

# **BVGer C-7089/2018 vom 9. Juni 2020**

Bundesverwaltungsgericht, 2020-06-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-7089\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7089_2018)

FR: TAF C-7089/2018 du 9 juin 2020

IT: TAF C-7089/2018 del 9 giugno 2020

## **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 29. Oktober 2018 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert. Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (B-act. 18), ist auf die Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG, Art. 52 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

### **E. 2**

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Portugal und hat dort seinen Wohnsitz. Damit gelangen 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. 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 (siehe 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. 3.1**

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, 2. Aufl. 2019, Rz. 26 zu Art. 49).

### **E. 3.2**

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. 3.3**

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. 3.4**

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. 3.5**

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 medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee und BGE 122 V 157 E. 1d).

#### **E. 3.6.1**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Demnach ist in der Neuanschuldung glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 130 V 71 E. 3; AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; BGE 109 V 108 E. 2b).

#### **E. 3.6.2**

Ob eine erhebliche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Verfügung; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des BGer 8C\_872/2014 vom 3. März 2015 E. 2).

#### **E. 4**

Die Vorinstanz ist auf Anweisung des Bundesverwaltungsgerichts im Urteil C-2875/2014 vom 8. September 2016 auf die Neuanschuldung vom 6. August 2013 eingetreten und hat das Gesuch materiell geprüft. Nachfolgend bleibt deshalb zu beurteilen, ob sich zwischen renteneinstellender Verfügung vom 8. März 2010, die auf die Begutachtung des Beschwerdeführers in der MEDAS O.\_\_\_\_\_ abstützt, und vorliegend angefochtener Verfügung vom 29. Oktober 2018, der eine Begutachtung im (Institut) R.\_\_\_\_\_ und ein

neuer Einkommensvergleich vorausgegangen ist, eine rentenrelevante gesundheitliche Verschlechterung eingetreten ist (vgl. E. 3.6.2).

#### **E. 4.1.1**

Als Referenzzeitpunkt im Sinne von E. 3.6.2 ist mit Dr. N.\_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes der IVSTA (s. doc. 157, 179) auf den 6. August 2009 (Gutachten der MEDAS O.\_\_\_\_\_) abzustellen; eine Änderung in medizinischer Hinsicht bis zur Rentenaufhebung am 8. März 2010 ist nicht ersichtlich. Die Gutachter hielten anamnestisch (S. 17 ff.) unter anderem fest, der Versicherte habe im Januar 2001 sein Pensum als Serviceangestellter in der Klinik B.\_\_\_\_\_ auf 50% herabgesetzt aus gesundheitlichen Gründen, seit Dezember 2001 sei er nicht mehr erwerbstätig, trotz mehreren Versuchen in der Klinik, ihn irgendwo wieder einzugliedern. Er habe ein schönes Verhältnis zur Ehefrau und zu den beiden Töchtern. In der Kleinstadt (...) in Portugal sei er gut integriert, habe einige gute Kollegen, mit denen er häufig Kaffee trinke und Gespräche führe. Er habe zwei Hunde, welche abwechslungsweise von allen vier Familienmitgliedern betreut würden. Haushaltsarbeiten würden zu 80% von seiner Frau bewältigt, er übernehme ca. 15%, seine Töchter 5%. Einen Tagesablauf habe er wie folgt geschildert: Aufstehen um sieben Uhr, Wecken der Kinder, Morgenessen zubereiten für die jüngere Tochter, er lege das Geschirr in die Spülmaschine und bringe die Tochter zur Schule (zu Fuss/mit dem Bus), anschliessend gehe er oft mit den Hunden spazieren, treffe auf Kollegen, lese die Zeitung oder sitze vor dem Fernseher (und schaue Nachrichten oder Fussball). Das Mittagessen koche er selber für sich und seine Tochter, er selber bringe die Küche in Ordnung, wasche ab. Nachher lege er sich ein bisschen hin, am späteren Nachmittag schaue er vielleicht erneut fern und gehe dann die jüngere Tochter von der Schule abholen. Das Abendessen werde von der Ehefrau zubereitet und gemeinsam eingenommen. Alle würden beim Abräumen helfen. Anschliessend führe er Gespräche mit der Ehefrau, helfe bei Schulaufgaben, gehe Spazieren bei schönem Wetter oder schaue wiederum fern, zwischen 21.30 und 22.00 Uhr gehe er zu Bett. Als Befunde nannten die Gutachter unter anderem (S. 23 ff.): Das Ausziehen geschehe weitgehend unauffällig, mit beiden oberen Extremitäten, es bestehe keine Schulterathrophie (Schwund), der Oberarmumfang liege beidseits bei 31 cm. Das Aufrichten geschehe unbeobachtet problemlos. Es liege ein groteskes Ganzkörperzittern vor, betont mit der linken Körperhälfte. Der Nacken- und Schürzengriff links geschehe mit Hyperventilation, Grimassieren und groteskem Zittern sowie der Äusserung "geht nicht"; dasselbe geschehe bei einem Positionsversuch mit dem linken Arm. Die passive Motilität (nicht bewusst gesteuerte Bewegungen des menschlichen Körpers) sei wegen aktivem Sperren des Exploranden nicht objektiv untersuchbar. Der Lasègue-Test sei beidseits normal. Die Verdeutlichungstendenz sei gross bis sehr gross. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (S. 26 f.): 1) chronisches thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom, bei Fehllhaltung und Fehlstatik der Wirbelsäule, Haltungsinsuffizienz, kleine mediane Diskushernien L4/5 und L5/S1, aktuell ohne Zeichen einer Neurokompression, 2) schmerzhafte Funktionseinbusse an der linken Schulter mit Diskrepanz von Beschwerden und (geringen) objektivierbaren Befunden, bei Status nach Schulterkontusion im Mai 1999, Status nach Arthroskopie und minimalinvasiver Akromioplastik am 23.2.2000, Status nach Arthroskopie und minimalinvasiv gesteuerter Acromioclavicular-Gelenksresektion am 4.10.2004 (recte: 2000). Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie fest: 3) chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) mit Dysthymia (F34.1), klarer Verdeutlichungstendenz, Selbstlimitierung und Verdacht auf Aggravation; 4) hoher

Verdacht auf arterielle Hypertonie, wahrscheinlich "essentiell", unbehandelt (aktueller Blutdruck: 155/115), bei positiver Familienanamnese. Als Nebenbefunde führten sie zudem auf: Lückengebiss, normochrome, normozytäre Anämie unklarer Ätiologie (Hospitalisation 2003), Hämorrhoidalleiden (anamnestisch), Status nach Nikotinabusus (anamnestisch bis 2005), Magenausheberung wegen Vergiftung "X" (Kindheit), Nasenseptum-Operation (1986), Operation des lateralen Meniskus am rechten Knie (1991). In ihrer zusammenfassenden Beurteilung (S. 25 f.) führten sie aus, in psychiatrischer Hinsicht mache der Explorand einen traurig-besorgten, nicht aber schwer depressiven Eindruck. Das Ausziehen geschehe unauffällig, mit Hilfe beider Arme, es bestehe keine Schulteratrophie links, die Oberarmumfänge seien symmetrisch, die Hände unbeschwielt. Der rheumatologische Gutachter diagnostiziere ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei Fehllhaltung, Fehlstatik und Haltungsinsuffizienz der Wirbelsäule ohne Zeichen einer Neurokompression durch zwei kleine mediane Diskushernien L4/5 und L5/S1 sowie eine schmerzhaft funktionseingeschränkte der linken Schulter mit dürftig objektivierbaren Befunden. Er hege den Verdacht auf aggravatorisches Verhalten mit Selbstlimitierung. Gemäss psychiatrischem Gutachter lägen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine Dysthymie vor, beide ohne wesentliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit wirke im Gegenteil therapeutisch. Die Arbeitsfähigkeit betrage 0% in bisheriger Tätigkeit als Serviceangestellter in einer Privatklinik, wobei die rheumatologischen Befunde limitierend wirkten. Die Arbeitsfähigkeit betrage hingegen 100% für körperlich leichte bis maximal mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten mit maximal 5.5 Stunden Gehen und Stehen pro Tag. Der Beginn der Arbeitsfähigkeit sei auf den 4. September 2006 (Beurteilung der L. \_\_\_\_\_ [...] ) zu datieren; seither sei keine Änderung ersichtlich.

#### **E. 4.1.2**

Dr. N. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes der Vorinstanz hielt in Kenntnisnahme des Gutachtens am 28. August 2009 ergänzend fest, als Schlussfolgerung des Gutachtens sei eine Verbesserung speziell der Psychopathologie eingetreten. Die Kriterien für eine signifikante Psychopathologie seien nicht erfüllt, weshalb eine somatoforme Schmerzstörung als Diagnose nicht aufrechterhalten werden könne, auch wenn dies von rheumatologischer Seite nicht explizit bestätigt werde. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit könne ab Datum des MEDAS-Gutachtens von einer normalen Arbeitsfähigkeit in angepassten Verweistätigkeiten ausgegangen werden. Als Tätigkeiten kämen in Betracht: Aufseher Parking/Museum, Verkauf per Korrespondenz, Billettverkäufer, Erfassen/Klassieren/Archivieren, Empfang/Reception, Aushilfe/Telefonist, Datenerfassung/Scannen (doc. 157).

#### **E. 4.2**

Der Beschwerdeführer machte mit Neuanmeldung und Beschwerde geltend, es sei eine Verschlechterung hinsichtlich linke Schulter ("frozen shoulder") und Gonarthrose am rechten Knie eingetreten. Das Bundesverwaltungsgericht bezeichnete in seinem Rückweisungsurteil vom 8. September 2016 eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, ein bilaterales Hüftleiden und durch Gonarthrose verursachte Knieschmerzen rechts für die nachfolgende materielle Prüfung als beachtlich (s. Bst. D.b).

#### **E. 4.2.1**

Das (Institut) R. \_\_\_\_\_ hielt in seinem Gutachten vom 20. Juni 2017 in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Rheumatologie, Psychiatrie und Psychotherapie (doc. 330) nach Auflistung umfangreicher Vorakten im Zeitraum von 1997 bis 2016 mit jeweils kurzer Zusammenfassung deren Inhalts (S. 3 bis 12) in anamnestischer Hinsicht einleitend fest, der Beschwerdeführer habe in den letzten drei Jahren in Deutschland bei einem Kollegen im Restaurant gearbeitet, zu 50% am Buffet. Wegen der Schmerzen habe er wieder aufhören müssen. In Portugal wohne er zusammen mit seiner Familie in einem Einfamilienhaus. Die Ehefrau arbeite in der Schule am Mittagstisch und führe selbständig eine kleine Bar. Er selber habe zurzeit kein Einkommen, er helfe etwas im Haushalt, so gut es möglich sei. Früher habe er viele Therapien gehabt mit Fango und Massage. In Portugal habe er keine Therapie, er gehe ab und zu ins Schwimmbad (S. 13 f.).

#### **E. 4.2.2**

In allgemein-internistischer Hinsicht hielt Dr. T. \_\_\_\_\_ fest, der Explorand gebe Schmerzen im Rücken und in verschiedenen Gelenken an. Die fachspezifische Anamnese sei unauffällig, die klinischen Befunde im internistischen Status ebenfalls, die Laborwerte lägen im Normbereich. Eine allgemeininternistische Diagnose könne nicht gestellt werden; die Arbeitsfähigkeit sei aus fachspezifischer Sicht nicht eingeschränkt. Es ergäben sich auch aus der Anamnese und den Untersuchungsbefunden keine Hinweise auf eine frühere, länger andauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit durch ein internistisches Leiden. Nichts anderes sei den Gutachten des (Zentrums) L. \_\_\_\_\_ von 2006 und dem Gutachten der MEDAS O. \_\_\_\_\_ von 2009 zu entnehmen (S. 14).

#### **E. 4.2.3**

Der psychiatrische Gutachter, Dr. U. \_\_\_\_\_, hielt in seinem Teilgutachten fest, der Explorand habe sich vorübergehend in Portugal in psychiatrischer Behandlung befunden, diese jedoch Ende 2013 aus finanziellen Gründen aufgegeben. Zurzeit werde keine antidepressive Therapie durchgeführt, der Explorand nehme gelegentlich ein Beruhigungsmittel ein. Das Ausmass der geklagten somatischen Beschwerden und der subjektiven Krankheitsüberzeugung, nur halbtags arbeiten zu können, könne durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Es lägen keine Hinweise auf langanhaltende psychosoziale Belastungen im Vorfeld der Schmerzverarbeitungsstörung vor. Der Explorand leide auch nicht unter schweren, quälenden Schmerzen, gestalte den Alltag trotz seiner Beschwerden aktiv, sei auch von 2014 bis Ende 2016 in der Lage gewesen, halbtags zu arbeiten. Es handle sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Er leide darunter, dass er nicht mehr so belastbar sei wie früher, dass er seinen früheren Hobbies (Fahrradfahren, Fussballspielen, Schwimmen, Fischen und Jagen) nicht mehr nachgehen könne, dass er finanzielle Schwierigkeiten und das Ansehen in der Familie etwas verloren habe. Diese Belastungen führten reaktiv zu leichten depressiven Verstimmungen, die nicht den Schweregrad einer eigentlichen depressiven Störung erreichten. Es handle sich um eine Dysthymie; eine weitere psychiatrische Störung könne nicht diagnostiziert werden. Die psychiatrische Störung beeinträchtige den Exploranden in seinem Alltag und im Umgang mit den somatischen Beschwerden kaum (S. 17 f.). Nichts anderes ergebe sich aus der Prüfung der versicherungsmedizinischen Fragen (s. sogleich). Dementsprechend führte er in seiner Teilbegutachtung (einzig) als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und eine Dysthymie (ICD-10:

F34.1) an. Die psychiatrische Beurteilung enthält auch eine Prüfung der ressourcenhemmenden und -begünstigenden Faktoren zur Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit im Sinne der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 (Ziff. 4.1.10 "Versicherungsmedizinische Fragen" [S. 19-21]). Zur Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde hielt Dr. U. \_\_\_\_\_ fest, in seiner psychiatrischen Untersuchung habe er gelegentlich leichte depressive Verstimmungen feststellen können. Im Alltag sei der Explorand durch die depressiven Verstimmungen und die (diagnostizierte) chronische Schmerzstörung kaum beeinträchtigt. Die Arbeitslosigkeit und schwierige wirtschaftliche Lage des Exploranden könne dazu beitragen, dass er sich durch seine Beschwerden mehr eingeschränkt fühle, als es den objektiven Befunden entspreche (sog. invaliditätsfremde Faktoren). Hinweise auf Aggravation seien nicht vorhanden. Zum Indikator "Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz" hielt er fest, eine psychiatrische Behandlung werde nicht durchgeführt, therapeutische Optionen bestünden nicht. Eingliederungsmassnahmen seien in den letzten Jahren nicht mehr durchgeführt worden. Solche Massnahmen seien ganztags zumutbar, aber aus psychiatrischer Sicht (da keine psychiatrische Störung vorliegend) nicht notwendig. Zum Persönlichkeitsbild und zur Persönlichkeitsentwicklung hielt er fest, die psychosoziale Entwicklung sei unauffällig verlaufen. Der Explorand habe während Jahren mit guter Leistung gearbeitet, von seiner Persönlichkeit her sei die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Zu Beeinträchtigungen und vorhandenen persönlichen Ressourcen führte der Gutachter aus, es liege keine Beeinträchtigung im Alltag und in der Umsetzung der Ressourcen des Beschwerdeführers vor. Im Indikatorenkomplex "Sozialer Kontext" (Ziff. 4.1.10.2) verwies er auf mobilisierbare Ressourcen: Der Explorand habe eine gute Unterstützung durch seine Ehefrau und seine Kinder, pflege rege Kontakte mit den Verwandten seiner Ehefrau, seiner Herkunftsfamilie, regelmässig auch mit Kollegen. Es liege somit keine Veränderung des Aktivitätenniveaus vor, ausser die Aufgabe der Berufstätigkeit und die Reduktion sportlicher Aktivitäten. Die Kommunikationsfähigkeit sei gut, der Explorand sehe sich selber in der Lage, halbtags zu arbeiten. Dass im Rahmen eines Arbeitstrainings kaum verwertbare Arbeitsleistungen hätten erzielt werden können, lasse sich nicht durch eine psychiatrische Störung erklären.

#### **E. 4.2.4**

Der rheumatologische Gutachter, Dr. V. \_\_\_\_\_, hielt in seinem Teilgutachten fest, dass die in der Bildgebung (April und Mai 2016) nachweisbare Degeneration an Halswirbelsäule (HWS) und Brustwirbelsäule (BWS) keiner höhergradigen Pathologie entspreche, dagegen seien an der Lendenwirbelsäule (LWS) in einer Computertomographie (CT) von August 2015 mediane Diskushernien der Wirbelkörper L4/5 und L5/S1 nachweisbar, allerdings ohne Neurokompromittierung (Komprimierung der Nervenstränge). Klinisch seien alle Beweglichkeiten in allen Wirbelsäulenabschnitten schmerzhaft leicht bis mässiggradig eingeschränkt. Hinweise für eine neurologische Komplikation oder spezifische Wirbelsäulenerkrankung seien nicht vorhanden. Insgesamt entspreche die Symptomatik einem chronifizierten panvertebralen Schmerzsyndrom mechanisch-degenerativen Charakters und führe zu einer mässiggradigen eingeschränkten Belastbarkeit der Wirbelsäule. Nach 1990 durchgeführter lateraler Menisk-ektomie und fortschreitender Knieschmerzen rechts bestünden heute belastungsabhängige Beschwerden, die zu einer Einschränkung der Gehdauer führten. Am rechten Oberschenkel finde sich eine mässige Muskelatrophie; radiologisch zeige sich eine deutliche laterale Gonarthrose mit Verschmälerung des Gelenkspaltes und Abstützreaktion am lateralen Tibiaplateau.

Funktionell liege eine mässiggradig eingeschränkte Belastbarkeit des rechten Beines vor. Zur linken Schulter hielt er fest: eine klare muskuläre Atrophie im Schultergürtelbereich links bzw. am linken Oberarm sei nicht nachweisbar, das aktuelle Röntgenbild zeige ein erhebliches Höherentreten des Humeruskopfes in Aussenrotation bei normaler glenohumeraler Gelenkstellung in Innenrotation sowie ein postoperativ nicht eindeutig abgrenzbares AC-Gelenk. Wie bereits in der MEDAS 2009 festgehalten, sei das Ausmass der geschilderten Beschwerdesymptomatik und der demonstrierten Einschränkungen recht ungewöhnlich und von rheumatologischer Seite schwierig durch eine definierte strukturelle Läsion erklärbar. Allerdings sei das aktuelle Röntgenbild mit ausgeprägtem Hochstand des Humeruskopfes recht auffällig und insgesamt fänden sich bei der klinischen Untersuchung keine sicheren Inkonsistenzen. Die fehlende muskuläre Atrophie sei zurückzuführen auf eine anhaltende muskuläre Aktivierung der beteiligten Muskeln im Sinne einer Schonhaltung. Funktionell liege eine deutlich eingeschränkte Belastbarkeit des linken Armes vor. Als fachspezifische Diagnosen nannte er ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M53.8), eine schmerzhafte Funktionseinschränkung der linken Schulter (ICD-10: M75.8) sowie eine laterale Gonarthrose rechts (ICD-10: M17.0). Die Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht beurteilte er wie folgt (S. 26): Körperlich schwere und auch mittelschwere Tätigkeiten mit starker und mittelstarker Rückenbelastung seien nicht mehr zumutbar. Für eine körperlich leichte Tätigkeit mit auch nur leichter Rückenbelastung bestünden erhebliche qualitative Einschränkungen: Einsatz des linken Armes lediglich in Neutralstellung im Sinne einer Hilfsfunktion, kein langes Gehen oder Stehen und auch kein langes Sitzen und damit unbedingt Möglichkeit zu Wechselpositionen, keine monoton-repetitiven Haltungen oder Bewegungen, nur leichte Belastungen der linken Hand. Die früher ausgeübte Tätigkeit als Serviceangestellter sei damit nicht mehr möglich. Aufgrund der nachvollziehbaren Schmerzsymptomatik im Bereich des rechten Kniegelenks und weitgehend der linken Schulter sowie partiell auch der Wirbelsäule liege für eine geeignete Tätigkeit eine Einschränkung von 20% vor. Angesichts der stark verminderten Funktionsfähigkeit des linken Armes bleibe allerdings die praktische Realisierbarkeit dieser attestierten Arbeitsfähigkeit ungewiss. Der Verlauf der Arbeitsfähigkeit seit der letzten Begutachtung 2009 sei ungenügend dokumentiert, so dass die aktuelle Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ab Datum der jetzigen Untersuchung gültig sei. Ergänzend führte er aus, aktuell finde sich kein eindeutig demonstratives Verhalten und lägen keine sicheren Inkonsistenzen vor. Zusätzlich könne aktuell eine deutliche laterale Gonarthrose rechts nachgewiesen werden, mit muskulärer Atrophie am rechten Oberschenkel. Es beständen zudem konventionell-radiologische Hinweise auf eine relevante Läsion der Rotatorenmanschette links. Die Arbeitsfähigkeit werde deshalb tiefer eingeschätzt als bei der rheumatologischen Untersuchung 2009 (S. 24-26).

#### **E. 4.2.5**

Aufgrund der neurologischen Untersuchung am 17. Mai 2017 hielt Dr. W. \_\_\_\_\_ in seiner Beurteilung fest, eine Verletzung neuraler Strukturen sei nach dem Unfall nie beschrieben worden, es könne diesbezüglich auf das ausführliche MEDAS-Gutachten 2009 verwiesen werden. Die damals erwähnten Diskushernien L4/5 und L5/S1 könnten in keiner Weise für die vorgebrachten Beschwerden verantwortlich gemacht werden, es hätten sich auch damals klinisch keine Zeichen einer Neurokompression geboten. Gleiches treffe auf die neuerlich vorgebrachte Bildgebung 2015/2016 zu: den hierin erwähnten Protrusionen bzw. Prolapsen komme kein klinisches Korrelat zu. Die neurologische Untersuchung falle in objektiver Hinsicht regelrecht aus. Bei gebotener schmerzhafter Schultersteife werde ein Zittern bei

bestimmten Haltungen und Bewegungen des linken Armes geboten, welches sehr grobschlägig sei und keiner organischen Tremorform zugeordnet werden könne. Es wirke überdies intendiert und sistiere bei Nichtbeachtung. Die gebotene schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der Schulterbeweglichkeit wirke nicht konsistent mit dem seitengleich gemessenen Oberarmumfang. Eine entsprechende Schultersteife müsste zu einer deutlicheren Inaktivitätsatrophie führen, auch die Verschielungen an den Händen sprächen für entsprechende Restaktivitäten. Anzunehmen sei eine funktionelle Bewegungsstörung im Rahmen einer Schmerzverdeutlichung bzw. Ausweitungstendenz. Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gebe es keine. Als Diagnosen ohne Auswirkungen seien ein zerviko-, thorako-, lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M53.1, M54.5) ohne neurale Beteiligung, eine funktionelle Bewegungsstörung des linken Arms (ICD-10: R29.8) bei Zustand nach Schultertrauma 1999 sowie ein Verdacht auf eine Schmerzfehlerverarbeitung zu nennen. Aus neurologischer Sicht ergäben sich keine Einschränkungen für die Arbeitsfähigkeit. Auch retrospektiv sei keine höhere Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Die geschilderten Tätigkeiten in Deutschland (Details liessen sich nicht genau erfragen, 50 oder 80%) sprächen dafür, dass dies auch mit der Selbsteinschätzung des Exploranden einhergehe. Die Annahme einer Plexusneuritis, wie sie der Hausarzt bescheinige, sei nicht plausibel (S. 29 f.).

#### **E. 4.2.6**

In ihrer Gesamtbeurteilung nannten die Gutachter als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 1) chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (M53.8), bei Fehlform und Fehlhaltung der Wirbelsäule, mässig degenerativen Veränderungen von HWS und BWS (CT 2016) sowie medianer Diskushernien L4/5 und L5/S1 (CT 2015), ohne Hinweise für eine neurologische Komplikation oder eine andere spezifische Wirbelsäulenerkrankung; 2) schmerzhaft eingeschränkte Funktion der linken Schulter (M75.8), bei Status nach Schulterkontusion links anlässlich Velounfall (05/1999), bei Status nach Arthroskopie und minimal invasiver Akromioplastik bei vermutetem subakromialem Impingement (02/2000), bei Status nach Arthroskopie und minimal invasiv gesteuerter AC-Gelenkresektion (10/2004, recte: 10/2000); 3) laterale Gonarthrose rechts (M17.0). Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien: 1) chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.31, recte: F45.41), funktionelle Bewegungsstörung linker Arm (R29.8) bei Zustand nach Schultertrauma 1999; 2) Dysthymie (F34.1). In ihrer Gesamtbeurteilung hielten sie fest, der Explorand habe nach Aufhebung der Rente während einiger Zeit im Restaurant eines Kollegen in Deutschland gearbeitet und dabei etwa ein Pensum von 50% leisten können. Im letzten Jahr habe er aber wegen der Schmerzen wieder aufgehört zu arbeiten. Die finanziellen Verhältnisse seien deshalb knapp, da die Ehefrau auch kein grosses Einkommen habe. Im Vordergrund der Begutachtung hätten die Beschwerden am Bewegungsapparat gestanden. Bei der rheumatologischen Untersuchung sei ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom bei mässigen degenerativen Veränderungen der HWS, BWS und LWS diagnostiziert worden. Zudem bestehe eine schmerzhaft eingeschränkte Funktion der linken Schulter nach Kontusion im Jahre 1999 und eine laterale Gonarthrose rechts. Die Belastbarkeit des Rückens und des linken Armes sei dadurch vermindert. Die vom Exploranden angegebenen Beschwerden liessen sich aber nur teilweise mit den objektiven Befunden erklären. Zur Arbeitsfähigkeit könne festgehalten werden, dass dem Exploranden aus rheumatologischer Sicht körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien. Für die Tätigkeit im Service bestehe ebenfalls eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Eine körperlich

leichte, wechselbelastende Tätigkeit, ohne Zwangshaltungen und repetitive Bewegungen des linken Armes, sei mit einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80% möglich. Bei der neurologischen Untersuchung seien keine pathologischen Befunde am Nervensystem festgestellt worden. Die vom Exploranden angegebenen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen seien nicht durch Nervenläsionen bedingt. Aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bei der allgemein-internistischen Untersuchung seien keine pathologischen Befunde erhoben worden. Eine Diagnose könne nicht gestellt werden; die Arbeitsfähigkeit sei nicht eingeschränkt. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert worden, zudem bestehe eine Dysthymie. Eine eigentliche depressive Symptomatik sei nicht vorhanden. Die Schmerzstörung erkläre die Beschwerden, welche aus somatischer Sicht nicht vollständig objektiviert werden könnten. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Zusammengefasst sei der Explorand aus polydisziplinärer Sicht für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit zu 80% arbeits- und leistungsfähig, diese Arbeitsfähigkeit sei in einem ganztägigen Pensum mit vermehrten Pausen verwertbar. Die Tätigkeit als Servicefachangestellter wie auch andere körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten seien ihm nicht mehr zumutbar. Genaue Angaben zum Verlauf könnten nicht gemacht werden. Auf die rudimentären medizinischen Angaben aus Portugal könne nicht abgestützt werden. Die festgestellte Arbeitsfähigkeit gelte daher ab Untersuchung im Mai 2017. Der Explorand fühle sich weitgehend arbeitsunfähig. Es beständen diverse Inkonsistenzen in den klinischen Untersuchungen und Beobachtungen. Der Explorand sei in seinem Alltag nicht wesentlich eingeschränkt. Negative Faktoren für die subjektive Einschätzung seien die psychosoziale Situation mit fehlender Arbeit in Portugal, mit finanziellen Schwierigkeiten. Auch die frühere Berentung habe einen negativen Einfluss auf die subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Zu früheren ärztlichen Einschätzungen nahmen die Gutachter wie folgt Stellung: Im Vergleich zur MEDAS-Begutachtung 2009 seien vonseiten des Bewegungsapparates weniger Inkonsistenzen festgestellt worden. Eine Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenks könne objektiviert werden. Zudem bestünden neu eine Arthrose im rechten Kniegelenk und degenerative Veränderungen der Wirbelsäule. Die Arbeitsfähigkeit werde daher geringer eingeschätzt als früher. Die Orthopäden aus Portugal attestierten pauschal wegen der Schulter-, Rücken- und Knieschmerzen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, dies könne aus gutachterlicher Sicht nicht bestätigt werden. Aus psychiatrischer Sicht seien 2005 eine Anpassungsstörung und eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden; die Arbeitsfähigkeit sei vorübergehend eingeschränkt gewesen. Die Angaben der 2013 behandelnden Dr. P.\_\_\_\_\_ mit schwerer depressiver Episode und 100% Arbeitsunfähigkeit seien nicht nachvollziehbar; aus deren anamnestischen Angaben könne nicht auf eine schwere depressive Episode geschlossen werden.

#### **E. 4.2.7**

Dr. S.\_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes bestätigte in seiner Stellungnahme vom 10. November 2017 vollumfänglich die gutachterlichen Diagnosen und Aussagen zur Arbeitsfähigkeit (doc. 354). Hinsichtlich der funktionellen Einschränkungen präziserte er, dass 20% der Arbeitszeit (in einer Vollzeittätigkeit) auf Pausen entfalle; die Arbeitsposition sei sitzend/stehend abwechslungsweise. Als Einschränkungen nannte er: Rotationen des Rumpfes, Arbeiten mit den Armen über Kopf, Vornüberneigen, Kauern/auf Knien, max. 8 kg Tragen, kein Klettern auf Leitern und Gerüste, unregelmässiges Terrain sowie eine

eingeschränkte Nutzung des linken Armes. In seiner Beurteilung hielt er fest, dass wirklich neu nur das Auftreten einer Gonarthrose sei. Bezüglich Rücken und linke Schulter könne er keine deutliche Änderung des funktionellen Zustandes erkennen im Vergleich zur Expertise 2009. Die funktionellen Einschränkungen seien 2009 bereits deutlich vorhanden gewesen. Das Gutachten 2009 sei bereits von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% in bisheriger Tätigkeit ausgegangen, mit einer Arbeitsfähigkeit von 100% in angepasster Tätigkeit, mit einem Erwerbsverlust von 5%. Die Reduktion des Ertrags um 20% wegen einer Gonarthrose des Knies sei akzeptabel. Die Abwesenheit einer psychiatrischen Pathologie lasse keine Berücksichtigung einer somatoformen Schmerzstörung zu. Schliesslich wies er darauf hin, dass die Wiederaufnahme einer Tätigkeit in einem Restaurant/einer Pizzeria der Ehefrau in Portugal am 19. Mai 2017 ("ein bisschen") im Widerspruch zur Aussage in der R. \_\_\_\_\_-Begutachtung stehe, wonach der Beschwerdeführer keine Beschäftigung und kein Einkommen habe, er helfe ein bisschen im Haushalt. Wenn diese Aktivität tatsächlich ausgeübt werde, liege sie in etwa im Rahmen der angepassten Tätigkeit zu 80%.

#### **E. 4.3.1**

Festzustellen ist, dass die Beurteilung der Vorinstanz vom 29. Oktober 2018 auf einer Begutachtung nach den bundesgerichtlichen Vorgaben (vgl. E. 3.5) beruht, gestützt auf eine eingehende Prüfung umfangreicher Vorakten (inkl. mehrerer Gutachten), einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers je in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie, einer Berücksichtigung ergänzender bildgebender Befunde, einer umfassenden und eingehenden Beurteilung der medizinischen Situation (auch in interdisziplinärer Hinsicht), unter Auseinandersetzung mit abweichenden ärztlichen Beurteilungen, und der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit inkl. einer Prüfung von hemmenden und begünstigenden Faktoren im Sinne von BGE 141 V 281. Der medizinische Dienst der Vorinstanz hat sich der gutachterlichen Würdigung ohne Vorbehalt angeschlossen. Auf das Gutachten kann deshalb ohne Einschränkungen abgestellt werden; ihm ist volle Beweiskraft zuzumessen. Unter Bezugnahme auf das in E. 4.2 einleitend Gesagte, kann ergänzend festgehalten werden, dass eine schwere depressive Störung ohne psychotische Symptome (im Sinne der in der ICD-10 mit F32.2 codierten Störung) gutachterlich nicht bestätigt werden konnte. Auf die Berichte von Dr. P. \_\_\_\_\_, die mit Bericht vom 20. November 2013 bestätigt, es liege seit 2009 eine schwere depressive Störung (aktuell ICD-10: F32.2) vor, im Verlauf jeweils in unterschiedlicher Ausprägung (doc. 239), kann nicht abgestellt werden. Weder die MEDAS O. \_\_\_\_\_ noch das (Institut) R. \_\_\_\_\_ konnten 2009 bzw. 2017 eine langandauernde schwere depressive Störung erkennen. Der Beschwerdeführer ist zudem seit 2013 nicht mehr in psychiatrischer Behandlung, nimmt keine Antidepressiva (doc. 330 S. 28), ging von März 2014 bis Dezember 2016 sowie ab Mai 2017 erneut einer Kellnertätigkeit zu ca. 50% nach (s. dazu E. 4.2.3, 4.2.5-4.2.7, 4.4.4) und beschreibt einen geregelten Tagesablauf mit Aktivierung regelmässiger Ressourcen, was ebenso gegen die geltend gemachte schwere depressive Störung spricht. Hinsichtlich der linken Schulter erkannten die Gutachter eine deutlich eingeschränkte Belastbarkeit des linken Armes, der im Rahmen der funktionellen Einschränkungen an einem (angepassten) Arbeitsplatz Rechnung getragen wird. Hingewiesen wurde (bereits von der MEDAS O. \_\_\_\_\_) aber auch vom (Institut) R. \_\_\_\_\_ auf Inkonsistenzen, was die Motorik und Beweglichkeit des linken Armes anbelangt (doc. 330 S. 28-30: "Elevation der linken Schulter nach vorne bis ca. 80° möglich, hierbei intermittierendes Zucken, welches intendiert wirkt und welches bei Nichtbeachtung dann wieder sistiert. Keine umschriebenen Atrophien, Oberarmumfang [...]

beidseits 30 cm, an den Handinnenflächen beidseits, rechts mehr als links, leichte Verschwielungen", "Motorik: Händedruck seitendifferent zuungunsten von links unter Angabe von Schmerzen, bei längerem Insistieren fast weitgehend seitengleicher Händedruck" [...]. Bei gebotener schmerzhafter Schultersteife wird ein Zittern bei bestimmten Haltungen und Bewegungen des linken Armes geboten, welches sehr grobschlägig ist und keiner organischen Tremorform zugeordnet werden kann. Es wirkt überdies intendiert und sistiert bei Nichtbeachtung. Festzuhalten ist auch, dass die gebotene schmerzhafte Einschränkung der Schulterbeweglichkeit nicht konsistent wirkt mit dem seitengleich gemessenen Oberarmumfang. Eine entsprechende Schultersteife hätte zu einer deutlicheren Inaktivitätsatrophie führen müssen und auch die Verschwielungen an den Händen sprechen für entsprechende Restaktivitäten. Anzunehmen ist eine funktionelle Bewegungsstörung im Rahmen einer Schmerzverdeutlichung bzw. Ausweitungstendenz"). Von einer Einschränkung dergestalt, dass die "praktische Realisierbarkeit der attestierten Arbeitsfähigkeit ungewiss bleibe" (B-act. 1), kann deshalb nicht die Rede sein. Ein eigenständiges Hüftleiden ist in keiner bildgebenden Untersuchung aktenkundig und wurde von den Gutachtern auch in der klinischen Untersuchung nicht bestätigt. Vielmehr hielt der rheumatologische Gutachter in seiner Untersuchung eine freie Beweglichkeit in beiden Hüftgelenken unter inkonstanter Provokation von lumbalen Rückenschmerzen fest (doc. 330 S. 23). Bleiben die durch eine Gonarthrose verursachten Knieschmerzen ergänzend zu beurteilen. Diese wurden in der Begutachtung bestätigt und vom Rheumatologen wie folgt gewürdigt: "Die Beschwerden sind eindeutig belastungsabhängig und führen zu einer Einschränkung der Gehdauer [...]. Funktionell liegt eine mässiggradig eingeschränkte Belastbarkeit des rechten Beines vor" (doc. 330 S. 25). Der eingeschränkten Belastbarkeit wurde Rechnung getragen mit der Beurteilung, dass eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit möglich sei.

#### **E. 4.4**

Nachfolgend zu prüfen bleibt, ob die Rügen des Beschwerdeführers geeignet sind, die gutachterliche Würdigung in Zweifel zu ziehen.

##### **E. 4.4.1**

Die vom Beschwerdeführer gerügte mangelhafte Sachverhaltsabklärung in medizinischer Hinsicht kann nicht nachvollzogen werden: Hier wurden mit der Veranlassung eines umfangreichen, die Vorakten berücksichtigendes und die Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie umfassendes Gutachten, weitreichende Abklärungen getroffen, die in ihrer Würdigung überzeugen.

##### **E. 4.4.2**

Der Beschwerdeführer rügt weiter, dass der rheumatologische Gutachter des (Instituts) R. \_\_\_\_\_ selber erhebliche qualitative Einschränkungen (Einsatz linker Arm lediglich in Neutralstellung [Hilfsfunktion], kein langes Gehen oder Stehen, kein langes Sitzen, unbedingte Möglichkeit zu Wechsellagen, keine monoton-repetitiven Haltungen oder Bewegungen, nur leichte Belastungen der linken Hand) für eine körperlich leichte Tätigkeit mit nur leichter Rückenbelastung erkannt habe, woraus sich zwangsläufig der Schluss ergebe, dass die halbwegs möglichen Arbeitsstellen in Realität nicht existierten (B-act. 1). Das Bundesgericht hat in BGE 143 V 124 zwar erkannt, dass es kein Bundesrecht verletze, wenn auf beweiskräftige Teilgutachten abgestellt werde, die mit der - ohne Konsensbesprechung erfolgten - interdisziplinären Gesamtwürdigung im Hauptgutachten

nicht übereinstimmten (E. 2). Diese Rechtsprechung ist hier aber nicht einschlägig: Zum einen liegt der R. \_\_\_\_\_-Beurteilung eine Konsensbesprechung aller Gutachter zugrunde ("Die Konklusion dieses Gutachtens wurde durch einen interdisziplinären Konsensus mit den unterzeichneten Untersuchern erarbeitet" [doc. 330 S. 31 Ziff. 6]). Zum anderen wiesen die Gutachter bezüglich der rheumatologischen Untersuchung darauf hin, dass die Belastbarkeit des Rückens und des linken Armes (zwar) durch die erhobenen Diagnosen vermindert würden; die vom Exploranden angegebenen Beschwerden liessen sich aber nur teilweise mit den objektiven Befunden erklären. Eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Zwangshaltungen und repetitive Bewegungen des linken Armes sei mit einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80% möglich (doc. 330 S. 31 Ziff. 6.2). Darauf ist abzustellen; dies auch deshalb, weil der neurologische Gutachter in seiner Untersuchung deutliche Inkonsistenzen festhielt, die in die interdisziplinäre Beurteilung eingeflossen sind.

#### **E. 4.4.3**

Der Beschwerdeführer rügt weiter, die getroffenen Abklärungen hätten keine Klärung gebracht bezüglich der Frage, wie sich die Verschlechterung in den letzten Jahren entwickelt habe. Das R. \_\_\_\_\_-Gutachten sei diesbezüglich mangelhaft, weshalb auf die echtzeitliche Beurteilung durch die behandelnden Ärzte in Portugal abzustellen sei (B-act. 9). Die R. \_\_\_\_\_-Gutachter haben dazu festgehalten, dass genaue Angaben zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit nicht gemacht werden könnten. Bei der Begutachtung 2009 sei noch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt worden. Die degenerativen Veränderungen hätten sich in der Zwischenzeit langsam entwickelt. Auf die rudimentären medizinischen Angaben aus Portugal könne nicht abgestützt werden. Die von ihnen festgestellte Arbeitsfähigkeit gelte daher ab Untersuchung des Exploranden im Mai 2017 (doc. 330 S. 32). Einleitend ist festzuhalten, dass das Bundesgericht betreffend eine Begutachtung im Revisionsverfahren festgehalten hatte, dass der blosser Umstand, dass die Gutachter nicht zur Frage des Verlaufs Stellung genommen hätten, den Beweiswert des Gutachtens nicht per se aufhebe, sofern die (übrigen) Voraussetzungen gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung erfüllt seien (Urteil des BGer 9C\_717/2012 vom 18. März 2013 E. 3.2). Darauf ist auch hier abzustellen. Degenerative Veränderungen charakterisieren sich in aller Regel durch eine langsame, stetige Zunahme der Beschwerden. Dass hier eine schubartige oder deutlich unregelmässige Entwicklung vorliege, ist nicht aktenkundig: Nach den beiden Operationen zur Entlastung des linken Schulterdachs im Februar und Oktober 2000 ist im Herbst 2001 eine stabilisierte Situation eingetreten (vgl. konsiliarische Beurteilung von Prof. Dr. D. \_\_\_\_\_ der Klinik E. \_\_\_\_\_ vom 12. September 2001; doc. 33), die sich in somatischer Hinsicht seither nur noch wenig verändert hat: Zum einen sind operative Eingriffe seither nicht mehr erfolgt. Zum anderen hielt die MEDAS O. \_\_\_\_\_ am 6. August 2009 fest, dass ein chronisches thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom sowie eine schmerzhaft funktionelle Einbusse der linken Schulter mit dürftig objektivierbaren Befunden vorlägen. In psychiatrischer Hinsicht lägen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine Dysthymie, beide ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, vor. Die Arbeitsfähigkeit betrage 100% für körperlich leichte bis maximal mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten mit maximal 5.5 Stunden Gehen und Stehen pro Tag; deren Beginn sei auf den 4. September 2006 (Beurteilung der L. \_\_\_\_\_ [...] vorzudatieren; seither sei keine Änderung ersichtlich. Auch wenn der Beschwerdeführer danach mit Neuanschuldung vom 6. August 2013 eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend machte, konnten die Gutachter des (Instituts) R. \_\_\_\_\_ weder eine schwere

depressive Störung ab 2008 / 2009 (doc. 174 S. 1, 184 S. 2, 224, 226) noch eine deutliche Verschlechterung der Schultersituation feststellen. Die Knieschmerzen rechts wurden vom rheumatologischen Gutachter des (Instituts) R. \_\_\_\_\_ als "progredient" beurteilt (doc. 330 S. 25). Den Gutachtern standen schliesslich für den relevanten Zeitraum verschiedene bildgebende Befunde zur Verfügung (Ultraschalluntersuchung rechtes Knie vom 19.6.2013, CT der Bandscheibenfächer L3-S1 vom 31.8.2015, Röntgen der Halswirbelsäule vom 8.4.2016, CT der Brustwirbelsäule vom 2.5.2016). Damit kann mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass zum Zeitpunkt der R. \_\_\_\_\_-Begutachtung der vorläufige Endpunkt einer fortschreitenden Verschlechterung der Gelenksituation (an Schulter, Knie und Rücken) erreicht wurde. Damit vermag der gerügte Mangel keine andere Beurteilung zu bewirken.

#### **E. 4.4.4**

Der Beschwerdeführer macht replikweise geltend, er habe in den Jahren 2014 bis 2016 und ab Mai 2017 nur eine Teilzeittätigkeit ausgeübt, die an zwei "Gefälligkeitsarbeitsplätzen" ausgeübt worden sei. Daraus könnten keine Rückschlüsse auf die Arbeitsfähigkeit gezogen werden (B-act. 9). Den Vorakten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer von März 2014 bis Dezember 2016 bei einem Kollegen in Deutschland in einem portugiesischen Restaurant zu ca. 50% gearbeitet habe (doc. 330 S. 15). Der Meldebescheinigung zur Sozialversicherung vom 4. März 2014 ist eine Arbeitsaufnahme am 7. März 2014 zu entnehmen ("Beschäftigungszeitraum: 07.03.2014 bis ..."; doc. 334 S. 11), so auch der Verdienstabrechnung 12/2014 (doc. 334 S. 14). Dem Fragebogen für den Versicherten ist abweichend dazu eine Tätigkeit vom 1. April bis 31. Dezember 2014 und vom 11. Februar 2015 bis 8. Dezember 2016 zu entnehmen (doc. 334 S. 5). Diese Tätigkeit habe er aus gesundheitlichen Gründen wieder aufgegeben. Den Bestätigungen des Arbeitgebers, des Restaurants X. \_\_\_\_\_ in (...)/Deutschland, vom 4. Januar 2016 (Nachtrag zum Arbeitsvertrag; doc. 334 S. 20) und 6. Juli 2017 (Fragebogen für den Arbeitgeber; doc. 334 S. 1) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer während 20 Stunden pro Woche (geleistet abends an jeweils vier Arbeitstagen) als Kellner gearbeitet habe. Dem Fragebogen für den Arbeitgeber sind zudem keine Hinweise darauf zu entnehmen, dass es sich um einen Schonarbeitsplatz gehandelt hätte: Der Beschwerdeführer habe zwar die am 11. Februar 2015 aufgenommene Arbeit am 18. Dezember 2016 aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben (Grund der Arbeitsaufgabe: "Saude"), weitere Anmerkungen dazu fehlen. Die Frage, ob dem Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen eine leichtere Tätigkeit zugeordnet worden sei, wurde verneint (Ziff. 7), ebenso die Frage, ob bei einer eventuellen Reduktion der Arbeitszeit oder der Zuteilung eines leichteren Arbeitsplatzes eine Lohnreduktion erfolgt sei (Ziff. 8). Auch wurde die Frage, ob der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen seine Arbeit während eines längeren Zeitraums habe aufgeben müssen, verneint (Ziff. 9). Ergänzend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gemäss Fragebogen für den Versicherten vom 7. August 2017 seit 19. Mai 2017 eine Tätigkeit als Kellner im Restaurant/Pizzeria Y. \_\_\_\_\_ in (...)/Portugal aufgenommen habe, zu 20 Stunden pro Woche, geleistet in 4 Tagen (doc. 334 S. 4). Diese Tätigkeit im Restaurant seiner Ehefrau übt er offensichtlich weiterhin und im selben Umfang aus (vgl. Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege vom 25. Januar 2019; B-act. 8 Beilage). Es ist deshalb davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer zum einen keine Tätigkeit an "Schonarbeitsplätzen" ausgeübt hat und zum anderen, dass der Beschwerdeführer trotz aus medizinischer Sicht als unzumutbar erachteter Tätigkeit als Kellner während mehrerer Jahre

sowohl in Deutschland als auch in Portugal zu zirka 50% in dieser Tätigkeit ohne Einschränkungen hat arbeiten können, was gegen die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit spricht.

#### **E. 4.5**

Damit ist die vorinstanzliche Würdigung zu bestätigen, wonach der Beschwerdeführer in einer seinen funktionellen Einschränkungen angepassten Tätigkeit seit Mai 2017 zu 80% arbeitsfähig ist. Zuvor (seit dem 8. März 2010) hat keine tiefere Arbeitsfähigkeit in angepasster Verweistätigkeit bestanden.

#### **E. 5**

Es bleibt damit der vom Beschwerdeführer gerügte Einkommensvergleich zu überprüfen.

#### **E. 5.1**

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b; ZAK 1990 S. 518 E. 2). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222; Urteil des BVGer C-2044/2018 vom 14. Oktober 2019 E. 7.2). Der hypothetische Rentenanspruch beginnt frühestens 2014, zumal die Neuanmeldung vom 6. August 2013 datiert, der Rentenanspruch auch bei Neuanmeldungen frühestens 6 Monate nach erfolgter Anmeldung entstehen kann (Art. 29 Abs. 1 IVG; Urteil des BGer 8C\_872/2014 vom 3. März 2015 E. 4.4) und seit Anspruchsbeginn von einer Arbeitsunfähigkeit in angepasster Verweistätigkeit von höchstens 20% auszugehen ist (s. E. 4.5). Die Wartefrist von einem Jahr nach Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG mit einer mindestens 40 %-igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ist bereits früher abgelaufen (s. Gutachten L. \_\_\_\_\_ 2006). Ein allfälliger Rentenanspruch entsteht damit frühestens im Jahre 2014, weshalb der Einkommensvergleich auf den Zahlen aus dem Jahre 2014 zu basieren hat. Allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen sind bis zum Jahr 2018 (Verfügungszeitpunkt) mit zu berücksichtigen.

#### **E. 5.2.1**

In ihrem Einkommensvergleich vom 27. November 2017 (doc. 356) ist die Vorinstanz von einem Validenlohn von CHF 4'324.43 ausgegangen. Dieser stützt ab auf den letzten vor Eintritt des Gesundheitsschadens bezahlten, vom Arbeitgeber gemeldeten Lohn von Fr. 3'470 ab Januar 2001, in einer Tätigkeit als Serviceangestellter zu 100% (doc. 31 S. 1 ff.),

unter Berücksichtigung des jeweils ausbezahlten 13. Monatslohns (Fr. 3'470 x 13 : 12; vgl. doc. 31 S. 4 und 8), indexiert vom Jahr 2001 bis ins Jahr 2012. In Korrektur des Beginns des Anspruchsjahres ergibt dies einen Validenlohn von Fr. 4'387.67 für 2014 (Fr. 3'759.17 : 1902 [Wert für 2001] x 2220 [Wert für 2014]) bzw. Fr. 4'466.73 für 2018 (Fr. 3'759.17 : 1902 [Wert für 2001] x 2260 [Wert für 2018]).

### **E. 5.2.2**

Als Invalidenlohn stützte die Vorinstanz auf Tabellenlöhne des Bundesamtes für Statistik (BFS) ab. Dies zurecht, weil der Beschwerdeführer seit Aufgabe seiner Tätigkeit in der Klinik B.\_\_\_\_\_ keine der Invalidität angepasste Tätigkeit mehr aufgenommen hat bzw. während den Jahren 2014 bis 2016 und ab 2017 nur eine Tätigkeit zu 50% und zudem in seiner früheren Tätigkeit als Serviceangestellter ausgeübt hat, die seitens der Gutachter aus medizinischen Gründen nicht mehr als zumutbar erachtet wird. Schliesslich hat er diese Tätigkeiten in Deutschland und Portugal ausgeübt, womit zum Valideneinkommen kein vergleichbarer Arbeitsmarkt vorliegen würde (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2; Urteil des BGer 8C\_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.1). Deshalb ist zur Bestimmung des Invalideneinkommens auf Tabellenlöhne abzustellen (vgl. auch Urteil des BGer 8C\_7/2014 vom 10. Juli 2014 E. 7.1). Die IVSTA berücksichtigt aus der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE), Tabelle TA1 (Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor), die Löhne auf Kompetenzniveau 1 (einfache Hilfstätigkeiten), wegen der funktionellen Einschränkungen ausschliesslich Tätigkeiten aus dem Dienstleistungssektor (Ziff. 45-96; was nicht zu beanstanden ist), Männer, Jahr 2012, 41.7 Std/Woche, Leidensabzug 15% (Alter, mangelnde Ausbildung, funktionelle Einschränkungen), zu 80% (Restarbeitsfähigkeit), ergebend Fr. 3'374.37. Das Invalideneinkommen ist jedoch entsprechend dem frühestmöglichen Anspruchsbeginn gestützt auf die LSE-Werte für das Jahr 2014 festzulegen. Gemäss LSE 2014 liegt das Einkommen von Männern für Tätigkeiten im Dienstleistungssektor auf dem Kompetenzniveau 1 bei Fr. 4'971, bei einer Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden ergebend Fr. 5'182.27 (Fr. 4'971 : 40 x 41.7), unter Berücksichtigung eines als angemessen zu erachtenden Leidensabzugs von 15% ergibt dies Fr. 4'404.93 und unter Einbezug der Restarbeitsfähigkeit zu 80% ein Invalideneinkommen von Fr. 3'523.95 für das Jahr 2014. Hochgerechnet auf das Jahr des Verfügungserlasses (2018) ergibt die Ermittlung des Invalideneinkommens einen Wert von Fr. 3'554.13 (Einkommen von Männern im Dienstleistungssektor auf Kompetenzniveau 1, Jahr 2016 [die Werte 2018 standen zum Verfügungszeitpunkt nicht zur Verfügung]: Fr. 4'967, indexiert auf das Jahr 2018 [Jahr 2016: 2239; Jahr 2018: 2260] ergebend Fr. 5'013.59, bei Berücksichtigung einer Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche einem Lohn von Fr. 5'226.66 [5'013.59 : 40 x 41.7] entsprechend, unter zusätzlicher Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 15% und der Restarbeitsfähigkeit von 80%).

### **E. 5.2.3**

Dies ergibt für 2014 einen Erwerbsverlust von Fr. 863.72 (Fr. 4'387.67 - Fr. 3'523.95) und einen Invaliditätsgrad von 19.69%, gerundet 20% (100 : 4'387.67 x 863.72). Der Erwerbsverlust im Jahre 2018 beträgt Fr. 912.60 (Fr. 4'466.73 - Fr. 3'554.13), ergebend einen Invaliditätsgrad von 20.43% (100 : 4'466.73 x 912.60), gerundet 20%. Dieser Invaliditätsgrad ergibt keinen Anspruch auf eine Rente. Daran würde sich nichts ändern, wenn die Vorinstanz einen maximalen Leidensabzug von 25% berücksichtigt hätte, was zu einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 29% für 2014 geführt hätte

(Validenlohn: 4'387.67, Invalidenlohn: Fr. 3'109.36; Erwerbsverlust: Fr. 1'278.31; Invaliditätsgrad: 29.13% [ $100 / 4'387.67 \times 1'278.31$ ]). Die Berechnung ergibt auch für 2018 einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 30% (Validenlohn: 4'466.73, Invalidenlohn: Fr. 3'136.-; Erwerbsverlust: Fr. 1'330.73; Invaliditätsgrad: 29.79% [ $100 / 4'466.73 \times 1'330.73$ ]). Nichts anderes ergäbe sich auch daraus, dass auf die gerügte Indexierung des Validenlohns von 2001 bis 2014 bzw. 2018 verzichtet und für den Validenlohn stattdessen von einem Tabellenlohn gemäss LSE ausgegangen würde: Obwohl der Beschwerdeführer seine Ausbildung als Kellner in Portugal wegen Sprachproblemen (kein Englisch) nicht abgeschlossen habe, kann aufgrund seiner Berufserfahrung in diesem Bereich auf das Kompetenzniveau 2 abgestellt werden. Der entsprechende Lohn gemäss LSE 2014 im Bereich Gastgewerbe/Beherbergung und Gastronomie (Ziff. 55-56) für Männer auf dem Kompetenzniveau 2 (Berufserfahrung mit praktischen Fähigkeiten) beträgt Fr. 4'261. Unter Anrechnung der wochenüblichen Arbeitszeit von 42.4 Stunden und eines 13. Monatslohns ergibt sich ein Validenlohn von Fr. 4'893.05 für 2014. Diesem ist der Invalidenlohn von Fr. 3'523.95 gegenüberzustellen, woraus ein Erwerbsverlust von Fr. 1'369.10 und ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 27.98% ( $100 : 4'893.05 \times 1'369.10$ ), gerundet 28%, resultierte. Für 2018 resultiert ebenfalls ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad: Lohn gemäss LSE 2016 (Ziff. 55-56, Männer): Fr. 4'307, Anrechnung der wochenüblichen Arbeitszeit (2016) von 42.4 Stunden, Anrechnung eines 13. Monatslohns, Aufindexierung von 2016 (Index von 2239) auf 2018 (Index von 2260), ergebend einen Validenlohn von Fr. 4'992.25. Diesem ist der Invalidenlohn von Fr. 3'554.13 (für 2018) gegenüberzustellen, woraus ein Erwerbsverlust von Fr. 1'438.10 und ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 28.81% ( $100 : 4'992.25 \times 1'438.10$ ), gerundet 29%, resultiert.

### **E. 5.3**

Es bleiben die Rügen des Beschwerdeführers zum Einkommensvergleich zu prüfen, soweit darauf nicht bereits in der Erwägung 4.4 (keine angepasste Tätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt gegeben, in Deutschland und Portugal an Schonarbeitsplatz tätig gewesen) eingegangen wurde.

#### **E. 5.3.1**

Zum einen rügt der Beschwerdeführer, dass der angefochtenen Verfügung keine Berechnung des Invaliditätsgrades zu entnehmen sei. Zudem enthalte sie widersprüchliche Angaben in der Verfügung. Es liege damit eine Verletzung des Anspruchs auf Gewährung des rechtlichen Gehörs vor (B-act. 1 S. 6). Zwar enthält die angefochtene Verfügung keine Berechnung des Invaliditätsgrades. Jedoch wurde der Einkommensvergleich vom 27. November 2017 (doc. 356) dem Vorbescheid beigelegt, worauf im Text explizit hingewiesen wurde. Ein zweiter Einkommensvergleich wurde im Vorbescheidsverfahren nicht mehr erstellt, weshalb der Beschwerdeführer Kenntnis von der detaillierten Berechnung des Einkommensvergleichs hatte, welche der angefochtenen Verfügung zugrunde lag. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs ist in diesem Vorgehen nicht zu erkennen. Der angefochtenen Verfügung ist des Weiteren ein Verschreiber zu entnehmen: Im fünftletzten Abschnitt auf Seite 2 der angefochtenen Verfügung führte die Vorinstanz Folgendes aus: "Die Ausübung einer dem Gesundheitszustand angepassten und die funktionellen Einschränkungen berücksichtigenden Tätigkeit ist hingegen möglich und zumutbar, dieses mit einer Erwerbseinbusse von 20%". Aus dem Kontext der vorinstanzlichen Ausführungen ist unzweifelhaft zu entnehmen, dass es sich bei den

genannten 20% um eine Einbusse der Arbeitsfähigkeit handelt. Eine widersprüchliche Ermittlung der Erwerbseinbusse und des Invaliditätsgrades ist damit nicht zu erkennen bzw. der Verschreiber konnte vom Beschwerdeführer, der anwaltlich vertreten ist und dem der Einkommensvergleich zusammen mit dem Vorbescheid eröffnet wurde, ohne grossen Aufwand erkannt werden.

### **E. 5.3.2**

Des Weiteren rügt der Beschwerdeführer, die Vorinstanz habe keinen Leidensabzug gewährt. Wie oben aufgezeigt und dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 22. Dezember 2017 offengelegt, wurde vorliegend ein Leidensabzug von 15% berücksichtigt. Diese Rüge geht daher fehl. Gleichzeitig verlangt der Beschwerdeführer die Berücksichtigung eines Leidensabzugs von mindestens 20%, zumal gemäss Bundesgericht bereits wegen faktischer Einhändigkeit oder einer Beschränkung der dominanten Hand als Zudienhand ein Abzug von 20% bis 25% gerechtfertigt sei. Festzuhalten ist hierzu, dass beim Beschwerdeführer keine faktische Einhändigkeit und auch keine Beschränkung der dominanten Hand vorliegt. Wie den Berichten von Prof. Dr. D. \_\_\_\_\_ der Klinik E. \_\_\_\_\_ vom 26. März 2001 und 10. August 2001 ("adominante linke Schulter"; doc. 19, 30), dem Bericht von Dr. Z. \_\_\_\_\_ des Kantonsspitals C. \_\_\_\_\_ vom 22. Oktober 1999 (erwähnt in doc. 155 S. 3), dem Gutachten der MEDAS O. \_\_\_\_\_ (doc. 155 S. 23) und der Vernehmlassung der IVSTA vom 14. Januar 2019 (B-act. 4) entnommen werden kann, ist der Beschwerdeführer Rechtshänder. Zudem liegt zwar eine starke Funktionseinschränkung an der linken Schulter vor, jedoch haben sowohl die Gutachter der MEDAS O. \_\_\_\_\_ als auch des (Instituts) R. \_\_\_\_\_ verschiedentlich Hinweise auf Inkonsistenzen festgehalten (vgl. E. 4.4.2). Damit kann insgesamt weder von einer faktischen Einhändigkeit noch einer Beschränkung der dominanten Hand im Sinne der vom Beschwerdeführer zitierten bundesgerichtlichen Rechtsprechung ausgegangen werden und ist ein Leidensabzug von 20-25% nicht gerechtfertigt. Den funktionellen Einschränkungen wurde bereits mit der Berücksichtigung eines angepassten Arbeitsplatzes und einer Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 20% Rechnung getragen. Zum Zeitpunkt der Entscheidfällung war der Beschwerdeführer 52 Jahre alt, hatte zuvor eine praktische Kellner-Lehre gemacht, danach als Autoverkäufer in einer Garage, später in der Schweiz in einer Metallbearbeitungsfirma, danach als Hilfskoch, als Hilfsarbeiter in einer Baufirma und schliesslich als Serviceangestellter sowohl in der Schweiz als auch in Deutschland und Portugal gearbeitet (doc. 155 S. 17). Das Alter und sein bisheriger beruflicher Lebenslauf sprechen nicht gegen die Aufnahme einer Hilfstätigkeit, die sich gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung auch in fortgeschrittenem Alter nicht zwingend lohnsenkend auswirkt (Urteil des BGer 8C\_378/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 7.2.1 [zur Publikation vorgesehen]). Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die Aufnahme einer den Leiden angepassten Tätigkeit gutachterlich bereits seit 2006 bejaht wurde, als der Beschwerdeführer gerade 40 Jahre alt war (vgl. Urteil 8C\_378/2019 E. 7.1). In Anbetracht der gesamten Umstände erscheint die Gewährung eines Leidensabzugs von 15% als angemessen und der geforderte Leidensabzug von 20-25%, der auch zu keinem rentenrelevanten Invaliditätsgrad führen würde (vgl. E. 5.2.3), vorliegend nicht gerechtfertigt.

### **E. 6**

Die Beschwerde ist damit abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 29. Oktober 2018 zu bestätigen.

## **E. 7**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

### **E. 7.1**

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 800.- festzusetzen (vgl. Art. 2 Abs. 1 VGKE). Der von ihm in der gleichen Höhe geleistete Kostenvorschuss ist nach dem Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

### **E. 7.2**

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE [SR 173.320.2]). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist entsprechend dem Verfahrensausgang ebenfalls keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

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