

BVGer C-356/2018 vom 28. August 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-08-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-356_2018

FR: TAF C-356/2018 du 28 août 2019

IT: TAF C-356/2018 del 28 agosto 2019

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (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 Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist.

E. 1.3

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung vom 30. November 2017 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

E. 1.4

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG, Art. 52 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 2.1

Zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen von Grenzgängern ist die IV-Stelle zuständig, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt. 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 IV-Stelle für Versicherte im Ausland erlassen (Art. 40 Abs. 2 IVV).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer war Grenzgänger und hatte seine letzte Arbeitsstelle im Kanton B._____. Er wohnt zudem in (...), Frankreich, im benachbarten Grenzgebiet. Somit hat er sich zu Recht bei der IV B._____ zum Leistungsbezug angemeldet und hat diese die

Abklärungen zum Leistungsgesuch vorgenommen. Gemäss den Ausführungen in E. 2.1 ist auch der Erlass der Rentenverfügung durch die IVSTA bzw. die Eröffnung durch sie nicht zu beanstanden.

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist französischer Staatsangehöriger, weshalb das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung gelangen. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen an den Verordnungen Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 zu beachten (s. AS 2015 343, AS 2015 345, AS 2015 353). Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

E. 3.2

Laut Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Mitgliedstaats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger jedes anderen in Betracht kommenden Mitgliedstaats verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Mitgliedstaaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Letzteres ist mit Bezug auf das Verhältnis zwischen Frankreich und der Schweiz nicht der Fall.

E. 3.3

Der Träger eines Mitgliedstaats hat jedoch gemäss Art. 49 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 bzw. nach Art. 40 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 die von den Trägern der anderen Mitgliedstaaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte sowie die verwaltungsmässigen Auskünfte ebenso zu berücksichtigen, als wären sie in seinem eigenen Mitgliedstaat erstellt worden. Jeder Träger behält indessen die Möglichkeit, die antragstellende Person durch einen Arzt oder eine Ärztin seiner Wahl untersuchen zu lassen. Es besteht hingegen keine Pflicht zur Durchführung einer solchen Untersuchung.

E. 4.1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG; Benjamin Schindler, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Zürich 2008, Rz. 1 ff. zu Art. 49).

E. 4.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG 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. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die

ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. In die Mitgliedstaaten der Europäischen Union sind Viertelsrenten jedoch entgegen Art. 29 Abs. 4 IVG exportierbar (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

E. 4.3

Die Behörde hat den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum - auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden - Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b, BGE 125 V 193 E. 2) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3, BGE 124 V 90 E. 4b; Urteil des BGer 8C_392/2011 vom 19. September 2011 E. 2.2).

E. 4.4

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, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

E. 4.5

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a).

E. 4.6

Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien

gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

E. 4.7.1

Aufgabe des Regionalen Ärztlichen Dienstes ist es, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Der ärztliche Dienst hat die vorhandenen Befunde nach Massgabe des schweizerischen Rechts aus versicherungsmedizinischer Sicht zu würdigen. Dessen Stellungnahme kommt insbesondere dann besondere Bedeutung zu, wenn keine Berichte von Sachverständigen vorliegen, die mit den nach schweizerischem Recht erheblichen versicherungsmedizinischen Fragen vertraut sind, sondern eine Vielzahl von Berichten behandelnder sowie vom heimatlichen Versicherungsträger beauftragter Ärztinnen und Ärzte (vgl. Urteil des BVer C-6027/2014 vom 8. Februar 2016 E. 3.2.1; vgl. auch Urteile des BVer C-5655/2015 vom 22. Juni 2017 E. 4.7 und C-7367/2016 vom 1. März 2018 E. 6.2.2).

E. 4.7.2

Die Stellungnahmen des ärztlichen Dienstes müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht (vgl. oben E. 4.5) genügen. Die Ärztinnen und Ärzte müssen über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. Urteil des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a; Urteil des BGer 9C_904/2009 vom 7. Juni 2010 E. 2.2). Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Ärztinnen und Ärzte ihre Beurteilungen nicht aufgrund eigener Untersuchungen abgeben, sondern lediglich die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen haben. Ihre Stellungnahmen können - wie Aktengutachten - beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 und 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 m.w.H.; vgl. auch Urteil C-7367/2016 E. 6.2.3).

E. 5.1

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung vom 6. Oktober 2006 (5. IV-Revision, AS 2007 5129). Diese Voraussetzungen müssen kumulativ gegeben sein; ist eine davon nicht erfüllt, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere zu bejahen ist. Vorliegend hat der Beschwerdeführer von Februar 1992 bis Mai 1999, von Januar 2000 bis Dezember 2007 und von April 2008 bis 2015 Beiträge an die

schweizerische AHV/IV geleistet (doc. 7), womit er die Mindestbeitragsdauer ohne Zweifel erfüllt.

E. 5.2

Damit bleibt zu prüfen, ob und wann eine Invalidität eingetreten ist.

E. 5.2.1

Die Vorinstanz stützte sich für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf die Begutachtung durch die Dres. K. _____ (rheumatologisches Fachgutachten vom 24. März 2017) und Dr. L. _____ (psychiatrisches Fachgutachten vom 5. Juli 2017), deren bidisziplinäres Gesamtgutachten vom 25. Juli 2017 und die Stellungnahme von Dr. H. _____ des RAD I. _____ vom 11. August 2017 (doc. 53; doc. 55).

E. 5.2.2

In seinem rheumatologischen Fachgutachten nannte Dr. K. _____ als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein chronifiziertes Schmerzsyndrom mit zentraler Sensitivierung nach adhäsiver Kapsulitis (Frozen Shoulder) und posteriorer Knorpelschaden humeral links nach Verhebetauma 03/2015 (recte: 25.2.2015), bei Status nach zweimaliger Arthroskopie mit juxtaglenoidaler Adhäsioolyse und Bizepsstenodese links am 2. April 2015, bei Status nach Arthrolyse, Débridement und Mikrofrakturierung postero-humeral links am 23. Mai 2016. Er hielt keine Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest. In seiner Beurteilung führte er aus, es liege ein Zerrungstrauma im März 2015 (recte: 25. Februar 2015) am Arbeitsplatz vor. Diesbezüglich könne die Beurteilung der D. _____ nicht nachvollzogen werden, weil ein Unfall-ähnliches Ereignis vorliege und auch ein axialer plötzlicher Längszug im Sinne der Unfallkausalität betrachtet werden könne. Zwei Arthrolysen hätten stattgefunden: am 2. April 2015 und im Mai 2016. Im weiteren Verlauf habe der Beschwerdeführer seine adominante linke Schulter intensiv beübt, was eine Verbesserung der Beweglichkeit bewirkt habe, jedoch ohne Arbeitsfähigkeit oberhalb der Brusthöhe. Zurückgeblieben sei eine deutliche Überempfindlichkeit und verminderte Belastbarkeit mit reaktiver anhaltender Schmerzreaktion nach vermehrter Belastung. Es bestehe eine deutliche Allodynie als Zeichen einer zentralen Sensitivierung: im Gehirn komme es zu einer Veränderung der Körperrepräsentation für den Bereich des betroffenen Körperteils, was durch Erniedrigung der Schmerzschwellen und neurogener Entzündung zu erhöhter Schmerzempfindlichkeit und eingeschränkter Mobilität führe. Entgegen Dr. H. _____ sei der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig in einer Wäscherei. Hierzu würde die zweite Hand uneingeschränkt benötigt. Jedoch seien Tätigkeiten unterhalb Schulterhöhe, ohne Heben von Lasten (maximal 1 kg) und mit Assistier-Tätigkeit der linken Hand in Bauchhöhe bis punktuell maximal Brusthöhe möglich, so z.B. die Tätigkeit als Rezeptionist. Funktionell Einarmigen seien Verweistätigkeiten nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung uneingeschränkt zuzumuten (vgl. Urteil des BGer 8C_207/2009 E. 3.2), der Beschwerdeführer sei jedoch nicht funktionell einarmig, mit erhaltener Feinmotorik und Assistiermöglichkeiten der linken Hand im Bereich niedriger Gewichte. Je nach Tätigkeit sei von einer Arbeitsfähigkeit von 80-100% in adaptierter Tätigkeit auszugehen, d.h. keine Arbeiten über Brusthöhe, mit Stemmen von Gewichten mit beiden Armen, auf Gerüsten oder Leitern, keine witterungsexponierten Tätigkeiten. Die Arbeitsfähigkeit betrage damit 0% in bisheriger Tätigkeit (Wäscherei-Service) oder 80-100% als Rezeptionist. In adaptierter

Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht zu 80-100% arbeitsfähig (bspw. als Rezeptionist). Als negatives Leistungsprofil seien folgende Arbeiten auszuschließen: Arbeiten über Brusthöhe, mit Stemmen von Gewichten mit beiden Armen, auf Gerüsten oder Leitern, witterungsexponierte Tätigkeiten. Der linke Arm sei bis max. 1-2 kg belastbar.

E. 5.2.3

Dr. L. _____ nannte in seinem psychiatrischen Fachgutachten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11), DD (Differenzialdiagnose) bei vorbestehender akzentuierter Persönlichkeit, DD mit HIV-assoziiertes Fatigue, bestehend seit 2015. Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt er Störungen durch Tabak (F17.24), bei anhaltendem Konsum mit Abhängigkeitscharakter, bestehend seit 1986, fest. In seiner Beurteilung führte er einleitend aus, ein (anamnestisch genannter) Suizidversuch in der Adoleszenz sei als jugendlicher Blödsinn zu würdigen. Der Beschwerdeführer habe keine ausserhäusliche Beschäftigung, verbringe die Zeit mehrheitlich zuhause, mache den Haushalt und einige administrative Verrichtungen, ansonsten habe er keine Hobbies. Selten gehe er mit den Hunden spazieren, sonstige Tätigkeiten hingen weitgehend vom Partner ab. Die Körperpflege sei weitgehend angemessen, es bestünden reduzierte soziale Kontakte. Der Beschwerdeführer fühle sich nicht in der Lage, einer Arbeit nachzugehen. Aufgrund der in der Befundung festgestellten Symptome (kompensiertes formales Denken, keine inhaltlichen Denkstörungen, permanente Niedergestimmtheit mit Freud- und Lustlosigkeit sowie Hoffnungslosigkeit und pessimistische Zukunftsgedanken, antriebsarm, Libido vermindert, permanente innere Unruhe und vermehrte Reizbarkeit, Aufmerksamkeit entgegen seiner Aussagen gegeben, lokalisierte Schmerzen) liege eine depressive Episode vor. Aufgrund der Symptome im AMDP-Psychostatus und des jeweiligen Schweregrades sei von einer mittelgradigen depressiven Episode auszugehen. Die Kriterien für ein somatisches Syndrom seien erfüllt, nicht jedoch für psychotische Symptome. Zu Beginn der (ersten grösseren) Episode hätten der Unfall und die Trennungssituation im Sinne einer Anpassungsstörung gestanden. Fraglich sei die Anpassungsstörung in eine depressive Stimmung umzucodieren: Die Eingangskriterien einer depressiven Episode wie depressive Stimmung, Interessens- oder Freudverlust an Aktivitäten, verminderter Antrieb, gesteigerte Müdigkeit seien vorliegend erfüllt. Ausserdem beständen ein Verlust an Selbstvertrauen und wiederkehrende Gedanken an den Tod und weitere Elemente. Es gebe Anzeichen einer Schmerzverarbeitungsstörung, diese als Bestandteil der depressiven Störung mit angstgeprägter Komponente. Es gebe keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeitsänderung, jedoch liege eine leichtere Persönlichkeitsakzentuierung vor. Es beständen auch keine Hinweise für eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, für eine organische Ursache oder eine Mitbeteiligung der psychischen Störung. Mögliche Mitbeteiligung der chronischen HIV-Infektion könnte ein Fatigue-Syndrom sein, jedoch gebe es keine Hinweise auf eine HIV-assoziierte Enzephalopathie. Funktionelle Einschränkungen beständen durch die depressive Episode und die Ängste wie folgt: insbesondere Antriebsstörungen, Gereiztheit, verminderte Frustrationstoleranz, Störung bei zwischenmenschlichen Kontakten, vermehrte Ermüdbarkeit mit Verlangsamung der Tätigkeiten und erhöhtem Pausenbedarf, verminderte Entscheidungsfähigkeit und subjektiv deutliche kognitive Einengungen (jedoch nicht so stark, dass er nicht Autofahren könnte). Insgesamt bestehe eine Reduktion des Aktivitätsniveaus mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ressourcen zeigten sich in der Versöhnung mit dem Lebenspartner nach

vorausgehender Trennung. Die leichtgradige Persönlichkeitsakzentuierung tangiere nicht die Arbeitsfähigkeit. Gewisse Inkonsistenzen (Wahrnehmung der Schwere der einzelnen Symptome) seien weitgehend durch die affektive Störung erklärbar. Aufgrund dieser gesundheitlichen Situation bestehe als Mitarbeiter in einem Wäscheunternehmen (aus psychiatrischer Sicht) eine Arbeitsunfähigkeit von 40% wegen erheblicher Antriebsminderung, verminderter Arbeitsgeschwindigkeit und vermehrtem Pausenbedarf. Im Servicebereich bestehe heute arbeitsbedingt eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 60%. Solche Tätigkeiten (Gastronomie) seien noch möglich bei geringer Kundenfrequenz und geringen Kundenzahlen. Office-Tätigkeiten seien noch möglich, erforderten aber höhere Frustrationstoleranz und höhere Anforderung an kognitive Funktionen als in der Wäscherei. Darin inbegriffen seien verminderte Arbeitsgeschwindigkeit und erhöhter Pausenbedarf. Die Arbeitsunfähigkeit beginne mit dem Unfallereignis, es bestehe keine Änderung im Verlauf. Die Wäscherei-Tätigkeit sei als angepasste Tätigkeit zu beurteilen. Die zeitliche Präsenz betrage sechs bis sieben Stunden, inkl. verminderter Arbeitsgeschwindigkeit und erhöhten Pausenbedarfs; daraus ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit von 40%. Rasch sollten eine antidepressive Pharmako-Therapie und eine Psychotherapie (betreffend Tagesstrukturierung, Verbesserung der Frustrationstoleranz, depressionsbedingter Alltagseinschränkungen, Übungen zur Stressreduktion) eingeführt werden. Berufliche Massnahmen seien zu 50% möglich, steigend. Eine Besserung sei innert ein paar Monaten möglich, aus psychiatrischer Sicht (ebenso) die Wiederherstellung einer vollen Arbeitsfähigkeit.

E. 5.2.4

Im Gesamtgutachten vom 25. Juli 2017 hielten die Gutachter fest, aus rheumatologischer Sicht bestehe ein chronifiziertes Schmerzsyndrom mit zentraler Sensitivierung nach adhäsiver Kapsulitis und posteriorem Knorpelschaden humeral links. Dieses persistiere trotz erfolgter Arthroskopie und Arthrolyse. Aktuell bestehe eine deutliche Überempfindlichkeit im Sinne einer Allodynie als Zeichen einer zentralen Sensitivierung. Aus psychiatrischer Sicht könne eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom seit 2015, bei akzentuierter Persönlichkeit und HIV-assoziiertes Fatigue, festgehalten werden. Anamnestisch handle es sich wohl um die erste, grössere Episode; aufgrund der Symptome sei diese als mittelgradig zu werten. Zudem seien die Zeichen für ein somatisches Syndrom erfüllt und es beständen Anzeichen einer Schmerzverarbeitungsstörung (im Rahmen der depressiven Störung mit angstgeprägter Komponente). Als funktionelle Auswirkungen nannten sie eine verminderte Belastbarkeit der linken Schulter mit Unvermögen für Tätigkeiten oberhalb der Schulterhöhe oder Heben von Lasten über 1 kg. Aus psychiatrischer Sicht seien dies insbesondere: Antriebsstörung, Gereiztheit, verminderte Frustrationstoleranz, Störung zwischenmenschlicher Kontakte, vermehrte Ermüdbarkeit, erhöhter Pausenbedarf, insgesamt ein reduziertes Aktivitätsniveau. Aus rheumatologischer Sicht seien Inkonsistenzen zu verneinen, es bestehe eine Übereinstimmung zwischen den Angaben des Versicherten und der klinischen Untersuchung. In psychiatrischer Hinsicht bestünden gewisse Inkonsistenzen (Wahrnehmung Schweregrad der Symptome), diese seien aber weitgehend durch die affektive Störung erklärbar. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit (Wäscherei) bestehe seit März 2015 (recte. 25. Februar 2015) aus rein rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit. Hingegen beständen für alle Tätigkeiten ohne Arbeiten über Brusthöhe links, ohne Stemmen von Gewichten mit beiden Armen, ohne Arbeiten auf Gerüsten oder Leitern, ohne witterungsexponierte Tätigkeiten, Tätigkeiten mit maximaler

Belastung des Armes von 1-2 kg, ohne hohe Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit, das Gedächtnis, ohne hohe Anforderungen an die Frustrationstoleranz und Empathie gegenüber Kollegen, Vorgesetzten und Kunden, eine Arbeitsfähigkeit von 60%. Eine 40%-ige Einschränkung bestehe aus psychiatrischer Sicht seit demselben Zeitpunkt. Eine Ausnahme liege wegen postoperativer Rekonvaleszenz während je drei Monaten nach den Eingriffen vor. Aus rheumatologischer Sicht sei von einem status quo auszugehen, in psychiatrischer Sicht von einem besserungsfähigen Zustand. Bei guter Compliance und angepasster Psychotherapie sei eine restitutio ad integrum möglich.

E. 5.2.5

In seiner Stellungnahme vom 11. August 2017 bestätigte Dr. H. _____ vom RAD I. _____, dass auf das J. _____-Gutachten vom 25. Juli 2017 abgestützt werden könne. Das Gutachten sei umfassend, beruhe auf allseitigen Untersuchungen, sei in Kenntnis der Akten abgegeben worden, berücksichtige die beklagten Beschwerden und vermittele ein umfassendes Bild des Gesundheitszustandes. Die Gutachter setzten sich mit abweichenden Meinungen des Beschwerdeführers und behandelnden Ärzten auseinander. Die Standardindikatoren würden besprochen und berücksichtigt. Die Beurteilung und begründeten Schlüsse seien aus RAD-Sicht nachvollziehbar. Das somatische Leiden sei nachvollziehbar und werde adäquat behandelt. Beim psychischen Leiden könne nicht von einer Chronifizierung ausgegangen werden, da dieses nicht psychiatrisch-psychotherapeutisch und psychopharmakologisch behandelt werde (doc. 55).

E. 5.2.6

Die Beurteilung des RAD-Arztes vom 11. August 2017 ist mit Ausnahme der Prüfung der Standardindikatoren (s. hierzu E. 5.3.1-5.3.3) zu bestätigen, auf seine diesbezüglichen Ausführungen ist zu verweisen. Mit ergänzender Stellungnahme vom 13. November 2017 hielt er fest, dass weder im Einwand noch im Schreiben von Dr. O. _____ vom 17. Oktober 2017 neue Tatsachen aufgeführt würden (doc. 63). Damit kommt der bidisziplinären Begutachtung volle Beweiskraft zu.

E. 5.3

Es bleibt nachfolgend zu prüfen, ob die vom Beschwerdeführer mit Beschwerde und Replik dagegen geäußerten Einwände geeignet sind, die Beweiskraft des Gutachtens zu erschüttern.

E. 5.3.1

Einleitend ist festzuhalten, dass das Gutachten - worauf der Beschwerdeführer zutreffend hingewiesen hat - die mit BGE 141 V 281 eingeführte und mit BGE 143 V 409 i.V.m. BGE 143 V 418 auf psychische Erkrankungen ausgedehnte Praxis zur Prüfung der Arbeitsfähigkeit bei attestierter Schmerzstörung unter dem Aspekt der Standardindikatoren nicht berücksichtigt. Wie das Bundesgericht festgehalten hat, entbehren dergestalt erstellte Gutachten aber nicht per se jeglicher Beweiskraft. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8). Das Bundesgericht hat in BGE 141 V 281 folgende Prüfkriterien genannt (E. 4.1.3): 1) Kategorie "funktioneller Schweregrad" Komplex "Gesundheitsschädigung" Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz Komorbiditäten Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) Komplex "sozialer

Kontext" 2) Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens) gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck.

E. 5.3.2

Vorliegend hat Dr. N. _____ in ihrer Stellungnahme vom 24. Mai 2018 die Standardindikatoren, basierend auf den Angaben im Gutachten, eingehend geprüft (doc. 73), auch wenn sie dabei nicht der bundesgerichtlichen Gliederung bzw. Reihenfolge der Indikatoren gefolgt ist. Zur Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde hielt sie fest, die Diagnose einer gegenwärtig mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom werde regelkonform hergeleitet. Zusätzliche vom Beschwerdeführer in der Untersuchung genannte Symptome würden nicht genannt. Es beständen Anzeichen einer Schmerzverarbeitungsstörung und einer leichten Persönlichkeitsakzentuierung. Als Hintergrund der vermehrten Müdigkeit werde eine Mitbeteiligung der chronischen HIV-Infektion und möglicher Nebenwirkungen der hierzu eingenommenen Medikamente diskutiert, jedoch gebe es keine Hinweise auf eine HIV-assoziierte Enzephalopathie und erfolge die Behandlung seit Jahren mit denselben Medikamenten. Die Diagnose der mittelgradigen depressiven Episode sei daher führend. Die Erkrankung sei ursprünglich als Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (F43.22) zu klassifizieren, nach sechs Monate Andauern jedoch als depressive Episode. Invaliditätsfremde Faktoren seien: depressive Erkrankung ausgelöst durch psychosoziale Belastungssituationen wie die Trennung vom langjährigen Partner, die Pflegebedürftigkeit der Mutter sowie das Verhebetauma mit nachfolgender Frozen shoulder und Operationen. Jedoch habe sich der Beschwerdeführer mit seinem Partner versöhnt. Der Beschwerdeführer habe zwar keine Anstellung, erhalte aber Taggelder. Dies werde durch Dr. M. _____ bestätigt. Ausschlussgründe, die gegen diese Diagnose sprächen, bestünden keine. Das Gutachten enthalte keine Hinweise auf Aggravation und ähnliche Erscheinungen sowie deren Ausmass. Gewisse Inkonsistenzen (wie Wahrnehmung des Schweregrades der Symptome) seien weitgehend durch die affektive Störung erklärbar. Zum aktuellen Persönlichkeitsbild und zur biografischen Persönlichkeitsentwicklung hielt sie fest, der Beschwerdeführer wirke teilweise verbittert und habe eine hohe Erwartungshaltung zur Heilung seiner Schulterbeschwerden. Zudem liege eine leichte Persönlichkeitsakzentuierung vor. Diese Symptome gingen aber weitgehend in der Depression auf. Laut behandelnder Psychiaterin habe der Versicherte Mühe, seine Gefühle zu verbalisieren, stehe einer psychiatrischen Behandlung sehr ambivalent gegenüber und erlebe ein Gefühl der Ohnmacht. Als Beeinträchtigungen seien festzuhalten: schwere Beeinträchtigung bezüglich Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, mittelgradige Beeinträchtigung bezüglich Planung und Strukturierung, Entscheidungs- und Urteilsvermögen, Kontaktfähigkeit zu Dritten und Gruppenfähigkeit sowie für Spontanaktivitäten. Der Alltag des Beschwerdeführers sei wie folgt zu charakterisieren: Er lebe sehr zurückgezogen, habe wenig Freunde und gehe nur aus dem Haus, wenn er müsse. Die Impulse für Aktivitäten kämen vom Partner aus. Es würden keine Hobbies oder Vereinsaktivitäten angegeben. Unter Beachtung der Einschränkungen durch die Schulter erledige er alle Arbeiten im Haushalt, aktuell übernehme der Partner jedoch mehr Aufgaben. Es hätten keine Integrationsmassnahmen durchgeführt werden können, da der Beschwerdeführer sich dazu nicht in der Lage sehe (gemäss Abschlussprotokoll Frühintervention vom 23.11.2016). Zu den sozialen Belastungen sei festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer wieder mit dem Partner habe versöhnen können und mit ihm

zusammenlebe. Die Erwerbslosigkeit habe bisher keine finanziellen Belastungen ergeben, zumal er noch Taggeld erhalte; das Ende dieser Leistungen bereite ihm jedoch Sorgen. Zu erwähnen sei auch, dass der Bruder keine finanzielle Unterstützung für die Mutter im Pflegeheim leiste. Als vorhandene/mobilisierbare Ressourcen erwähnte sie, dass der Lebenspartner eine gute Unterstützung sei. Zudem habe der Beschwerdeführer zwei Hunde, und gehe mit diesen spazieren, jedoch weniger als sein Partner. Relevant seien auch die Wechselwirkungen der Diagnosen: Es könne nicht ausgeschlossen werden, dass das chronifizierte Schmerzsyndrom mit zentraler Sensitivierung einen gewissen Anteil zur Aufrechterhaltung der psychiatrischen Symptome trage, dieser Anteil sei aber als marginal anzusehen. Wichtiger erscheine bezüglich Aufrechterhaltung der Symptome die durch die Depression bedingte Antriebshemmung und die Schwierigkeiten des Beschwerdeführers, über seine Gefühle und Beeinträchtigungen zu sprechen und konstruktive Lösungen zu suchen. Zur Beurteilung der Ressourcen sei auch die Therapierung zu beachten: Die behandelnde Psychiaterin äussere sich nicht zum Umfang ihrer Therapie. Die letzte Konsultation sei vor drei Wochen erfolgt, was nicht auf eine hochfrequente Therapie schliessen lasse. Die Pharmakotherapie schein grundsätzlich lege artis zu erfolgen, allerdings wäre nun nach einem Jahr ohne Erfolg eine Intensivierung indiziert. Die vom psychiatrischen Gutachter erwähnte Verbesserung unter Behandlung lege artis sei gemäss behandelnder Psychiaterin nicht eingetreten, die Verbesserungen seien sehr gering. Es fänden sich aber keine Hinweise auf fehlende Kooperation. Eine Intensivierung der ambulanten Psychotherapie kombiniert unter Umständen mit nichtverbalen Methoden könnte weiterhin zu einer Verbesserung führen und die Arbeitsfähigkeit erhöhen. Auch könnte eine tagesklinische Behandlung in einem multimodalen Setting auf die Schwierigkeiten des Beschwerdeführers bezüglich Verbalisierung bessere Wirkung zeigen. Eingliederungsbemühungen hätten nicht begonnen werden können, da sich der Beschwerdeführer subjektiv nicht in der Lage dazu sehe. Er schein nicht in der Lage zu sein, seine Antriebsstörung selber zu überwinden; im überwiegenden Umfang seien diese Probleme jedoch selbstbedingt. Eine Wiedereingliederung beginnend in einem kleinen Pensum von 2 Stunden pro Tag mit entsprechender stetiger Steigerung erscheine zumutbar. Zum Indikator "Konsistenz" hielt sie fest, dass aus rheumatologischer Sicht bei zentraler Schmerzfixierung keine Inkonsistenzen eruiert werden könnten. Die Präsentation in der klinischen Untersuchung stimme exakt mit den Angaben des Beschwerdeführers überein. Aus psychiatrischer Sicht bestünden zwar gewisse Inkonsistenzen, die jedoch weitgehend durch die affektive Störung per se erklärbar seien. Hieraus schloss sie bezüglich Arbeits(un)fähigkeit, dass die von Hausarzt und behandelnder Psychiaterin beschriebene Arbeitsunfähigkeit zu 100% in allen Tätigkeitsbereichen nicht nachvollziehbar sei. Der Beschwerdeführer lebe wohl zurückgezogen, habe keine Hobbies und sehr wenig soziale Kontakte, er könne aber den Haushalt weitgehend ohne Schwierigkeiten (ausser der Einschränkungen im Bereich linke Schulter) bewältigen. Es liege zwar eine Antriebsstörung und eine vermehrte Ermüdbarkeit vor, aber der Beschwerdeführer könne Aktivitäten ausser Haus (regelmässige Besuche bei der Mutter im Pflegeheim, Einkaufen, mit dem Hund spazieren, ins Restaurant essen gehen) nach Anstoss durch den Partner ausführen. Er habe bereits vor dem Verhebetauma keine regelmässigen Vereinstätigkeiten oder Hobbies ausgeübt. Nach SIM bewirke eine mittelgradige Depression höchstens eine Arbeitsunfähigkeit von 40-50%. In einer von den Gutachtern genannten Verweistätigkeit seien die Einschränkungen bereits abgedeckt, die Arbeitsunfähigkeit von 40% im Gutachten sei daher nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer habe unmittelbar nach der

Begutachtung eine - scheinbar - nicht hochfrequente Therapie begonnen; er sei lege artis behandelt worden, bei fehlendem Abklingen der depressiven Symptome sei auf ein anderes Antidepressivum umgestellt worden. Es bestehe eher Therapieadhärenz, was sich auch bei der Einnahme der HIV-Medikamente zeige. Es könne an der Persönlichkeitsakzentuierung liegen, dass der Beschwerdeführer weiterhin eine Ambivalenz bezüglich einer Psychotherapie zeige. Daraus ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit zu 100% in der bisherigen Tätigkeit in einer Wäscherei (aus rheumatologischer Sicht). In angepasster Tätigkeit (keine Arbeiten über Brusthöhe links, kein Stemmen von Gewichten mit beiden Armen, kein Arbeiten auf Gerüsten oder Leitern, keine witterungsexponierte Tätigkeit, maximale Belastung des linken Armes von 1-2 kg, keine hohen Anforderungen an Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnis, an Frustrationstoleranz, an die Empathie-Fähigkeit gegenüber Kollegen, Vorgesetzten und Kunden, an Teamfähigkeit, Möglichkeit für Pausen) bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60% bei einer Anwesenheit von 6-7 Stunden täglich (psychiatrisch begründet, aus rheumatologischer Sicht im Verweisprofil integriert), geltend seit März 2015 (recte: 25. Februar 2015). Unterbrüche in der Arbeitsfähigkeit bestünden vom 2. April bis 30. Juni 2015 und vom 23. Mai bis 31. August 2016 (Arbeitsunfähigkeit von je 100%). Die psychiatrischen Einschränkungen seien führend und bestimmend. Das Bedürfnis nach vermehrten Pausen aus somatischen Gründen werde durch die psychiatrisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgedeckt. Der Bericht der behandelnden Psychiaterin, Dr. M. _____ sei in diese Stellungnahme integriert worden.

E. 5.3.3

In Berücksichtigung dieser eingehenden, die gutachterlichen Feststellungen berücksichtigenden und überzeugenden Ausführungen zu den Standardindikatoren und der sich daraus bestätigenden Arbeitsfähigkeit von insgesamt 60% in angepasster Verweistätigkeit erweist sich die Rüge des Beschwerdeführers, die mit Urteil des BGer 8C_841/2017 vom 30. November 2017 (BGE 143 V 409) eingeleitete Rechtsprechung sei vorliegend nicht beachtet worden, als gegenstandslos. Er wiederholt seine diesbezügliche Rüge denn auch nicht mehr in der Replik.

E. 5.3.4

Der Beschwerdeführer rügt weiter, es ergebe sich aus den gutachterlichen Ausführungen eine Arbeitsunfähigkeit von 50% (40% aus psychiatrischer Sicht und 10% aus rheumatologischen Gründen). Dazu ist er darauf hinzuweisen, dass Arbeitsunfähigkeitsgrade nicht zu addieren sind, sondern eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen ist (Urteile des BVerfG C-2865/2010 vom 5. April 2013 E. 5.8 m.H., C-4922/2011 vom 24. August 2012 E. 10.3.4 m.w.H.). Vorliegend haben die Gutachter überzeugend festgehalten, dass die Einschränkung von 10% (in rheumatologischer Hinsicht) in der Arbeitsunfähigkeit zu 40% aus psychiatrischer Sicht aufgeht (vgl. E. 5.2.4). Dr. N. _____ hat im Rahmen der Standardindikatorenprüfung zutreffend darauf hingewiesen, dass die Arbeitsunfähigkeit von 40% psychiatrisch begründet und die Arbeitsunfähigkeit aus rheumatologischer Sicht im Verweisprofil integriert sei (doc. 73); dementsprechend werden in den funktionellen Einschränkungen, die in der Verweistätigkeit zu beachten sind, Einschränkungen sowohl aus dem Fachgebiet der Rheumatologie als auch dem Fachgebiet der Psychiatrie/Psychotherapie aufgeführt (vgl. E. 5.2.4). Der Beschwerdeführer setzt sich mit diesen Ausführungen der Gutachter und des RAD nicht auseinander. Seiner Rüge kann aus den oben genannten Gründen nicht gefolgt werden.

E. 5.3.5

Weiter ist der mit Vernehmlassung vom 5. Juni 2018 gestellte - und auf der Stellungnahme der IV B. _____ vom 28. Mai 2018 beruhende - Antrag der Vorinstanz auf Gewährung einer zeitlich beschränkten Rente vom 1. Mai bis 31. August 2018 zu prüfen (B-act. 11). Der Beschwerdeführer bestreitet die Befristung der Rente. Die IV B. _____ führt aus, aus gesamtmedizinischer Sicht sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 40% seit März 2015 (recte: 25. Februar 2015) in somatisch und psychiatrisch adaptierter Verweistätigkeit auszugehen. Die Diagnose der mittelgradigen depressiven Episode sei dabei führend. Aus somatischer Sicht liege aufgrund der beiden Schulteroperationen (Arthrolysen) eine Arbeitsunfähigkeit von 100% vom 2. April bis 30. Juni 2015 und vom 23. Mai bis 31. August 2016 vor. Der Einkommensvergleich sei wie folgt zu korrigieren: Die Wartefrist von einem Jahr (Art. 28 Abs. 1 IVG) ende im März 2016, die (zweite) Arbeitsunfähigkeit von 100% bestehe vom 23. Mai bis 31. August 2016, weshalb ab diesem Zeitpunkt eine Invalidität von 100% bestehe und eine ganze Rente vom 1. Mai bis zum 31. August 2016 zu gewähren sei. Vom 1. März 2016 (Ablauf der Wartefrist) bis zum 30. April 2016 (Beginn der zweiten Arbeitsunfähigkeit von 100%) und ab dem 1. September 2016 (Ende der Rehabilitationsphase von drei Monaten) sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 40% auszugehen. Der diesbezügliche Einkommensvergleich ergebe ein Valideneinkommen von Fr. 50'760.- und ein Invalideneinkommen von Fr. 40'231.- (60% von Fr. 67'052.-), was einen (rentenausschliessenden) Invaliditätsgrad von 21% ergebe. Unter Beachtung von Art. 29 Abs. 1 IVG, wonach der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs entsteht (vorliegend: Rentenmeldung am 31. Juli 2015, d.h. Rentenanspruch frühestens ab Februar 2016), ergibt sich aus der ersten Phase der vollen Arbeitsunfähigkeit vom 2. April bis 30. Juni 2015 kein Anspruch auf eine Rente. Zur zweiten Phase vom 1. Mai bis 31. August 2016 hat sich die IV-Stelle nicht zur Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) geäußert. Gemäss dieser Bestimmung ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Das Bundesgericht hat dazu festgehalten, dass - werde rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen - einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden Vergleichszeitpunkte seien (Urteil I 605/06 vom 14. Februar 2007 E. 4.2 und 5.2, je in fine; s. auch Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 238/01 vom 29. August 2002 E. 3). Vorliegend wurde der Antrag auf Rentenzusprache mit der von Dr. N. _____, RAD I. _____, festgehaltenen Arbeitsunfähigkeit zu 100% vom 23. Mai bis 31. August 2016 (doc. 73 S. 8) begründet. Die Ärztin wiederum stützte sich ab auf die gutachterliche Würdigung, wonach eine postoperative Rekonvaleszenz von jeweils drei Monaten nach den durchgeführten Schultereingriffen anzunehmen sei (doc. 53 S. 8). Der Beschwerdeführer hat diese Würdigung nicht bestritten, sondern die Befristung der Rente (unzutreffend) damit begründet, dass ihm gestützt auf eine Addition der Arbeitsunfähigkeitsgrade auch nach dem 31. August 2016 eine (halbe) Rente zustehe. Damit ist dem Beschwerdeführer - in Korrektur des vorinstanzlichen Antrags und unter Berücksichtigung des nachfolgend Gesagten - reformatorisch eine ganze Rente vom 1. Mai bis 30. November 2016 zuzusprechen.

E. 6.1

Damit bleibt der mit Stellungnahme vom 28. Mai 2018 dargelegte Einkommensvergleich zu überprüfen (B-act. 11 Beilage 1), der für die Zeiträume vom 1. März bis Ende April 2016 und ab 1. September 2016 einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad ergab. Der Beschwerdeführer bestreitet diese Berechnung sowohl hinsichtlich der Nichtberücksichtigung der neuen Praxis für Teilerwerbstätige und unzulässigen Anwendung der alten diskriminierenden Praxis (E. 6.2), der Nichtvornahme einer Parallelisierung (E. 6.3) sowie der Nichtberücksichtigung eines Leidensabzugs (E. 6.4).

E. 6.2

Die IV B. _____ hat ihrer Berechnung des Invaliditätsgrades eine Arbeitsunfähigkeit von 40% unter Berücksichtigung eines Valideneinkommens von Fr. 50'760.- und eines Invalideneinkommens von Fr. 40'231.- (60% von Fr. 67'052.-) zugrunde gelegt und einen Invaliditätsgrad von 21% berechnet. Ab 1. Januar 2018 gelte ein neues Modell zur Berechnung des IV-Grades für Teilerwerbstätige, womit das Valideneinkommen von 90% auf eine Voll-erwerbstätigkeit hochzurechnen sei. Mit dieser neuen Berechnung betrage das Valideneinkommen Fr. 56'400.- und bei gleichbleibendem Invalideneinkommen von Fr. 40'231.- liege neu ein Invaliditätsgrad von 29% vor. Der Beschwerdeführer rügt, nach allgemeinen übergangsrechtlichen Grundsätzen würden die neuen Bestimmungen für den gesamten Leistungsfall gelten. Das von der Vorinstanz zitierte Urteil des BGer 8C_462/2017 vom 30. Januar 2018 sei vorliegend nicht einschlägig, da es sich nicht um eine Rentenrevision, sondern um eine erstmalige Rentenprüfung handle (B-act. 16). Die IV B. _____ hielt dem mit Stellungnahme vom 25. September 2018 entgegen, das neue Berechnungsmodell (Art. 27bis Abs. 2-4 IVV) gelte erst ab 1. Januar 2018 und gemäss BSV sei eine Rückwirkung nicht vorgesehen (vgl. Rundschreiben Nr. 372 vom 9. Januar 2018). Diesbezüglich ist der Beschwerdeführer auf die zwischenzeitlich ergangene Rechtsprechung des BGer zu Art. 27 bis IVV zu verweisen, das in seinem Urteil 9C_881/2018 vom 6. März 2019 ausführte, das kantonale Versicherungsgericht habe zutreffend festgehalten, dass die neue Regelung für Teilzeiterwerbstätige zu Recht nicht zu berücksichtigen sei, da die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vor dem 1. Januar 2018 (in casu am 1. September 2017) erlassen habe und Änderungen des Rechts nach diesem Zeitraum nicht zu berücksichtigen seien (E. 4.1); darin sei keine Rechtsverletzung und auch keine Diskriminierung im Sinne der Di Trizio-Rechtsprechung zu erkennen (E. 4.2). Damit hat die Vorinstanz die neue Rechtsprechung zu Recht nicht für den Zeitraum vor dem 1. Januar 2018 berücksichtigt.

E. 6.3

Die IV B. _____ wies in ihrer Stellungnahme vom 28. Mai 2018 darauf hin, dass das vom Beschwerdeführer beim letzten Arbeitgeber erzielte Einkommen (Fr. 56'400.-) unter dem branchenüblichen Lohn von Fr. 58'679.- liege. Da die Differenz jedoch Fr. 2'279.- und damit 3.88% des branchenüblichen Lohnes betrage und diese Differenz unter der vom BGer als massgeblich erachteten Differenz von 5% liege, sei eine Parallelisierung der Einkommen nicht gerechtfertigt (B-act. 11 Beilage 1). Die IV B. _____ ergänzte in ihrer Duplik, sie habe bezüglich des Valideneinkommens dem zuletzt bei der Wäscherei P. _____ erzielten Einkommen (hochgerechnet auf 100%) den branchenüblichen LSE-Lohn 2014, Tabelle TA1, Position 96 "sonstige persönlichen Dienstleistungen", Männer, Kompetenzniveau 2, mit Umrechnung von 40 auf 41.7 Wochenstunden, zuzüglich Nominallohnentwicklung 2014-2015, gegenübergestellt. Der Beschwerdeführer rügt

replikweise, die IV B. _____ habe als Invalideneinkommen einen wesentlich höheren LSE-Lohn von Fr. 67'052.- berücksichtigt, wohingegen das tatsächliche (auf 100%) hochgerechnete Salär nur Fr. 56'400.- betrage. Die Differenz betrage somit offenkundig mehr als 5%, sodass eine entsprechende Parallelisierung vorzunehmen sei (B-act. 16 Seite 2). Damit übersieht der Beschwerdeführer aber, dass das Bundesgericht eine Parallelisierung (nur) zulässt, wenn der tatsächlich erzielte Verdienst mindestens 5 % vom branchenüblichen Tabellenlohn abweicht ("der Erheblichkeitsgrenzwert der Abweichung des tatsächlich erzielten Verdienstes vom branchenüblichen LSE-Tabellenlohn, ab welchem sich eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen im Sinne von BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325 f. rechtfertigen kann, ist auf 5 % festzusetzen" [BGE 135 V 297 E. 6.1.2]). Der Erheblichkeitsgrenzwert bezieht sich somit ausschliesslich auf zwei zu vergleichende Valideneinkommen. Damit stösst die Rüge des Beschwerdeführers, der zur Beurteilung des Erheblichkeitsgrenzwerts Valideneinkommen und Invalideneinkommen vergleichen will, ins Leere.

E. 6.4

Der Beschwerdeführer rügt schliesslich, die IV B. _____ habe keinen Leidensabzug vorgenommen, obwohl der Beschwerdeführer gegenüber gesunden Mitbewerbern auch im Tieflohnbereich offensichtlich deutlich benachteiligt sei. Jedenfalls sei ein Leidensabzug von 10% zu berücksichtigen (B-act. 16). Dazu hielt die IV B. _____ in ihrer Stellungnahme vom 28. Mai 2018 fest, das BGer habe in neuester Rechtsprechung festgehalten, dass bei einem Teilzeitpensum von 50-74% bei Männern ohne Kaderfunktion ein Abzug infolge des reduzierten Pensums nicht mehr automatisch vorzunehmen sei. Selbst ein (Anmerkung Gericht: vorliegend beantragter) Leidensabzug von 10% könne aufgrund des Einkommensvergleichs mit ermitteltem Invaliditätsgrad von 21% zu keiner Rentenzusprache führen. Den leidensbedingten Einschränkungen des Beschwerdeführers (keine Arbeiten über Brusthöhe links, kein Stemmen von Gewichten mit beiden Armen, kein Arbeiten auf Gerüsten oder Leitern, keine witterungsexponierte Tätigkeit, maximale Belastung des linken Armes von 1-2 kg, keine hohen Anforderungen an Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnis, an Frustrationstoleranz, an die Empathie-Fähigkeit gegenüber Kollegen, Vorgesetzten und Kunden, an Teamfähigkeit, Möglichkeit für Pausen) ist durch ein berücksichtigtes Pensum von 60% in angepasster Tätigkeit bereits Rechnung getragen worden. Ein nochmaliger Einbezug beim Tabellenlohn würde eine unzulässige doppelte Berücksichtigung darstellen (vgl. Urteil des BGer 9C_72/2017 vom 19. Juli 2017 E. 4.3 in fine, m.H.). Zu Recht ist vorliegend auch kein Abzug wegen des Faktors Alter, der gemäss Bundesgericht nur beschränkte Bedeutung hat (Urteil 8C_552/2017 vom 18. Januar 2018 E. 5.4.1), vorgenommen worden. Der Beschwerdeführer war zum Zeitpunkt des angefochtenen Entscheids noch nicht 48 Jahre alt, was keinen Abzug rechtfertigt (vgl. Urteil des BGer 9C_474/2010 vom 11. April 2011 E. 3.4). Gleiches gilt für das Kriterium Dienstalder, zumal der Beschwerdeführer in der Wäscherei P. _____ (nur) während dreieinhalb Jahren gearbeitet habe (doc. 53 S. 19). Nicht erkennbar ist und auch nicht geltend gemacht wird, dass der Beschwerdeführer wegen seiner französischen Staatsangehörigkeit bzw. seiner Tätigkeit als Grenzgänger (doc. 8 S. 3) in (...) eine Einkommensbusse zu gewärtigen gehabt hätte. Schliesslich bleibt festzuhalten, dass das Bundesgericht zum (reduzierten) Beschäftigungsgrad festgehalten hat, dass die Teilzeitbeschäftigung nicht ohne weiteres schlechter entlohnt werde, als eine Vollbeschäftigung (Urteil 9C_10/2019 vom 29. April 2019 E. 5.2 m.w.H.). Selbst wenn der dort berücksichtigte und vergleichbare Leidensabzug von 5% (E. 5.3) berücksichtigt würde,

würde dies nicht zu einem rentenrelevanten Invaliditätsgrad führen. Es bleibt darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer seine Rüge, aufgrund der "Offensichtlichkeit" der Sachlage sei jedenfalls ein Leidensabzug von 10% zu gewähren, nicht weiter begründet.

E. 6.5

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die IV B. _____ den Einkommensvergleich rechtskonform erstellt hat und darauf abzustellen ist.

E. 7

Zusammenfassend ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. Dem Beschwerdeführer ist für den Zeitraum vom 1. Mai bis 30. November 2016 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Darüber hinausgehend ist die Beschwerde abzuweisen. Die Sache ist zur Berechnung der Rente und zur entsprechenden Nachzahlung der Rentenbeträge unter Beachtung der Zinsbestimmungen von Art. 26 Abs. 2 ATSG an die Vorinstanz zu überweisen.

E. 8

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 8.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Dem teilweise obsiegenden Beschwerdeführer, der beschwerdeweise die Gewährung mindestens einer (unbefristeten) halben Invalidenrente beantragt hat, sind (um die Hälfte) reduzierte Verfahrenskosten von Fr. 400.- aufzuerlegen. Diese sind aus dem am 20. Februar 2018 geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.- zu entnehmen. Die Restanz von Fr. 400.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils auf ein von ihm zu bezeichnendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

Der teilweise obsiegende und anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Der Anwalt hat keine Kostennote eingereicht, weshalb das Gericht die Höhe der Parteientschädigung aufgrund der Akten festsetzt (Art. 14 Abs. 2 VGKE). Vorliegend erachtet das Bundesverwaltungsgericht - unter Berücksichtigung des notwendigen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Beschwerdeverfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigung - eine Parteientschädigung von Fr. 2'800 (inklusive Auslagen; Mehrwertsteuer ist nicht geschuldet [vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG {SR 641.20} und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE]), als angemessen. Dieser Betrag ist trotz (nur) teilweisen Obsiegens ungekürzt auszurichten, zumal nicht gesagt werden kann, das Rechtsbegehren des Beschwerdeführers auf Gewährung einer unbefristeten Rente habe den Prozessaufwand derart beeinflusst, als dass sein «Überklagen» eine Reduktion der Parteientschädigung rechtfertigen würde (vgl. Urteil des BVGer C-3300/2016 vom E. 10.2).

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