radialis [Tennisellbogen] links und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine arterielle Hypertonie sowie rezidivierende Oberbauchschmerzen. Bezüglich der Ellbogenproblematik führten die Gutachter in der Würdigung aus, die Epicondylopathia sei nur passagerer Natur und stehe der Ausübung einer angepassten Verweistätigkeit nicht entgegen. Dem entsprechend nennen die Gutachter der Uniklinik X. \_\_\_\_\_ (Gutachten vom 30. Mai 2003) in ihrem Befund keine Hinweise auf eine diesbezügliche Einschränkung (C-act. 10 Beilage S. 9). Ohne Relevanz für die Ausübung einer Verweistätigkeit erachteten die MEDAS A. \_\_\_\_\_-Gutachter die arterielle Hypertonie, die medikamentös behandelt werden kann und keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. Urteile des BGer

9C\_645/2007 vom 11. Oktober 2007 E. 2.1, 8C\_532/2011 vom 29. August 2011 E. 2), und wiederkehrende Bauchschmerzen (Z. 103.1). In seinem Bericht vom 6. Mai 2002 diagnostizierte der Hausarzt Dr. D.\_\_\_\_\_ bezüglich letzterer Beschwerden eine Refluxösophagitis [Entzündung infolge krankhaftem Rückfluss von saurer Magenflüssigkeit in die Speiseröhre] als Folge einer Hiatusinsuffizienz [Erweiterung des Zwerchfells auf Höhe des Speiseröhrendurchtritts] seit September 2000 und eine Zöliakie [chronische Erkrankung der Dünndarmschleimhaut auf Grund einer Überempfindlichkeit gegen Bestandteile von Gluten] seit Januar 2002 (Z. 146.1). Aufgrund der medizinischen Akten ist jedoch nicht ersichtlich, weshalb dem Beschwerdeführer hieraus die Ausübung einer angepassten Verweistätigkeit nicht möglich sein sollte. Ersterer Erkrankung wird mit Umstellung der Essgewohnheiten und nötigenfalls mit zusätzlicher medikamentöser Behandlung begegnet; in einem späteren Untersuchungsbericht (Gastroskopie) vom 23. Juli 2009 wurde gar festgehalten, eine Refluxösophagitis könne ausgeschlossen werden (Z. 298.5). Die Behandlung der Zöliakie erfolgt über Einhaltung einer glutenfreien Diät. So hielt auch der Hausarzt Dr. D.\_\_\_\_\_ fest (Z. 146.1), dass eine wesentliche Besserung unter glutenfreier Diät eingetreten sei. Jedoch sei eine Dauertherapie mit Protonenpumpenhemmer vermutlich lebenslanglich erforderlich; hierbei handelt es sich um eine medikamentöse Behandlung mit magensaftresistenten Kapseln oder Tabletten, die ebenfalls nicht die Arbeitsfähigkeit in dauerhafter Form einschränkt. Sowohl die Hausärztin Dr. E.\_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 20. Mai 2007 als auch die Gutachter der MEDAS B.\_\_\_\_\_ im Gutachten vom 25. Februar 2011 führten denn auch die Zöliakie unter den Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf (Z. 264.1, 306.1). In einem weiteren Bericht vom 1. April 2003 erwähnte der Hausarzt Dr. D.\_\_\_\_\_ funktionelle Herzbeschwerden seit 24. Oktober 2001, eine Colitis seit November 2001, einen Verdacht auf Fructoseintoleranz seit Januar 2002 und eine "Costalgie; akute Lumbalgie" seit Oktober 2002, alle ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Z. 186.1). In seinem Gutachten vom 2. Dezember 2005 führte das AEH folgende zusätzlichen (zu den orthopädisch/rheumatischen und psychiatrischen) Diagnosen an, die eine angepasste Verweistätigkeit (mittelschwere Arbeit mit Wechselbelastung bezüglich Gehen, Stehen und Sitzen) zu 100% zuliessen: arterielle Hypertonie, rezidivierende Oberbauchschmerzen und einen Fingertremor beidseits unklarer Ätiologie. Diese Würdigung ist ohne weiteres mit dem oben zur Arbeitsfähigkeit Gesagten zu vereinbaren. Inwiefern der Tremor negative Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe, ist dem in seiner Beurteilung dem AEH-Gutachten entgegenstehenden Bericht der Hausärztin vom 20. Mai 2007 (Z. 264.1) nicht ansatzweise zu entnehmen, weshalb diesbezüglich nicht darauf abzustellen ist.

### **E. 5.5**

Bei diesem Ergebnis ist im Übrigen den mehrfachen Rügen des Beschwerdeführers gegen das Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_\_ nicht zu folgen, zumal der Beschwerdeführer keine Gesamtwürdigung der Gesundheitsprobleme und ihrer medizinischen Beurteilung durch Hausärzte, behandelnde Fachärzte und Gutachter - wie oben aufgezeigt - vornimmt. Gleiches gilt auch für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden Hausärzte, die jeweils für längere Zeitperioden ohne eingehende Begründung eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert haben. Hinzuzufügen bleibt, dass der Beschwerdeführer gestützt auf einzelne Aspekte (in der jeweiligen Begutachtung) sämtlichen Gutachten die Beweiskraft abzuspochen versucht und im Gegenzug eine ausschliessliche Beurteilung durch die Hausärztin und die beiden behandelnden Fachärzte Y.\_\_\_\_\_ und B.B.\_\_\_\_\_ verlangt, ohne deren besondere Stellung zu ihm zu

berücksichtigen und deren Würdigung kritisch zu überprüfen (vgl. zur beweisrechtlichen Würdigung von Arztberichten und Gutachten BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen, siehe hievore E. 3.8.2). Seiner Auffassung kann daher nicht gefolgt werden. Es bleibt daher zusammenfassend festzuhalten, dass die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Gipser seit Abschluss der Heilbehandlungen der SUVA (Oktober 1996) bei 0% liegt, gleichzeitig eine angepasste Verweistätigkeit jedoch zu 100% ausgeübt werden konnte, mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20% seit 30. Januar 2009 (nach Entlassung aus der Tagesklinik R. \_\_\_\_\_) wegen persistierender Vulnerabilität auf dem Boden einer rezidivierenden depressiven Störung.

### **E. 6.1**

Es ist nunmehr in Würdigung des bisher Gesagten zu prüfen, ob die Vorinstanz mit Verfügung vom 12. Februar 2004 bzw. 29. März 2011 den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen und Wartetaggelder zu Recht abgewiesen hat. Dabei hat sie ihre Abweisungsverfügung auf eine Verletzung der Mitwirkungspflicht des Beschwerdeführers (Art. 21 Abs. 4 ATSG) abgestützt, da der Beschwerdeführer gemäss den ärztlichen Berichten nicht dergestalt krank gewesen sei, als dass er die Umschulung zum Technischen Kaufmann nicht wieder hätte aufnehmen können. Zudem argumentiert die Vorinstanz, der Beschwerdeführer habe während der Umschulung in Deutschland Arbeitslosengelder bezogen, weshalb der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen durch die schweizerische Invalidenversicherung erloschen sei (Z. 227, 316).

### **E. 6.2**

Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar (Art. 21 Abs. 4 ATSG).

### **E. 6.3**

Vorliegend wurde beschwerdeweise nicht geltend gemacht, das Mahnverfahren sei nicht korrekt durchgeführt worden, weshalb dies hier nicht zu prüfen ist. Das Bundesgericht hat mit Urteil 9C\_994/2009 vom 22. März 2010 E. 5 bezüglich der Entschuldigbarkeit der "Weigerung", an einer Eingliederungsmassnahme teilzunehmen, festgehalten, dass die Sanktion nach Art. 21 Abs. 4 ATSG nur so lange greifen könne, als zwischen Verhaltensweise und Schaden ein Kausalzusammenhang bestehe. Der versicherten Person stehe es frei, um Zusprechung beruflicher Massnahmen für die Zukunft zu ersuchen, sobald sie ihre verweigernde Haltung aufgegeben habe. Entschliesse sie sich, die bisherige Verweigerung aufzugeben, falle für die Zukunft der Kausalzusammenhang grundsätzlich dahin. Es sei deshalb ab diesem Zeitpunkt mit Wirkung für die Zukunft zu prüfen, ob auf die bisherige Kürzung beziehungsweise Verweigerung der Leistung zurückzukommen ist (Kieser, ATSG-Kommentar, a.a.O., Rz. 98 [mit Hinweisen] zu Art. 21 ATSG). Die nach Erlass einer auf Art. 21 Abs. 4 ATSG gestützten Verfügung erklärte subjektive Eingliederungsbereitschaft mache die Widersetzlichkeit, welche zur Verfügung geführt habe, nicht ungeschehen. Die nachträgliche Erklärung der versicherten Person sei indes

gegebenenfalls als Neuanschuldung zu betrachten (vgl. Urteil des EVG I 183/87 vom 20. Juli 1987 E. 1b zu aArt. 31 Abs. 1 IVG). Nach dem Gesagten ändere die nach ordnungsgemäss durchgeführtem Mahn- und Bedenkzeitverfahren und verfügter Leistungseinstellung (oder -kürzung) erklärte subjektive Eingliederungsbereitschaft indes grundsätzlich nichts daran, dass ein Leistungsanspruch nurmehr von diesem Zeitpunkt an für die Zukunft (ex nunc et pro futuro) zu prüfen sei. Anderes gelte, wenn die Verletzung der Mitwirkungspflicht entschuldbar sei, etwa weil sie der versicherten Person nicht zugerechnet werden kann, da sie krankheitsbedingt nicht in der Lage war, ihren Pflichten nachzukommen (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG; Kieser, a.a.O., N. 51 zu Art. 43 ATSG; vgl. dazu auch oben E. 3.4.3).

#### **E. 6.4**

Wie den bisherigen Erwägungen (siehe E. 5) entnommen werden kann, sprechen keine medizinisch bedingten Gründe gegen die Wiederaufnahme der Umschulung zum technischen Kaufmann. Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers lag im relevanten Zeitraum ab Oktober 2002 keine längerdauernde psychiatrisch oder somatisch bedingte Unmöglichkeit vor, die Umschulung weiter zu besuchen, weshalb die IVSTA am 12. Februar 2004 (Entscheid aufgehoben durch Einspracheentscheid vom 3. März 2004) beziehungsweise am 29. März 2011 zu Recht verfügte, der Beschwerdeführer habe keinen weiteren Anspruch auf Umschulung zum Technischen Kaufmann und auch keinen Anspruch auf Taggelder während dieser Zeit gehabt. Auch ist ab Frühjahr 2003 keine Neuanschuldung im Sinne der oben genannten Rechtsprechung eingereicht, sondern daran festgehalten worden, der Beschwerdeführer habe die letzte berufliche Massnahme aus gesundheitlichen Gründen abbrechen müssen. Die IVSTA nahm daher in der angefochtenen Verfügung vom 29. März 2011 zu Recht Bezug auf die Kostengutsprache für berufliche Massnahmen vom 22. Juli 2002 (Umschulung zum technischen Kaufmann vom 12. August 2002 - 28. Februar 2004). Die Beschwerde vom 16. Mai 2011 gegen letzteren Entscheid erweist sich insgesamt als unbegründet.

#### **E. 6.5**

Bei diesem Ergebnis ist auf die Rüge, die Vorinstanz habe den Anspruch auf Umschulung zu Unrecht auch mit dem Bezug von Arbeitslosengeldern in Deutschland begründet (vgl. E. 3.4.4, 6.1), nicht weiter einzugehen.

#### **E. 7.1**

Mit Entscheid vom 22. November 2011 (Z. 337) wies die IVSTA auch das Begehren um Ausrichtung einer Invalidenrente ab mit der Begründung, der Beschwerdeführer sei seit dem Unfall vom 22. August 1994 in der angestammten Tätigkeit zwar als Gipser erheblich eingeschränkt gewesen (Arbeitsunfähigkeit: 100%). In einer adaptierten, das heisst wechselbelastenden, leichten bis mittelschweren körperlichen Tätigkeit, ohne besondere Geh- und Stehbelastung, habe jedoch nie eine relevante längerdauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden; während der psychiatrischen Behandlung in der C.C. \_\_\_\_\_-Klinik vom 1. Dezember 2006 bis 10. Januar 2007 habe eine (vorübergehende) vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden, ebenso während der Behandlung in der Tagesklinik R. \_\_\_\_\_ vom 22. Oktober 2008 bis 30. Januar 2009. Bei der Entlassung sei die depressive Symptomatik als vollständig remittiert beurteilt worden, weshalb ab 30. Januar 2009 (entsprechend der Beurteilung des psychiatrischen Gutachters der MEDAS B. \_\_\_\_\_) von einer Arbeitsfähigkeit von 80% (100% Präsenz, Reduktion um 20% aus psychischen Gründen) auszugehen sei. Nach dem Einkommensvergleich ergab sich

entsprechend dem rechtskräftigen SUVA-Rentenentscheid, ohne Gewährung des beantragten Karrierezuschlags, aufgewertet bis ins Jahr 2009, bei einem Invaliditätsgrad von gerundet 29% kein Rentenanspruch.

### **E. 7.2**

Der Beschwerdeführer hat sein Rentengesuch am 30. März 1995 gestellt. Aus dem Grundsatz Eingliederung vor Rente (vgl. Ulrich Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 1. Aufl. 1997, Art. 8 I/1 S. 54 letzter Absatz mit Verweis auf EVGE 1960 249 E. 2 sowie derselbe in der 2. Aufl. 2010, Art. 8 II S. 94, Art. 28 II Ziff. II/1a S. 270) folgt einerseits, dass der Rentenanspruch nicht entstehen kann, solange Eingliederungsmassnahmen durchgeführt werden, und andererseits, dass vor der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen vorübergehend eine Rente nur gewährt werden darf, wenn der Versicherte wegen seines Gesundheitszustandes noch nicht eingliederungsfähig ist (vgl. BGE 126 V 241, 121 V 190 E. 4a). Nachfolgend ist deshalb zu prüfen, in welchem Zeitraum berufliche Massnahmen der Invalidenversicherung durchgeführt worden sind und ab wann der Rentenanspruch frühestens entstanden sein kann.

### **E. 7.3**

Aktenkundig ist, dass dem Beschwerdeführer vom 25. August 1994 durchgehend bis zum 18. Oktober 1995 Taggelder der Unfallversicherung ausgerichtet worden sind (Z. 43.90 - 92). Am 14. Oktober 1996 teilte die IV-Z. \_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer auf Gesuch vom 23. März 1995 hin mittels Vorbescheid mit, er habe keinen Anspruch auf Umschulung, da er mit einer anderen zumutbaren Tätigkeit keine Leistungseinbusse in Höhe von mindestens 20% erleide (Z. 23). Im späteren Vorbescheid vom 28. April 1999 (Z. 64.1) hielt die IV-Z. \_\_\_\_\_ fest, die Heilbehandlungen der Unfallversicherung seien per 31. Oktober 1996 abgeschlossen worden, das Taggeld der Unfallversicherung werde ab diesem Zeitpunkt durch das Taggeld der IV abgelöst. Somit bestehe für den Zeitraum vom 1. November 1996 bis 20. November 1998 (bis "Antritt Ferien" [d.h. Segeln in der Karibik vom 21. November 1998 bis mindestens 8. März 1999 {Z. 62.2} bzw. bis Ende Januar 1999 {Z. 68.6}]) Anspruch auf Wartezeit-Taggeld. Mit Beschluss vom 20. September 1999 sprach ihm die IV-Z. \_\_\_\_\_ wegen "völliger und dauernder (Arbeits-) Verhinderung" infolge Eingliederungsmassnahmen vom 19. April 1999 bis 15. Oktober 2000 ein grosses Taggeld zu (Z. 70.1). Am 27. September 1999 (Z. 71.2) verfügte die IVSTA, der Beschwerdeführer habe Anspruch auf berufliche Massnahmen vom 19. April 1999 bis 15. Oktober 2000 (Umschulung zum Technischen Kaufmann, mit Übernahme der Kurskosten über Fr. 23'000.-, Reisekosten [mtl./Fr. 320.-] und Zehrgeld [Tg./Fr. 19.-]). In den Erwägungen führte sie aus, die Invalidenversicherung richte - nach Abschluss der Heilbehandlungen - ab 1. November 1996 bis 18. April 1999 ein Wartezeittaggeld aus (vgl. zur Auszahlung des Wartezeittaggeldes auch Z. 73.1). Am 23. November 1999 schliesslich sprach die IVSTA dem Beschwerdeführer ein Taggeld von Fr. 124.- ab 1. November 1996 bis 15. Oktober 2000 zu, verrechnete diesen Anspruch mit SUVA-Taggeldern für den Zeitraum vom 1. November 1996 bis 30. Juni 1999 und ergänzte, für unentschuldigte Schulabsenzen während 37 Tagen bestehe kein Anspruch auf Taggeld (Z. 80). Mit Vorbescheid vom 7. Juni 2000 teilte die IV-Z. \_\_\_\_\_ mit, sie beabsichtige, die bis 15. Oktober 2000 zugesprochenen beruflichen Massnahmen per 1. Januar 2000 aufzuheben (Z. 88). Am 21. August 2001 entschied die IV-Z. \_\_\_\_\_ jedoch, der Beschwerdeführer habe - entgegen dem Vorbescheid vom 7. Juni 2000 - Anspruch auf Wartetagelder bis 31.

Juli 2001, und ersuchte die Schweizerische Ausgleichskasse (SAK) um Erlass einer entsprechenden Verfügung (Z. 120). Am 19. März 2003 schliesslich verfügte die IVSTA die Auszahlung eines Taggeldes vom 1. Januar 2000 bis 31. Juli 2001 (Z. 184). Ebenfalls am 21. August 2001 sprach die IV-Z. \_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer berufliche Massnahmen vom 1. August 2001 bis 31. Juli 2003 zu (berufliche Umschulung zum internationalen Touristikassistenten; Z. 121). Mit Verfügung vom 18. Oktober 2001 sprach die IVSTA Taggelder für den Zeitraum vom 1. August 2001 bis 31. Juli 2003 zu (Z. 131) und sprach die IV-Z. \_\_\_\_\_ am 22. Oktober 2001 einen Kostenbeitrag an einen Laptop während desselben Zeitraums (Z. 130). Am 16. Mai 2002 bestätigte die IVSTA gegenüber der IV-Z. \_\_\_\_\_, nach Mitteilung von gesundheitlichen Beschwerden des Beschwerdeführers, vom 1. August bis 6. Dezember 2001 Taggelder geleistet zu haben (Z. 150.2; vgl. auch Wiedererwägungsverfügung der IVSTA vom 18. März 2003, in Ersatz der Verfügung vom 18. Oktober 2001 [Z. 185.1]). Mit Verfügung vom 1. Juli 2002 führte die IV-Z. \_\_\_\_\_ aus, sie habe bis 6. Dezember 2001 weiterhin ein Taggeld ausgerichtet, für die Zeit vom 7. Dezember 2001 bis 25. Januar 2002 bestehe aus gesundheitlichen Gründen (medizinisch bestätigte Arbeitsunfähigkeit) kein Anspruch auf Taggelder, und sprach ihm für den Zeitraum vom 26. Januar bis 15. August 2002 ein Wartezeit-Taggeld zu (Z. 160, 169.1). Diesem Beschluss entsprechend verfügte die IVSTA am 30. August 2002, der Beschwerdeführer habe Anspruch auf Taggelder vom 26. Januar bis 11. August 2002 (Z. 171). Am 22. Juli 2002 bewilligte die IV-Z. \_\_\_\_\_ im Weiteren als berufliche Massnahmen vom 12. August 2002 bis 28. Februar 2004 die Umschulung zum Technischen Kaufmann an einer Handelsschule in V. \_\_\_\_\_ (Z. 166). Am 1. Oktober 2002 erliess die IVSTA ihrerseits eine Taggeldverfügung für den Zeitraum vom 12. August 2002 bis 28. Februar 2004 (Z. 182). Am 19. März 2003 meldete die SAK der IV-Z. \_\_\_\_\_, der Beschwerdeführer habe krankheitsbedingt vom 5. Dezember 2002 bis 13. Februar 2003 nicht am Unterricht teilgenommen (Z. 183.1); die Taggelder wurden entsprechend der mit Arzzeugnis belegten Arbeitsunfähigkeit bis 25. Dezember 2002 bezahlt und deren Bezahlung am 14. Februar 2003 wieder aufgenommen (Z. 183.2). Den weiteren Akten zufolge besuchte der Beschwerdeführer die Schule ab März 2003 nicht mehr (Schulbesuch: zwei Tage, danach durchgehend abwesend [Z. 188, 189.3, 190.2, 191, 197.3]). Am 12. Februar 2004 wies schliesslich die IVSTA ([Z. 210]) den Anspruch auf berufliche Massnahmen ab März 2003 ab (Abweisung des "Gesuchs vom 25.2.2003" [der Beschwerdeführer hatte darin eine Rentenzusprache "spätestens ab dem 1. März 2003" beantragt]) und begründete dies damit, dass kein Gesundheitsschaden vorliege und es dem Beschwerdeführer zumutbar gewesen wäre, die Umschulung weiterzuführen. Da er für sämtliche angepassten Tätigkeiten voll arbeitsfähig sei, könne auch kein Rentenanspruch entstehen (Z. 210, 227). Diesen Entscheid hob die IVSTA mit Einspracheentscheid vom 3. März 2004 wegen ungenügender Abklärung des medizinischen Sachverhalts und des Grades der Arbeitsfähigkeit wieder auf (Z. 231.2). Nach mehrfachen medizinischen Abklärungen im Zeitraum 2004 bis Januar 2011 (vgl. dazu E. 5) bestätigte die IVSTA schliesslich mit Verfügung vom 29. März 2011 die Abweisung des Anspruchs auf berufliche Eingliederung und Wartetagelder und erwog, dass bis zur Verschlechterung des Gesundheitszustandes Ende 2006 ausser dem körperlichen Leiden (Sprunggelenksverletzung) kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorgelegen habe und dem Beschwerdeführer die Umschulung zum Technischen Kaufmann zumutbar gewesen sei (Z. 316).

#### **E. 7.4**

Wie dem hiavor in E. 7.3 Dargelegten entnommen werden kann, wurden dem Beschwerdeführer seit Abschluss der Heilbehandlungen ab 1. November 1996 bis im Frühjahr 2003 ununterbrochen Umschulungsmassnahmen, während derselben Taggelder, und jeweils bis zum Beginn der Massnahmen Wartezeittaggelder zugesprochen und ausgerichtet. Er befand sich damit - mit Ausnahme für die Zeitspanne vom 21. November 1998 bis März 1999, in welcher er ferienhalber keinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hatte, und die kurzen Zeiträume vom 7. Dezember 2001 bis 25. Januar 2002 sowie 5. Dezember 2002 bis 13. Februar 2003 - ohne Ausnahme in laufender Eingliederung, weshalb bis Ende Februar 2003 kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung entstehen konnte. Während letzteren beiden Zeiträumen haben zudem nur kurze Arbeitsunfähigkeiten zu 100% vorgelegen (während 50 bzw. 71 Tage), weshalb auch kein Anspruch auf Invalidenrente wegen gesundheitlich bedingter Eingliederungsunfähigkeit entstehen konnte.

## **E. 8**

Nachfolgend ist demnach, gestützt auf einen Einkommensvergleich, zu prüfen, ob ein Anspruch auf eine Invalidenrente entstanden ist.

### **E. 8.1**

Den Ausführungen zur medizinischen Situation in den Erwägungen 5 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer nicht mehr in der Lage war, seinen Beruf als Gipser auszuüben. Allerdings war er in Übereinstimmung mit der Würdigung der Vorinstanz ab März 2003 in vollem Umfang in einer angepassten Verweistätigkeit erwerbsfähig.

### **E. 8.2**

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des allfälligen 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. 4.3.1 ff.).

#### **E. 8.2.1**

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, weil es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325 f. mit Hinweis; Urteil des BGer 8C\_530/2013 vom 24. Januar 2014 E. 5.1.2).

#### **E. 8.2.2**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so sind nach der Rechtsprechung grundsätzlich die gesamtschweizerischen Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik

(nachfolgend: BFS) periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) heranzuziehen (vgl. das Urteil des EVG U 75/03 vom 12. Oktober 2006 mit weiteren Hinweisen).

### **E. 8.3**

In ihrem Einkommensvergleich (siehe oben E. 7.1) berücksichtigte die Vorinstanz einen Validenlohn von Fr. 71'354.88 (Lohn für 2003 in Höhe von Fr. 65'390.- gestützt auf die rechtskräftige SUVA-Verfügung vom 10. November 2003 [recte: Fr. 64'922.-; vgl. Z. 215.2 f.], aufgewertet bis ins Jahr 2009 mit 9.122%). Diesem stellte sie einen Invalidenlohn von Fr. 50'326.37 gegenüber (LSE 2008, TA1, Total Männer, Anforderungsniveau 4: Fr. 4'806.-, umgerechnet auf eine betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden, unter Anrechnung einer Nominallohnentwicklung von 4.632% bis 2010, unter Abzug einer Leistungseinbusse von 20% und ohne zusätzliche Berücksichtigung eines Leidensabzugs). Die Gegenüberstellung der Löhne ergab eine Erwerbseinbusse von Fr. 21'028.51 und damit einen Invaliditätsgrad von 29.47%, gerundet 29%, der keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Invalidenrente ergebe (Z. 333.17, 337.3 f.). Der Beschwerdeführer verweist bezüglich der Festlegung des Valideneinkommens auf seine Eingabe bei der Vorinstanz vom 26. Mai 2011 (Z. 324.1) sowie die dazugehörige Beschwerdebeilage 3, worin die IVSTA im Rahmen des Verfahrens IV 57393 vor der Rekurskommission AHV/IV am 30. Oktober 2002 ab dem Jahr 2000 von einem Monatslohn von Fr. 5'200.- ausgegangen war (vgl. C-act. 1 Beilage 2.3). Zudem führt er aus, aufgrund seines im Jahre 1995 noch jungen Alters sei nicht davon auszugehen gewesen, dass er freiwillig auf die Ausrichtung eines durchschnittlichen Arbeitslohnes verzichtet habe (siehe hierzu E. 8.5.2 ff.). Auch habe die Vorinstanz zu Unrecht keinen Karrierezuschlag auf dem Valideneinkommen berücksichtigt.

### **E. 8.4**

Der von der Vorinstanz ermittelte Erwerbsvergleich erweist sich - wie nachfolgend dargelegt wird - aus verschiedenen Gründen nicht als rechtskonform.

#### **E. 8.4.1**

Die Vorinstanz hat sich gemäss ihren Angaben auf die rechtskräftige Verfügung der SUVA vom 10. November 2003 abgestützt und setzte das Valideneinkommen für das Jahr 2003 auf Fr. 65'390.- fest, wobei sie nicht darlegte, woraus sich dieser Betrag (bei Berücksichtigung des von der SUVA festgestellten Jahreslohns von Fr. 64'922.-) ergab. Gestützt auf die Akten ist indes festzustellen, dass die IVSTA am 30. Oktober 2002 im Verfahren IV 57393 vor der Rekurskommission AHV/IV duplikweise von einem monatlichen Valideneinkommen von Fr. 5'200.- bzw. einem Jahreseinkommen von Fr. 67'600.- (13 x Fr. 5'200.-) im Jahre 2000 ausging und im Nachgang zu diesem Beschwerdeverfahren gestützt auf dieses (unveränderte) Einkommen bis zum Abbruch der beruflichen Massnahmen im März 2003 Taggelder ausrichtete (oben Bst. B.c.b, B.e sowie E. 7.3; Z. 182 und C-act. 1 Beilage 2.3). Es ist deshalb für die Prüfung des Rentenanspruchs auf dieses (hypothetische) Einkommen abzustellen.

#### **E. 8.4.2**

Demnach ergibt sich für das Jahr 2003 folgendes Valideneinkommen: Gestützt auf die Feststellungen der IVSTA vom 30. Oktober 2002 ist ein mutmassliches Einkommen von Fr. 5'200.- pro Monat (x 13 Monate) beziehungsweise Fr. 67'600.- pro Jahr zu berücksichtigen. Dieser ist auf das Jahr 2003 aufzuindexieren (vgl. BFS T 39, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne 1976 - 2013, Index der Männer

von 1856 [Jahr 2000] auf 1958 [Jahr 2003]). Daraus ergibt sich ein indexierter Lohn von Fr. 5'485.78 pro Monat beziehungsweise Fr. 71'315.09 pro Jahr (13 x Fr. 5'485.78). Zum Valideneinkommen hinzu kommt der bis Ende 2007 vorgesehene Karrierezuschlag (vgl. Art. 36 Abs. 3 aIVG i.V.m. Art. 33 aIVV [aufgehoben mit der 5. IVG-Revision {AS 2007 5129, AS 2007 5155}], siehe oben E. 3.2). Der im Februar 1960 geborene Beschwerdeführer war im März 2003 43 Jahre alt. Somit ergibt sich ein Zuschlag zum hypothetischen Einkommen von 5%, mithin ein anrechenbares Valideneinkommen im März 2003 von Fr. 74'880.84 beziehungsweise Fr. 5'760.06 verteilt auf 13 Monate beziehungsweise Fr. 6'240.07 verteilt auf 12 Monate.

#### **E. 8.4.3**

Für die Berechnung des Invalidenlohns ist entsprechend dem Anforderungsprofil des Beschwerdeführers für angepasste Verweistätigkeiten zu 100% (siehe oben E. 5.5) nach der Praxis des Bundesgerichts auf den Zentralwert (Median) der LSE des Jahres 2002, indexiert auf das Jahr 2003, abzustellen (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis auf BGE 124 V 323 E. 3a/aa; vgl. zum Ganzen: Hans-Jakob Mosimann, Hypothesen und Annahmen in der Invaliditätsbemessung: Status - Valideneinkommen - Invalideneinkommen - ausgeglichener Arbeitsmarkt, in: Kieser/Lendfers [Hrsg.], Fiktives, Hypothetisches und Konstruiertes im Sozialversicherungsrecht 2012, S. 53 ff.). Allerdings ist - entgegen der Auffassung der Vorinstanz - in Beachtung der vorliegenden Umstände ein Leidensabzug zu berücksichtigen, da der Beschwerdeführer aufgrund seiner Behinderung nicht mehr in seinem bisherigen Beruf als Gipser arbeiten konnte und gewisse Einschränkungen für die Verweistätigkeiten bestanden (wechselbelastend, leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeit, ohne besondere Geh- und Stehbelastung; vgl. Urteil des BGer 8C\_159/2007 vom 28. November 2007, E. 3.2). Unter den vorliegenden Umständen ist entsprechend den Feststellungen der SUVA von einem angemessenen Leidensabzug von 15% auszugehen.

#### **E. 8.4.4**

Somit errechnet sich das Invalideneinkommen per 2003 wie folgt: LSE, TA 1, Schweiz 2002, Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten), Männer, Zentralwert: Fr. 4'557.-; gemäss Index der Nominallöhne der Männer von 1933 (Jahr 2002) auf 1958 (Jahr 2003) indexiert (vgl. BFS T 39, a.a.O.); dies ergibt für das Jahr 2003 einen Wert von Fr. 4'615.94 (40-Stundenwoche) und bei einer im Jahr 2003 üblichen durchschnittlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche (BUA, Zentralwert) einen Durchschnittswert von Fr. 4'812.11. Abzüglich des Leidensabzugs von 15% beträgt das monatliche Invalideneinkommen im Jahr 2003 Fr. 4'090.30 (Fr. 4'812.11 - 15%). Aus diesen Werten resultiert ein Invaliditätsgrad von gerundet 34% ( $\frac{\{Fr. 6'240.07 - Fr. 4'090.30\} \times 100}{6'240.07} = 34.45\%$ ), was keinen Anspruch auf eine Invalidenrente ergibt.

#### **E. 8.5**

Aus den Akten geht weiter hervor, dass der Beschwerdeführer seit 30. Januar 2009 nur noch zu 80% in einer angepassten Verweistätigkeit arbeitsfähig war. Zu prüfen bleibt deshalb, ob sich aus der Veränderung der Sachlage ab 2009 neu ein Rentenanspruch ergibt (siehe oben E. 3.6).

#### **E. 8.5.1**

Als Ausgangslage für den Einkommensvergleich für 2009 dient wiederum der von der IVSTA für die Jahre 2000 bis 2004 festgestellte Lohn von Fr. 5'200.- pro Monat beziehungsweise 67'600.- (13 Monate/Jahr; vgl. oben E. 8.5.1), wobei dieser Lohn für das

Jahr 2009 aufzuindexieren ist (siehe dazu unten E. 8.5.4). Indessen besteht seit 1. Januar 2008 kein Anspruch mehr auf einen Karrierezuschlag (siehe oben E. 8.4.2).

### **E. 8.5.2**

Der Beschwerdeführer macht geltend, er würde heute - aufgrund seiner Berufserfahrung, seiner äusserst einsatzfreudigen und speditiven Arbeitsweise und entsprechend Vorgesprächen mit dem Arbeitgeber - als Polier beziehungsweise Werkmeister arbeiten (C-act. 1 Ziff. 8.2), weshalb mindestens ein Validenlohn von 13 x Fr. 8'000.- (Total: Fr. 104'000.-) zu berücksichtigen sei.

#### **E. 8.5.2.1**

Das Bundesgericht hat dazu (hauptsächlich in unfallrechtlichen Urteilen) festgehalten, dass - da die Invaliditätsbemessung der voraussichtlich bleibenden oder längere Zeit dauernden Erwerbsunfähigkeit zu entsprechen hat - auch die berufliche Weiterentwicklung mit zu berücksichtigen ist, die eine versicherte Person normalerweise vollzogen hätte. Dazu sei allerdings erforderlich, dass konkrete Anhaltspunkte dafür bestünden, dass sie einen beruflichen Aufstieg und ein entsprechend höheres Einkommen tatsächlich realisiert hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Es müssten bereits im Zeitpunkt des Unfalles konkrete Hinweise für das behauptete berufliche Fortkommen bestehen, so beispielsweise wenn der Arbeitgeber dies konkret in Aussicht gestellt oder gar zugesichert habe. Sodann genügen blosse Absichtserklärungen der versicherten Person nicht. Vielmehr müsse die Absicht, beruflich weiterzukommen, bereits durch konkrete Schritte wie Kursbesuche, Aufnahme eines Studiums, Ablegung von Prüfungen und so weiter kundgetan worden sein (Urteil 8C\_322/2011 vom 21. Juli 2011 E. 4.1 m.w.H.; Urteil 8C\_667/2010 vom 15. Dezember 2010 E. 3.3 m.w.H.).

#### **E. 8.5.2.2**

Der Beschwerdeführer hat mit 28 Jahren - nach Abschluss einer Ausbildung zum staatlich geprüften Wirtschaftsassistenten mit Erlangen der Fachhochschulreife im Jahre 1979, Reisen in Europa, Nord- und Südamerika, Asien und Australien von 1980 bis 1984, dem Studium der Landespflege/Gartenbauarchitektur an der Fachhochschule von 1984 bis 1987 (letzteres ohne Abschluss) - 1988 eine Ausbildung als Gipser in einem Gipsergeschäft begonnen und diese im Juli 1991 als Gipser/ Stuckateur abgeschlossen. Bis zum Unfall im August 1994 arbeitete er im selben Unternehmen, meist in Gruppen zu zwei bis drei Leuten auf dem Bau (Z. 30.4, 43.37 f.) 42 Stunden in der Woche und erhielt dabei einen Monatslohn von Fr. 4'345.- (Z. 2, 3.3, 7, 100.3, 103.7). Eine im Oktober 1995 begonnene Technikerschule habe er wegen des Aufenthaltes in der Rehaklinik Y. \_\_\_\_\_ und aus finanziellen Gründen aufgeben müssen (Z. 32, 100.3).

#### **E. 8.5.2.3**

Entgegen der Rüge des Beschwerdeführers und übereinstimmend mit der Würdigung der Vorinstanz in der Verfügung vom 22. November 2011 ist festzustellen, dass den Vorakten keine Hinweise dafür zu entnehmen sind, dass er im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung bereits im Zeitpunkt des Unfalls sich beruflich habe weiter entwickeln wollen und entsprechende Schritte eingeleitet worden seien. Die Ausbildung zum Techniker im Oktober 1995 - über ein Jahr nach dem Unfall - kann nicht als solche Weiterbildung gelten, zumal ihr bereits mehrere Arbeitsversuche vorausgegangen und zu diesem Zeitpunkt berufsfördernde Massnahmen in Betracht zu ziehen waren (vgl. Z. 45, 68.3). Des Weiteren ist dem Bericht der SUVA T. \_\_\_\_\_ vom 7. März 1995 explizit zu entnehmen, dass der

Beschwerdeführer bis zum Unfall keine konkrete Weiterbildung zum Polier bzw. Werkmeister geplant hatte: "... entschloss ich mich, in der Schweiz eine Gipslerlehre zu absolvieren. Sah dies als weiteren Schritt in Richtung meines Wunschberufs als Innenarchitekt. Ich absolvierte ab Januar 1990 in der Firma F.F. \_\_\_\_\_ in P. \_\_\_\_\_ eine Gipslerlehre. Blieb anschliessend in diesem Betrieb, um auf dem erlernten Beruf weiterzuarbeiten. Eine Weiterbildung war im Moment des Unfalls vom August 94 noch nicht spruchreif, plante in weiterer Zukunft aber eine solche. Musste zuerst entsprechend finanzielle Grundlagen schaffen". Die gleichentags erfolgte Unterredung mit dem Arbeitgeber enthält keine Hinweise auf Weiterbildungsabsichten oder eine Zusicherung zur Weiterbildung (Z. 43.94 f.). Auch der Unterredung mit dem Arbeitgeber vom 6. August 1996 sind keine Hinweise auf eine konkretisierte Weiterbildungsabsicht zum Unfallzeitpunkt zu entnehmen: "Herr A. \_\_\_\_\_ hätte ohne Unfall heute noch den gleichen Lohn wie zur Unfallzeit [...]. Er müsste oft auf einem Dreitritt arbeiten können, auf Podesten und Gerüsten [...]. Im 2 - 3 Mann-Team muss jeder alle Arbeiten ausführen können. Ich könnte mir Herrn A. \_\_\_\_\_ vorstellen als Verkäufer für Baustoffe. Mit seiner Fortbildung wäre er dort sicher gut bedient (Z. 43.37 f.). Absichten einer beruflichen Weiterbildung sind schliesslich auch nicht seiner "Vernehmlassung" vom 18. November 1996 zum Vorbescheid der IV-Z. \_\_\_\_\_ betreffend berufliche Massnahmen vom 14. Oktober 1996 zu entnehmen (Z. 30).

#### **E. 8.5.2.4**

Damit vermag der Beschwerdeführer mit seiner Argumentation zum geplanten beruflichen Aufstieg und der (überwiegenden) Wahrscheinlichkeit eines in dem vorgebrachten Masse höheren Verdienstes im Jahr 2009 nicht durchzudringen. Unter diesen Umständen sind die diesbezüglich gestellten Anträge auf "persönliche Befragung des Versicherten, Einholung eines Arbeitgeberberichtes, Expertise, Fachabklärung" (C-act. 1 Ziff. 8.2) in antizipierter Beweiswürdigung abzuweisen.

#### **E. 8.5.3**

Weiter macht der Beschwerdeführer in der Beschwerde vom 10. Januar 2012 geltend, die SUVA habe zwischenzeitlich weitere Abklärungen zum aktuellen Valideneinkommen durchgeführt. Die Lohnauskünfte des Schweizerischen Maler- und Gipserverbandes hätten ergeben, dass ein gelernter Gipsler im Alter von 50 Jahren im Jahre 2009 und 2010 Fr. 6'034.- und im Jahre 2011 Fr. 6'050.- verdiene, worauf "allermindestens" und entsprechend auch für die vorausgehenden Jahre abzustellen sei (C-act. 1 Rz. 8.1 und Beschwerdebeilage 4.2).

#### **E. 8.5.3.1**

Gemäss Gesamtarbeitsvertrag (GAV) für das Maler- und Gipsergewerbe betrug der Sockellohn für die Jahre 2009 und 2011 für einen gelernten Berufsarbeiter mit drei Jahren Erfahrung Fr. 4'946.- und für einen Vorarbeiter Fr. 5'635.- (Quelle: <http://www.smgv.ch/de/unsere-dienste/gav>, zuletzt besucht am 22. September 2014).

#### **E. 8.5.3.2**

Nach Auskunft des Nachfolgers des ehemaligen letzten Arbeitgebers können heute keine Angaben mehr dazu gemacht werden, welchen Lohn der Beschwerdeführer in den Jahren 2003, 2009 und 2011 - ohne erlittenen Unfall - verdient hätte (vgl. C-act. 12 f.). Er verwies auf den GAV des Maler- und Gipserverbandes und führte dazu aus, es komme bei einer allfälligen Lohnerhöhung jeweils auf die Leistung an; je nach dem erhalte ein Angestellter

eine Lohnerhöhung, ein anderer bleibe auf dem Sockellohn.

### **E. 8.5.3.3**

Es ist zwar unbestritten, dass der Beschwerdeführer - würde er heute noch als gelernter Gipser arbeiten - eine weit längere Berufserfahrung aufwiese als drei Jahre. In Berücksichtigung der Praxis, wonach auf denjenigen Verdienst abzustellen ist, welchen ein Versicherter verdienen würde, hätte er die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt, ergibt sich, dass das auf das Jahr 2009 indexierte Valideneinkommen - ausgehend von einem Valideneinkommen von Fr. 5'200.- x 13 Monate im Jahr 2000 (siehe oben E. 8.3 Absatz 2) - etwas über dem GAV-Sockellohn eines Vorarbeiters in den Jahren 2009 bis 2011 liegt. Hingegen sind die mutmasslichen Angaben, auf welche der Beschwerdeführer sich unter Bezugnahme auf die Abklärungen der SUVA stützt, nicht genügend belegt, als dass retrospektiv davon ausgegangen werden könnte, der Lohn des Beschwerdeführers hätte sich stärker als die Nominallöhne allgemein entwickelt, zumal auch aus den GAV-Löhnen keine entsprechenden Schlüsse gezogen werden können (siehe hierzu aber E. 8.5.7.3). Der hier ermittelte indexierte Validenlohn liegt deutlich über dem Sockellohn eines gelernten Berufsarbeiters mit dreijähriger Erfahrung und - wie gesagt - etwas über einem (Sockel-)Lohn eines Vorarbeiters. Unter diesen Umständen erweist sich die Festlegung des Validenlohns auf der Grundlage des mutmasslichen Lohns aus den Jahren 2000 bis 2004 als korrekt.

### **E. 8.5.4**

Das Valideneinkommen für das Jahr 2009 wird demnach wie folgt bestimmt: Ausgangslage ist das mutmassliche Einkommen von Fr. 5'200.- pro Monat (bzw. Fr. 67'600.- pro Jahr bzw. Fr. 5'633.33 verteilt auf 12 Monate). Wird das Valideneinkommen gemäss Index der Nominallöhne der Männer von 1856 (Jahr 2000) auf 2136 (Jahr 2009) aufindexiert (vgl. BFS T 39, a.a.O. [für den Beschwerdeführer günstiger als die Nominallohnentwicklung im Baugewerbe: 2003: 112.3, 2009: 121.8]), ergibt sich für das Jahr 2009 ein Valideneinkommen von Fr. 77'798.28 (bzw. Fr. 6'483.19 während 12 Monaten bzw. Fr. 5'984.48 während 13 Monaten).

### **E. 8.5.5**

Bezüglich des berücksichtigten Invalidenlohns macht der Beschwerdeführer vorweg geltend, die von der Vorinstanz als zumutbar erachtete Restarbeitsfähigkeit sei - in Anbetracht der massiven und vielfältigen gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers - auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt gar nicht (mehr) verwertbar (C-act. 1 Ziff. 6). Dazu ist festzuhalten, dass den medizinischen Gutachten keine Hinweise dafür zu entnehmen sind, dass die festgehaltene Restarbeitsfähigkeit im ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr verwertet werden könnte. Die Vorinstanz hat in der angefochtenen Verfügung beim Invalidenlohn praxisgemäss (bei Nichtaufnahme einer neuen Erwerbstätigkeit, vgl. BGE 126 V 75 E. 3b.bb) auf Tabellenlöhne abgestellt und rechtsprechungsgemäss in der LSE die Tabelle TA1, Total Männer, Anforderungsniveau 4 berücksichtigt. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern dieses Anforderungsniveau dem Beschwerdeführer keine zumutbare Tätigkeit (vorliegend vorwiegend sitzende Tätigkeit, ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg) bieten sollte (vgl. Urteile des BGer 8C\_345/2013 vom 10. September 2013 E. 4.3.3; 9C\_324/2008 vom 6. Januar 2009 E. 3.1.1 und 3.2.3).

### **E. 8.5.6**

Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, die Vorinstanz habe zu Unrecht keinen Leidensabzug vorgenommen. Die Reduktion der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit um 20% erfolge nicht aus denselben Gründen, wie die Rechtsprechung zum Leidensabzug vorsehe. Zu berücksichtigen sei insbesondere auch, dass der Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen nur noch in einer Verweistätigkeit arbeiten könne, was ohnehin bereits einen Leidensabzug von 15 - 20% bedingen würde. Zudem sei die nunmehr 16-jährige Abwesenheit des Beschwerdeführers vom Arbeitsmarkt zu berücksichtigen (C-act. 1 S. 24 ff.). In der angefochtenen Verfügung hat die Vorinstanz eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 20% in einer Verweistätigkeit berücksichtigt (Z. 337.4). Den medizinischen Akten ist - wie der Beschwerdeführer zu Recht darauf hinweist (C-act. 1 Ziff. 7) - zu entnehmen, dass die Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 20% ab Februar 2009 psychisch bedingt ist. Darüber hinaus bestehen aber in der als zumutbar erachteten Verweistätigkeit weitere funktionelle Einschränkungen insoweit, als nur eine vorwiegend sitzende Tätigkeit, ohne häufige Steh- und Gehphasen, ohne Stehen und Gehen auf unebenen Böden, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Gewichten über 10 kg als zumutbar erachtet wird (vgl. Gutachten der MEDAS B. \_\_\_\_\_ vom 25. Februar 2011 [Z. 306] S. 19-21; Stellungnahme RAD vom 3. März 2011 [Z. 311.13]). Die Vorinstanz irrt deshalb, wenn sie in der angefochtenen Verfügung ausführt, die gesundheitlichen Einschränkungen seien in der attestierten 80%-igen Arbeitsfähigkeit bereits hinreichend berücksichtigt worden, eine zusätzliche behinderungsbedingte Kürzung sei deshalb nicht angezeigt (Z. 337.4). Unter den gegebenen Umständen und in Übereinstimmung mit der SUVA (Z. 215.3) ist somit entsprechend der Berechnung per 2003 (siehe oben E. 8.4.3) ein Leidensabzug von 15% vom berücksichtigten Invalideneinkommen vorzunehmen.

#### **E. 8.5.7**

Nach dem Vorgesagten ergibt sich für die Berechnung des Invaliditätsgrades per 2009, die - wie der Beschwerdeführer am Einkommensvergleich der Vorinstanz zu Recht rügt - auf zeitidentischer Grundlage zu erfolgen hat (BGE 132 V 393 E. 2.1), Folgendes:

##### **E. 8.5.7.1**

Für das Jahr 2009 ist ein Valideneinkommen von Fr. 77'798.28 (bzw. Fr. 6'483.19 während 12 Monaten bzw. Fr. 5'984.48 während 13 Monaten, siehe oben E. 8.5.4) zu berücksichtigen.

##### **E. 8.5.7.2**

Das Invalideneinkommen per 30. Januar 2009 (Zeitpunkt der Veränderung des Invaliditätsgrades bzw. Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Verweistätigkeit auf 80% aus psychischen Gründen) wird wie folgt berechnet: LSE, TA 1, Schweiz 2008, Anforderungsniveau 4, Männer, Zentralwert: Fr. 4'806.-; gemäss dem Index der Nominallöhne der Männer von 2092 im Jahr 2008 auf den Index von 2136 im Jahr 2009 (vgl. BFS T 39, a.a.O.) indexiert, ergibt dies für das Jahr 2009 einen Wert von Fr. 4'907.08 (40-Stundenwoche) und bei einer im Jahr 2009 üblichen durchschnittlichen Arbeitszeit von 41.6 Stunden pro Woche (BUA, Zentralwert) einen Durchschnittswert von Fr. 5'103.37. In Berücksichtigung einer verbleibenden Arbeitsfähigkeit von 80% reduziert sich dieser Wert auf Fr. 4'082.69. Abzüglich des Leidensabzugs von 15% beträgt das monatliche Invalideneinkommen im Jahr 2009 Fr. 3'470.29 (Fr. 4'082.69 - 15%) bzw. Fr. 41'643.46 für das ganze Jahr.

##### **E. 8.5.7.3**

Für den Zeitraum seit Januar 2009 steht demnach dem Valideneinkommen von Fr. 77'798.28 ein Invalideneinkommen von Fr. 41'643.46 gegenüber. In Anwendung dieser Werte ergibt die Berechnung des Invaliditätsgrades gerundete 46% ( $\frac{[Fr. 77'798.28 - Fr. 41'643.46] \times 100}{Fr. 77'798.28} = 46.47\%$ ), was einen Anspruch auf eine Viertelsrente ergibt. Ergänzend ist hiezu festzustellen, dass selbst bei Berücksichtigung des von der SUVA festgestellten höheren Lohnes ab 2009 zuzüglich Zulagen als Validenlohn (vgl. C-act. 1 Beilage 4.2:  $[Fr. 6'034.- + Fr. 260.-] \times 13 = Fr. 81'822.-$ ) kein Anspruch auf eine höhere Rente bestehen würde ( $\frac{[Fr. 81'822.- - Fr. 41'643.-] \times 100}{Fr. 81'822.-} = 49.11\%$ ).

## **E. 8.6**

Schliesslich bleibt zu prüfen, ob dieses Ergebnis infolge Berücksichtigung allfälliger rentenwirksamer Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass, d.h. bis 2011 (vgl. E. 8.2), Änderungen erfährt.

### **E. 8.6.1**

Das Valideneinkommen für das Jahr 2011 wird wie folgt bestimmt: Ausgangslage ist wiederum das mutmassliche Einkommen von Fr. 5'200.- pro Monat (bzw. Fr. 67'600.- pro Jahr bzw. Fr. 5'633.33 verteilt auf 12 Monate). Wird das Valideneinkommen gemäss Index der Nominallöhne der Männer von 1856 (Jahr 2000) auf 2171 (Jahr 2011) aufindexiert (vgl. BFS T 39, a.a.O.), ergibt sich für das Jahr 2011 ein Valideneinkommen von Fr. 79'073.10.

### **E. 8.6.2**

Das Invalideneinkommen per 2011 wird wie folgt berechnet: LSE, TA 1, Schweiz 2010, Anforderungsniveau 4, Männer, Zentralwert: Fr. 4'901.-; gemäss dem Index der Nominallöhne der Männer von 2151 im Jahr 2010 auf den Index von 2171 im Jahr 2011 (vgl. BFS T 39, a.a.O.) indexiert, ergibt dies für das Jahr 2011 einen Wert von Fr. 4'946.57 (40-Stundenwoche) und bei einer im Jahr 2011 üblichen durchschnittlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche (BUA, Zentralwert) einen Durchschnittswert von Fr. 5'156.80. In Berücksichtigung einer verbleibenden Arbeitsfähigkeit von 80% reduziert sich dieser Wert auf Fr. 4'125.44. Abzüglich des Leidensabzugs von 15% beträgt das monatliche Invalideneinkommen im Jahr 2011 Fr. 3'506.62 ( $Fr. 4'125.44 - 15\%$ ) bzw. Fr. 42'079.48 für das ganze Jahr.

### **E. 8.6.3**

Für 2011 steht demnach dem Valideneinkommen von Fr. 79'073.10 ein Invalideneinkommen von Fr. 42'079.48 gegenüber. In Anwendung dieser Werte ergibt die Berechnung des Invaliditätsgrades gerundete 47% ( $\frac{[Fr. 79'073.10 - Fr. 42'079.48] \times 100}{Fr. 79'073.10} = 46.78\%$ ), was denselben Anspruch auf eine Viertelsrente ergibt. Ergänzend ist auch hier festzustellen, dass selbst bei Berücksichtigung des von der SUVA festgestellten höheren Lohnes ab 2011 zuzüglich Zulagen als Validenlohn (vgl. C-act. 1 Beilage 4.2:  $[Fr. 6'050.- + Fr. 260.-] \times 13 = Fr. 82'030.-$ ) kein Anspruch auf eine höhere Rente bestehen würde ( $\frac{[Fr. 82'030.- - Fr. 41'643.46] \times 100}{Fr. 82'030.-} = 49.23\%$ ).

### **E. 8.6.4**

Damit ergibt sich aus der Aufrechnung bis 2011 keine rentenrelevante Änderung des Invaliditätsgrades im Vergleich zum Jahre 2009.

## **E. 8.7**

Der Beginn des Anspruchs gemäss E. 8.6 ist vorliegend, unter Beachtung von Art. 88a Abs. 2 IVV i.V.m. Art. 29bis IVV (vgl. E. 3.6.3) und unter Berücksichtigung dessen, dass der Beschwerdeführer vor seiner Arbeitsfähigkeit zu 80% in einer Verweistätigkeit seit 22. Oktober 2008 bis 30. Januar 2009 bereits vollständig arbeitsunfähig war, auf Februar 2009 festzulegen.

#### **E. 9**

Die Vorinstanz hat damit im Ergebnis zu Recht mit Verfügung vom 29. März 2011 den Anspruch auf Gewährung beruflicher Massnahmen abgewiesen, weshalb die Beschwerde vom 16. Mai 2011 abzuweisen ist. Erneute Gesuche im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung waren nicht zu prüfen, zumal sich der Beschwerdeführer nach Abbruch der Ausbildung zum Technischen Kaufmann im Frühjahr 2003 stets darauf berufen hat, die Weiterführung der beruflichen Umschulung sei aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich. Die Beschwerde vom 10. Januar 2012 hingegen ist teilweise gutzuheissen, da sich die Vorbringen des Beschwerdeführers zu den Berechnungsgrundlagen als teilweise berechtigt erwiesen haben. Dem Beschwerdeführer ist ab Februar 2009 eine Viertelsrente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Die Sache ist deshalb an die Vorinstanz zur Berechnung des Rentenbetrags und Auszahlung der Rentenbetreffnisse - unter Beachtung von Art. 26 Abs. 2 ATSG - zurückzuweisen. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

#### **E. 10**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

##### **E. 10.1**

Die Verfahrenskosten sind vorliegend auf Fr. 900.- (beide Verfahren) zu bestimmen. Im Verfahren betreffend berufliche Massnahmen ist in Anbetracht der Gehörsverletzung von einer Auferlegung von Verfahrenskosten abzusehen (oben E. 4.5). Für das Rentenverfahren sind dem Beschwerdeführer Verfahrenskosten von Fr. 300.- aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG, Art. 69 Abs. 1bis IVG); dieser Betrag ist aus den geleisteten Kostenvorschüssen vom 24. Mai 2011 und 20. Januar 2012 (Verfahren C-2800/2011 und C-155/2012) zu entnehmen. Die Restanz von Fr. 600.- (Fr. 400.- im Verfahren betreffend berufliche Massnahmen, Fr. 200.- im Rentenverfahren) ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils auf ein von ihm bekanntzugebendes Konto zurückzuerstatten.

##### **E. 10.2**

Dem Beschwerdeführer ist in der Höhe seines Obsiegens im Rentenverfahren und unter Berücksichtigung der Verletzung des rechtlichen Gehörs durch die Vorinstanz im Verfahren betreffend berufliche Massnahmen eine reduzierte Parteientschädigung zuzusprechen, die vorliegend pauschal auf Fr. 2'800.- inklusive Auslagen und exklusive MWST, welche nicht geschuldet ist (Art. 1 Abs. 2 Bst. a des Mehrwertsteuergesetzes [MWSTG, SR 641.20] i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE), festzulegen ist (Art. 64 VwVG und Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2] e contrario). Die Vorinstanz hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

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