



Urteil vom 30. September 2020

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),
Richterin Caroline Bissegger, Richter David Weiss,
Gerichtsschreiberin Susanne Flückiger.

Parteien

A. _____, (Deutschland),
vertreten durch Monica Armesto, Advokatin,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

IV Rente (Befristung);
Verfügung der IVSTA vom 29. März 2018.

Sachverhalt:**A.**

A. _____, geboren am (...) 1971 (*nachfolgend*: Versicherter oder Beschwerdeführer) ist deutscher Staatsangehöriger, verheiratet und Vater von drei Kindern (geb. 2000, 2001 und 2010). Er wohnt mit seiner Familie in D-(...) und arbeitete in der Schweiz mit Grenzgängerbewilligung G als Dachdecker (Vorarbeiter). Er leistete von Januar 1989 bis November 1991 und von Februar 2006 bis Dezember 2013 Beiträge an die schweizerische Alters- und Hinterlassenenversicherung (Akten der IV-Stelle der SVA B. _____ [SVA] 1, 9, 12, 131).

B.

Am 19. Dezember 2011 erlitt der Versicherte bei der Arbeit einen Unfall, bei welchem er auf einer schneebedeckten Terrasse ausrutschte und auf die rechte Schulter fiel (SVA 16.2). Die SUVA erbrachte in ihrer Eigenschaft als obligatorische Versicherung des Arbeitgebers die obligatorischen Leistungen. Am 5. März 2012 nahm der Versicherte seine Arbeit wieder zu 100 % auf, es musste aber am 4. September 2012 ein Rückfall mit einer erneuten Arbeitsunfähigkeit seit 27. August 2012 gemeldet werden (SVA 16.56, 16.58 S. 3). Die Schulter wurde in der Folge am 15. März 2013 und am 27. November 2013 operiert (SVA 16.36, 21.3). Vom 3. Februar – 11. März 2014 weilte der Versicherte in der Rehaklinik C. _____ (SVA 22.3). Im Nachgang zur kreisärztlichen Untersuchung vom 3. September 2014 nahm Dr. D. _____, Facharzt für Chirurgie, am 3. September 2014 Stellung (SVA 26.4). In der Folge teilte die SUVA dem Versicherten am 24. Oktober 2014 mit, der Versicherungsfall werde abgeschlossen und die Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) per 3. Dezember 2014 eingestellt (SVA 32). Mit Verfügung vom 11. Dezember 2014 sprach die SUVA dem Versicherten eine Invalidenrente bei einer Erwerbsunfähigkeit von 18 % ab 1. Januar 2015 sowie eine Integritätsentschädigung von 10 % zu (SVA 35 S. 2 ff.). Am 19. Oktober 2015 wies sie die dagegen erhobene Einsprache ab (SVA 95). Gestützt auf einen aussergerichtlichen Vergleich bestätigte die SUVA dem Versicherten am 13. Mai 2016 die Leistung einer Invalidenrente im Umfang von 30 % ab 1. Januar 2015 (SVA 113).

C.

C.a Am 7. August 2013 meldete sich der Versicherte bei der IV-Stelle des Kantons B. _____ (*nachfolgend*: SVA) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an und machte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %

seit 15. März 2013 (Datum der 1. Schulteroperation) wegen Schulterproblemen nach einem Unfall geltend (SVA 1). Am 11. November 2013 teilte die SVA dem Versicherten mit, dass Eingliederungsmassnahmen aufgrund der aktuell und bis auf weiteres bestehenden 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit nicht angezeigt seien. Es werde ein Rentenanspruch geprüft (SVA 18 f.).

C.b Nachdem die SUVA am 24. Oktober 2014 den Verfahrensabschluss und die Einstellung der Versicherungsleistungen per 31. Dezember 2014 mitgeteilt hatte (SVA 32), leitete die SVA Berufsberatungsmassnahmen ein und veranlasste in der Reha E. _____ ein medizinisches Assessment zur Abklärung der Eingliederungsfähigkeit (Rehabilitationsmedizin einschliesslich je eines psychiatrischen und neurologischen Konsiliums). Der Bericht wurde am 27. April 2015 erstattet und enthielt – über die Einschränkungen wegen der Schulterproblematik hinaus – die Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F 32.11) und daraus folgend eine aktuell 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit ab Untersuchungsdatum vom 20. März 2015 (SVA 60 S. 7, S. 21 ff.). In der Folge arbeitete der Versicherte ab April 2015 im Rahmen eines Eingliederungsprogramms mit einem Pensum von 2 Stunden pro Tag. Das Belastbarkeits-training wurde bis Ende September 2015 verlängert (SVA 87). Der Versicherte konnte dabei das Pensum von 2 Stunden pro Tag meistens einhalten, aber nicht steigern, dies bei vielen Fehltagen. Während der Eingliederungsmassnahme wurde eine psychotherapeutische und eine psychopharmakologische Therapie begonnen (SVA 69 S. 1 und 4, 77, 93). Der Versicherte bezog während der Eingliederungsmassnahme Taggelder der Invalidenversicherung (SVA 63, 73).

C.c Im Rahmen der Rentenprüfung holte die SVA ein bidisziplinäres rheumatologisch-psychiatrisches Gutachten bei Dr. F. _____, FMH für Innere Medizin und FMH für Rheumatologie, sowie Dr. G. _____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. April 2016 ein (SVA 110). Am 21. November 2016 nahmen Dr. H. _____, Facharzt für Orthopädie und für Physikalische und Rehabilitative Medizin, sowie pract. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom regionalärztliche Dienst (...), Stellung (SVA 120 f.). Mit Vorbescheid vom 24. Mai 2017 stellte die SVA dem Versicherten die Zusprache einer befristeten ganzen IV-Rente für den Zeitraum vom 1. Februar 2014 – bis 31. Dezember 2014 in Aussicht (SVA 124). Nachdem der Versicherte gegen den Vorbescheid am 23. Juni 2017 Einwände erhoben hatte (SVA 127), nahmen Dr. H. _____ am 2. August 2017 und Dr. I. _____ am 22. November 2017 nochmals Stellung (IV 132,

139). In der Folge verfügte die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*nachfolgend*: IVSTA oder Vorinstanz) am 29. März 2018 wie angekündigt (SVA 142).

D.

D.a Am 7. Mai 2018 (Poststempel) erhob der Beschwerdeführer – vertreten durch Advokatin Monika Armesto – Beschwerde gegen die Verfügung vom 29. März 2018 und beantragte, diese sei aufzuheben und die IVSTA sei zu verpflichten, ab dem 1. Februar 2014 eine ganze Rente und ab dem 1. Januar 2015 eine Viertelsrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 40 % auszurichten, dies unter ordentlicher und ausserordentlicher Kostenfolge zu Lasten der Vorinstanz. Der Beschwerdeführer stellte ausserdem einen Antrag auf Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege mit der Unterzeichnenden als unentgeltliche Rechtsbeiständin (Beschwerdeakten [B-act.] 1).

Am 11. Juni 2018 reichte der Beschwerdeführer aufforderungsgemäss das ausgefüllte und unterzeichnete Formular «Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege» inkl. Beweismitteln ein (B-act. 4).

D.b In ihrer Vernehmlassung vom 18. Juli 2018 beantragte die Vorinstanz unter Bezugnahme auf die eingeholte Stellungnahme der SVA vom 16. Juli 2018 sowie die Stellungnahme von Dr. I. _____ vom RAD vom 4. Juli 2018 die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung (B-act. 7 und SVA 143).

D.c Mit Zwischenverfügung vom 8. August 2018 hiess das Bundesverwaltungsgericht das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gut und ordnete dem Beschwerdeführer Advokatin Monika Armesto, als amtlich bestellte Rechtsanwältin bei. Gleichzeitig lud es den Beschwerdeführer ein, zur Vernehmlassung der Vorinstanz Stellung zu nehmen (B-act. 8).

D.d In seiner Replik vom 15. Oktober 2018 hielt der Beschwerdeführer vollumfänglich an seinen Rechtsbegehren fest (B-act. 11).

D.e Duplikweise hielt die Vorinstanz am 4. Dezember 2018, gestützt auf die Stellungnahme der SVA vom 29. November 2018, an ihren in der Vernehmlassung gestellten Anträgen fest (B-act. 15).

D.f Am 18. Februar 2019 reichte der Beschwerdeführer seine Triplik ein und hielt an seinen in der Beschwerde gestellten Anträgen fest. Er wiederholte, es sei – entgegen der Auffassung der SVA – auf das eingeholte bi-disziplinäre Administrativgutachten vom 12. April 2016 und nicht auf die dem Gutachten widersprechende Beurteilung des RAD abzustellen. Falls dem Administrativgutachten tatsächlich kein Beweiswert zukomme – was er indes bestreite – hätte die SVA im Zweifel die Begutachtung wiederholen müssen. In diesem Fall müsse ein Gerichtsgutachten angeordnet werden. Mit der Triplik reichte seine Rechtsvertreterin ausserdem ihre Honorar- und Spesenrechnung vom 28. Februar 2019 ein (B-act. 19).

D.g Mit prozessleitender Verfügung vom 5. März 2019 übermittelte das Bundesverwaltungsgericht die Triplik des Beschwerdeführers an die Vorinstanz zur Kenntnis und schloss den Schriftenwechsel ab (B-act. 20).

D.h Am 15. Juni 2020 reichte der Beschwerdeführer eine aktualisierte Vollmacht für seine Rechtsvertreterin (inkl. neuer Adresse) ein und gab an, dass er in Deutschland keinerlei Leistungen beziehe (weder Rentenleistungen noch Harz-IV; B-act. 24).

E.

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

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

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. d^{bis} VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist. Nach den allgemeinen intertemporalen Regeln finden diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2).

1.3 Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung vom 29. März 2018 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

1.4 Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 Bst. a ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist, nachdem dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt wurde (vgl. B-act. 8), einzutreten.

2.

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

2.2 Da der Beschwerdeführer bei Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens als Grenzgänger im Kanton B. _____ einer Arbeit nachging und zum Anmeldezeitpunkt in (...), Deutschland, seinen Wohnsitz hatte, war die SVA für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig und wurde die angefochtene Verfügung vom 29. März 2018 zu Recht von der IVSTA erlassen.

3.

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).

3.2 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6).

3.3 Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 212).

4.

Angefochten ist die Verfügung der IVSTA vom 29. März 2018, in welcher die Vorinstanz dem Beschwerdeführer eine befristete ganze Invalidenrente für den Zeitraum vom 1. Februar – 31. Dezember 2014 zugesprochen hat.

4.1 Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland. 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 in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. 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).

4.2 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 29. März 2018 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

4.3 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungsverfügung (hier: 29. März 2018) eingetretenen Sachverhalt ab

(BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

5.

5.1 Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer während mehr als drei Jahren Beiträge im Sinn von Art. 36 Abs. 1 IVG geleistet hat. Die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer ist demnach erfüllt.

5.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

5.3 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

5.4 Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG)

in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

5.5 Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2).

5.6

5.6.1 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

5.6.2 Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4, BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den

allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls 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).

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD; vgl. Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, 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 versicherungsmedizinisch 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).

5.6.3 Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V

281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

6.

Im vorliegenden Verfahren umstritten und durch das Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der IV-Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

Vorab ist die wesentliche aktenkundige medizinische Situation darzulegen. Aus den Akten gehen hauptsächlich folgende Diagnosen, Behandlungen und Beurteilungen hervor.

6.1 Der Kreisarzt der SUVA, Dr. D. _____, Facharzt für Chirurgie, stellte in seinem Bericht der Untersuchung vom 3. September 2014 die Diagnosen

- Status nach Sturz am 19. Dezember 2011 mit Schulterkontusion rechts;
- MRI rechte Schulter vom 13. Januar 2012: Tendinose und leichte Tendinitis der Supraspinatussehne, kleine gelenkseitige Partialruptur nicht sicher auszuschliessen, begleitende Bursitis, übrige Rotatoren intakt, normaler Befund lange Bicepssehne;
- Status nach Schulterarthroskopie rechts mit partieller Synovektomie, Bursektomie und AC-Plastik sowie mini-open Bicepstenodese bei «traumatischer Pulley-Läsion Schulter rechts» vom 15. März 2013;
- Status nach postoperativer Frozen Shoulder rechts;
- Status nach Schulterarthroskopie und -arthrotomie mit Débridement der Supraspinatussehne, offener Supraspinatusnaht rechts bei grosser intratendinöser Supraspinatussehnenläsion rechte Schulter;

und aktuell:

- Funktionseinschränkungen rechte Schulter;
- Schmerzen rechte Schulter.

Der Kreisarzt führte aus, drei Jahre nach dem Unfallereignis und etwa zehn Monate nach der letzten Operation sowie intensiver rehabilitativer Behandlungen sei von einer weiteren Behandlung keine namhafte Besserung mehr zu erwarten. Aufgrund der Folgen der Läsionen an der rechten Schulter ergäben sich folgende Einschränkungen: Dem Versicherten seien für den rechten Arm nur noch Tätigkeiten zumutbar, welche nicht über die Horizontale des rechten Arms hinausgehen würden, sie sollten nur körpernah ausgeführt werden und nur leicht bis gegebenenfalls gelegentlich knapp mittelschwer sein. Im Rahmen der Zumutbarkeit sei eine ganztägige Tätigkeit möglich. Repetitive und monotone wiederkehrende Tätigkeiten mit dem rechten Arm, wie zum Beispiel Fließbandarbeit, sei dauerhaft nicht zumutbar (SVA 26.4).

6.2 Dr. J. _____, Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin, des RAD (...), stellte am 10. Oktober 2014 im Wesentlichen fest, es bestehe in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 27. August 2012 dauerhaft bleibend. Betreffend eine leidensangepasste Tätigkeit verwies sie auf das vom Kreisarzt festgelegte Belastungsprofil (oben E. 6.1) ab 3. September 2014 bis auf weiteres. Berufliche Massnahmen seien zumutbar (SVA 30).

6.3 Beim medizinischen Assessment vom 17. Februar und 10. März 2015 in der Reha E. _____ (Bericht vom 27.04.2015, SVA 60) ergaben sich folgende Beurteilungen:

6.3.1 Im Rahmen des psychiatrischen Konsiliums diagnostizierte Dr. K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Universitäre Psychiatrische Kliniken L. _____, neben den somatischen Diagnosen aktuell eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) bei einer gegenwärtig bestehenden 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit. Als Auslöser für die depressive Entwicklung könne massgeblich das unfallassoziierte chronische und therapieresistente Schmerzsyndrom des rechten Armes sowie die sich daraus ergebenden psychosozialen Folgen gelten. Inwieweit prämorbid bestehende psychische Auffälligkeiten oder Persönlichkeitsaspekte den Verlauf der Schmerz Erkrankung beeinflusst hätten, könne im Rahmen der Exploration unter anderem auf-

grund von sprachlichen Barrieren sowie der inzwischen erfolgten Chronifizierung nicht ausreichend differenziert eruiert werden. Es scheine aber unwahrscheinlich, dass solchen Faktoren eine massgebliche Rolle zugeschrieben werden könne. In diesem Sinne sei die depressive Erkrankung als sekundär im Sinne einer indirekten Unfallfolge zu verstehen. Die gegenwärtig bestehende depressive Erkrankung erfordere eine fachärztliche und psychopharmakologische Behandlung. Dr. K._____ empfahl die Durchführung einer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapie durch einen türkischsprachigen Kollegen. Falls die ambulante Behandlung nicht ausreichend sei, könne auch ein mehrwöchiger stationärer psychiatrischer oder psychosomatischer Aufenthalt mit Fokussierung der schmerzassoziierten depressiven Symptomatik erforderlich werden (SVA 60 S. 21-24).

6.3.2 Dr. M._____, Leitender Arzt Neurologie, führte zu seiner neurologischen konsiliarischen Untersuchung vom 10. März 2015 aus, bis auf eine diffuse Hyperästhesie der gesamten rechten Körperseite ergebe die klinisch-neurologische Untersuchung im Wesentlichen einen unauffälligen Befund. Es fänden sich insbesondere keine Hinweise auf eine periphere Nervenläsion, eine Plexusläsion oder eine Radikulopathie als Ursache der vom Exploranden geschilderten Beschwerden im rechten Arm (SVA 60 S. 25-26).

6.3.3 Dr. N._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, stellvertretender Chefarzt der Abteilung muskuloskeletale Rehabilitation, führte aus, in den klinischen Untersuchungen habe sich insgesamt kein Hinweis auf zusätzliche neurologische oder orthopädische Defizite gezeigt, welche entweder eine neurologische Komponente der geklagten Beschwerden oder zusätzlich aufgetretene weitere Komplikationen der rechten Schulter anzeigen würden. In den klinischen Untersuchungen und Tests hätten keine weiteren Befundpathologien erhoben werden können, welche muskuloskelettal zusätzliche Erkrankungen zu den vom Kreisarzt ermittelten Einschränkungen zeigten. In den erweiterten Funktionstests hätten sich bei insgesamt fehlenden Hinweisen für Paresen lediglich muskuläre Dysbalancen sowohl im Bereich der oberen Extremität im Rechts-Links-Vergleich, im Bereich des Thorax der ventralen Bauchmuskulatur als auch im Bereich der unteren Rückenmuskulatur und der hinteren Gesäss- und Beinmuskulatur gezeigt, welche am ehesten Ausdruck einer gewissen körperlichen Dekonditionierung seien. Die Konsistenz bei den Untersuchungen sei mässig gewesen. Trotz ausgesprochen langsamer Durchfüh-

rung einiger Tests sei das Leistungsverhalten insgesamt gut gewesen. Zusammenfassend hätten sich Hinweise für eine erhebliche Symptomausweitung gezeigt, welche in Verbindung mit anderen, wenig plausiblen Assessment-Ergebnissen vor dem Hintergrund der psychiatrischen Hauptdiagnose interpretiert werden müssten. Bezüglich der Beurteilung der allgemeinen Lebensqualität sowie der subjektiv empfundenen Leistungsfähigkeit hätten sich überwiegend deutliche Einschränkungen gezeigt. Die subjektive Bewertung der körperlichen Leistungsfähigkeit habe nicht mit den während der Leistungstests erzielten physischen Leistungsfähigkeiten korrespondieren können und sei auch nicht mit minimalen Anforderungen für die Bewältigung einfacher Alltagsaktivitäten vereinbar. Von den bislang durchgeführten ambulanten physiotherapeutischen Massnahmen habe der Explorand nicht wesentlich profitieren können, vermutlich auch, weil die in der psychiatrischen Exploration festgestellte mittelgradige Episode im Therapiekonzept bisher zu wenig Beachtung gefunden habe. Es bestehe schmerzmedikamentös seit längerem lediglich eine Therapie mit einem NSAR (nichtsteroidales Antirheumatikum) in mittlerer Dosierung. Der Beurteilung des Kreisarztes vom 3. September 2014 könne bezüglich Zumutbarkeit für physische Belastungen und Belastbarkeiten in einem angepassten Berufsbild mit Anerkennung der Läsionen an der rechten Schulter als Unfallfolgen durch die SUVA im Ergebnis der aktuellen Untersuchungen und Tests beigepflichtet werden. Trotz der Hinweise auf erhebliche Symptomausweitung ergäben sich die Einschränkungen, wonach dem Versicherten nur noch Tätigkeiten für den rechten Arm zumutbar seien, welche nicht über die Horizontale des rechten Armes hinausgingen, nur körpernah ausgeführt würden und nur leicht bis gegebenenfalls mittelschwer ausfallen würden. Ausschliesslich physisch erscheine eine ganztägige Tätigkeit unter den genannten Bedingungen zumutbar. Aufgrund der vorliegenden Testergebnisse müsse indes vorgängig zu allen Reintegrationsmassnahmen die momentane psychische Situation des Versicherten stabilisiert werden. Eine ausschliesslich somatisch fokussierte Rehabilitation hinsichtlich der geklagten Schulterschmerzen und Einschränkungen des rechten Armes erscheine wenig zielführend und sei prognostisch verfehlt. Die gegenwärtig bestehende depressive Erkrankung erfordere eine fachärztliche und psychopharmakologische Behandlung. Gegenwärtig bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (SVA 60 S. 1-20).

6.4 Der behandelnde Orthopäde Dr. O. _____ teilte am 7. Mai 2015 mit, aufgrund einer akuten Beschwerdeexazerbation zervikobrachial rechts könne der Patient zur Zeit höchstens zwei Stunden am Tag für Arbeiten im

Rahmen der Evaluation für Umschulungsmassnahmen eingesetzt werden (SVA 65 S. 4).

6.5 In seinem Konsultationsbericht vom 29. Mai 2015 diagnostizierte Dr. P._____, Orthopädie, E._____, eine mögliche Tangierung der Nervenwurzeln C4 rechts bei Diskushernie C3/4 und C7 rechts bei Diskushernie C6/7. Im Interventionsbericht vom 5. Juni 2015 äusserte er sich zur durchgeführten Infiltration der Nervenwurzel C4 rechts und berichtete am 18. Juni 2015 über ein mögliches Schmerzsyndrom der Nervenwurzeln C4 rechts bei Diskushernie C3/4 und C7 rechts bei Diskushernie C6/7. Er stellte darin eine generelle Verschlechterung der Schmerzsymptomatik seit der Infiltration fest, welche einhergehend mit Parästhesien im Bereich der rechten Gesichtshälfte sei. Er empfahl eine neurologische Beurteilung (SVA 79).

6.6 Im Schlussbericht zur absolvierten Eingliederungsmassnahme vom 30. März – 29. September 2015 im Spital Q._____ führte R._____, Dipl. Arbeitsagoge, am 2. Oktober 2015 aus, da der Versicherte bei einfachsten Montagearbeiten starke Schmerzen verspürt habe, habe er in den Bereich der Wäscheversorgung gewechselt. Er habe auch da über starke Schmerzen geklagt und das Pensum von zwei Stunden während den ersten drei Monate weder einhalten noch erhöhen können. Ab der zweiten Verfügungsdauer habe er seine Präsenzzeit zwar nicht steigern, jedoch meistens bei zwei Stunden einhalten können. Abgesehen von einer leichten Stimmungsaufhellung habe sich in Bezug auf das Schmerzerleben keine Veränderung gezeigt. Der Versicherte habe viele Fehltage verzeichnet. Einerseits sei er selbst längere Zeit krank gewesen (19.-28.7.2015), andererseits habe sich seine Frau einer Operation unterziehen müssen (3.-11.9.2015), weshalb er sich abgemeldet habe und zuhause bei seinen Kindern geblieben sei. Insgesamt habe sich in Bezug auf das Schmerzerleben eher eine Verschlechterung gezeigt. Die Weiterführung der Psychotherapie und die entsprechende Medikation sei sehr wichtig. Es sei auch zu klären, ob weiterführende medizinische Massnahmen sinnvoll seien. Um die Tagesstruktur zu erhalten, werde der Versicherte seine Ehefrau so gut als möglich bei den Hausarbeiten unterstützen (SVA 93).

6.7 Der behandelnde Dr. S._____, Assistenzarzt in der Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie sowie allgemeinmedizinische hausärztliche Tätigkeit des Dr. T._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Praktischer Arzt, stellte in seinem Bericht zu Händen der SVA (unda-

tiert, Eingang bei SVA am 6.11.2015) die Diagnosen chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), sowie mittelgradige depressive Episode (F32.1). Er führte aus, der Versicherte werde durch ihn seit Juni 2015 im Rahmen einer regelmässigen ambulanten Psychotherapie behandelt, phasenweise wöchentlich bis einmal in zwei Wochen, zuletzt am 26. Oktober 2015. Der Bericht enthält einen ausführlichen psychiatrischen Befund. Die Prognose sei stark abhängig von der somatischen Schmerzkomponente, bei entsprechender (somatischer) Behandlung sei eine gute Prognose der psychischen Komponente zu erwarten. Die Beurteilung des somatischen Aspekts liege nicht in seiner Kompetenz, doch aus den Berichten des Patienten erfahre er, dass eine Stabilisierung nur schwer zu erreichen sei. Daraus folge aus psychiatrischer Sicht eine schlechte Prognose. Mit der aktuellen Medikation (2 x 25 mg Saroten) ergebe sich eine zirka 10-15 %-ige Verbesserung der Schmerzen. Der Patient sei nach knapp 4 Jahren Behandlung nach dem Unfall nachvollziehbarerweise hoffnungslos über eine positive Entwicklung in Bezug auf die Behandlung, was zur depressiven Entwicklung, Schlafstörung und einer gewissen Zukunftsangst führe. Die aktuelle Behinderung führe dazu, dass er sich in seiner neuen Rolle wieder finden müsse und dies aufgrund seiner fehlenden Schul- und Berufsbildung nicht so leicht sei. Der Patient sei in einer leichten Flexionshaltung des rechten Armes. Er könne keine Sachen tragen, aber auch keine längeren Strecken gehen. Aus der Sicht des behandelnden Psychiaters sei keine behinderungsangepasste Tätigkeit möglich. Der Patient sei jedoch motiviert, wieder zu arbeiten. Ein Arbeitsversuch habe aber abgebrochen werden müssen. Die somatische Komponente liege im Vordergrund der Beschwerden (SVA 97; vgl. auch IV 117, 119: inhaltlich identischer Bericht im September 2016 von der Praxis Dr. T._____ eingereicht).

6.8

6.8.1 Im bidisziplinären Administrativgutachten vom 12. April 2016 (SVA 110) stellte Dr. F._____, FMH für Innere Medizin und FMH für Rheumatologie, im rheumatologischen Gutachtenstil folgende Diagnosen:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Periathropathie und Arthropathie Schulter rechts (ICD-10: M75.5, M75.1) bei
 - Schulterkontusion vom 19.12.2011 mit traumatischer Pully-Läsion,
 - 15.3.2013 Arthroskopie Schulter rechts mit partieller Synovektomie, Bursektomie, AC-Plastik, Mini-Open-Bizepsstenodese und postoperative

Capsulitis adhaesiva rechts (Frozen shoulder; regelmässige Infiltrationen ohne deutliche Besserung),

- 22.8.2013 MRI Schulter rechts: ausgedehnte, vor allem intratendinöse Partialruptur der Supraspinatussehne mit V. a. kleine transmurale Ruptur ventral, leichte AC-Gelenksarthrose,
 - 27.11.2013: Arthroskopie mit Arthrotomie und Debridement Supraspinatussehne, offene Supraspinatussehnennaht,
 - 20.2.2014. Arthro-MRI Schulter rechts: kleine artikulareseitige Partialruptur Supraspinatussehne bei insgesamt tendinopathischer Supraspinatussehne,
 - aktuell postoperativ chronischer Schmerzzustand Schulter rechts/Residualzustand, aktuell ohne entzündliche Reaktion (Arthrosonographie vom 9.3.2016), gestörte thorakoscapuläre Gleitbewegung und muskuläre Dyskinesie und residuelle Kapsulose;
2. Intermittierend zervikospondylogenes Reizsyndrom bei degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule (ICD-10: M47.22)
- aktuell ohne radikuläre Reiz- und Ausfallssymptomatik,
 - MRT HWS 19.5.2015: Bandscheibenprotrusion und foraminale Einengung HWK 3/4 mit möglicher Affektion der Wurzel C4 rechts, median bis paramediane Diskushernie HWK 5/6 ohne Neurokompression, mediane bis paramediane linksforaminale Diskushernie HWK 6/7 links mit Retrospondylose und V. a. Affektion Wurzel C7 links;

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

3. Widespread Pain Syndrom (ICD-10: M79.7)
- Teil 1: Schmerzlokalisationen 10/19 Punkten, 0/18 Fibromyalgie-Tenderpoints, alles dominant auf der rechten Seite,
 - Teil 2a: Symptomschwere 8/9 Punkten, dominant Erschöpfungszustand und Konzentrationsschwäche mit geringer Merkfähigkeit sowie Schlafstörungen mit fehlender Erholung,
 - Teil 2b: Symptom-Score 2/3 Punkten (Muskelschwäche, Muskelschmerzen, unscharfes Sehen, trockene Augen, auch bei Saroten, Schwindelgefühle, Dauerkopfschmerz, Taubheitsgefühle am rechten Arm mit Kribbel-dysästhesien, unruhige Beine, depressive Gefühle, trockene, juckende Haut, kalte Extremitäten, mässiger Appetitverlust und Geschmackstörungen);

4. Unspezifische untere Rückenschmerzen und Schweregefühl Bein rechts, ohne somatisches Korrelat
 - Radiologisch Hyperlordose und lumbosakrale Übergangsanomalie mit minimalen degenerativen Veränderungen.

Dr. F. _____ äusserte sich in seiner Beurteilung einleitend zum funktionellen Schweregrad der Gesundheitsschädigung und deren Entwicklung seit dem Unfall vom 19. Dezember 2011. Er stellte fest, dass nach den Operationen und der anschliessenden stationären Rehabilitation in der Rehaklinik C. _____ keine Besserung des Beschwerdezustandes eingetreten sei. Es habe primär keine psychische Störung bestanden, diese habe sich erst im weiteren Verlauf bei chronischem Schmerzzustand ausgebildet. Bei der aktuellen Untersuchung zeige sich eine Fehlhaltung der rechten Schulter bei Schultertiefstand und deutlich eingeschränktem Bewegungsausmass, insbesondere aktiv. In der passiven Untersuchung könne ebenfalls keine freie Gelenkbeweglichkeit beschrieben werden. Arthrosonographisch zeigten sich ein postoperativer, ruhiger Zustand im Bereich der Pully-Läsion und der Bizepsstenodese, ohne Zeichen von entzündlichen Flüssigkeiten. Obwohl die Aussenrotation bei hängendem Arm beinahe Normalwerte erreiche und nur einen Endphasenschmerz zeige, sei in leichter Abduktion eine solche nicht möglich. Die Diagnose könne für eine weiter bestehende, adhäsive Kapsulose und damit eingeengtes Gelenkspiel beschrieben werden. Der Kraftaufbau am Bizeps sowie bei tragenden Funktionen sei reduziert, ein Halten der Schulter über der Schulterhorizontalen sei nicht möglich, was teilweise durch die Bizepsstenodese bedingt sei. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die Gesamtbeschwerden im kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis stünden und nun ein Residualzustand herrsche. Bei einer Frozen Shoulder bestehe die Möglichkeit, dass sich diese nach einigen Monaten bis zwei Jahren selbständig bessere.

Bei den zunehmenden und auch ausstrahlenden Schmerzen in den Nacken und Hinterkopfbereich, ins Gesicht sowie in den rechten Arm seien mittels einer MRT-Untersuchung der Halswirbel deutlich degenerative Veränderungen gezeigt worden mit Einengungen der Neuroforamina und Affektion der Wurzel C4 rechts sowie C7 links. In der aktuellen Untersuchung könne keine neurologische Reiz- und Ausfallsymptomatik objektiviert werden. Insgesamt bestehe immer die Möglichkeit für intermittierende, nackenbetonte Schmerzen aufgrund der degenerativen Veränderungen. Die Befunde könnten als vorbestehend angesehen werden. Die ausstrahlenden Schmerzen in die rechte Körperhälfte, die Thoraxflanke rechts, den

Hüftbereich und zirkumferent das ganze rechte Bein mit Dysästhesien könnten auf keinem morphologischen Korrelat oder einer klinischen, typischen Provokation zugeordnet werden. Die neuroanatomischen Zusammenhänge fehlten. Somit könne hier von einer Ausweitung des rechtsseitigen Körperschmerzes, ausgehend von der Schulter rechts, gesprochen werden. Dies sei bereits in den Untersuchungen vorgängig postuliert worden. In diesem Zusammenhang stehe das Widespread Pain-Syndrom/Fibromyalgie mit deutlichen Angaben von Schmerzen, welche nicht auf eine morphologische Struktur zurückgeführt werden könnten, und auch eine typisch funktionelle Überlastungs- und Symptompräsentation. Der Symptom-Score liege hoch, wobei insbesondere Ermüdbarkeit und Leistungsintoleranz, fragmentierter und nicht erholsamer Schlaf sowie Merkfähigkeits- und Konzentrationsstörungen vorliegen würden. Diese würden in vielen Fällen der Fibromyalgie mitbeschrieben. In früheren Beurteilungen sei auch von einer chronischen Schmerzstörung und somatischen und psychischen Faktoren berichtet worden. Zu den unteren Rückenschmerzen führte der Gutachter schliesslich aus, diese seien am ehesten auf eine funktionelle Überlastung und im Rahmen der Fibromyalgie oder der Ausweitungssymptomatik der rechtsseitigen Körperschmerzen zu deuten.

Dr. F. _____ gab weiter an, die diagnostische Zuordnung der posttraumatischen und unfallkausalen Beschwerden der rechten Schulter sei gegeben und könne bildgebend sowie durch die operative Notwendigkeit genügend erklärt werden. Ebenso sei das Widespread Pain-Syndrom mit Erfüllung der diagnostischen Kriterien bestätigt. Zum Behandlungserfolg führte er im Ergebnis aus, durch die zweite Operation habe die Bewegungseinschränkung leicht gemindert werden können, keine Verbesserung habe sich indes bezüglich des Schmerzes ergeben. Nach der letzten Operation am 27. November 2013 bestehe ein persistierendes und residuelles Beschwerdebild bei aktuell klinisch und arthronografisch fehlenden Zeichen einer entzündlichen Aktivierung. Diesbezüglich sei von einer Behandlungsresistenz auszugehen. Die körperlichen Ressourcen der rechten Schulter seien eingeschränkt. Das Achsenskelett sei belastungsfähig für eine adaptierte Tätigkeit, die linke Körperhälfte sei normal einsetzbar. Die Beschwerden durch die Schmerzausstrahlung und das Fibromyalgie-Syndrom seien als mässig zu werten.

Zum funktionellen Schweregrad führte der Gutachter aus, aktuell könne der Explorand auch keine Teilzeittätigkeit wahrnehmen und ein Wiedereingliederungsversuch sei nicht geglückt. Dadurch seien finanzielle Engpässe entstanden. Der übrige soziale Kontext sei jedoch intakt, insbesondere das

enge und erweiterte Familienumfeld würden Halt geben. Der Explorand beteilige sich aktiv an der Erziehung der Kinder und deren Fürsorge. Die Konsistenz sei für den Alltag, beruflich sowie privat, als gleich zu betrachten. Die Arbeitsfähigkeit definierte der Gutachter wie folgt: In der angestammten Tätigkeit als Dachdecker bestehe eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit, da diese beidhändig manuelle Krafteinsätze und Ausdauerkraft erfordere, die nicht mehr geleistet werden könne. Eine zumutbare angepasste Tätigkeit entspreche einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit im Ganzkörperbereich, mittelschwer mit Einsatz des linken Armes. Der rechte Arm könne nur für leichtere Tätigkeiten, hängend oder aufgestützt auf einem Pult, eingesetzt werden. Gewichte tragen mit dem rechten Arm seien bis 5 kg möglich, dies körpernah und nur bis zur Brusthöhe. Tätigkeiten über der Schulterhorizontalen respektive über Brusthöhe seien auf der rechten Seite nicht möglich. Stetige Haltearbeit mit dem rechten Arm sei ebenfalls nicht möglich. Somit sei der rechte Arm nur für rein leichte Tätigkeiten einsetzbar. Insgesamt könne 6 Monate nach der zweiten Operation, also Juni 2014, von einer 100 %-igen Arbeitsfähigkeit adaptiert ausgegangen werden. Er empfahl als medizinische Massnahmen allenfalls eine physiotherapeutisch detonisierende und leichte, bewegungsübende Therapie. Die Schmerzsymptomatik bei Fibromyalgie sei bereits mit Saroten 2 x 25 mg täglich austherapiert, eine Aufdosierung sei aus schmerzmedizinischer Sicht nicht notwendig. Eine Therapie zur verbesserten Schlafqualität und möglicherweise psychiatrischen Therapieansätzen (inkl. antidepressiver Therapie) seien aus rheumatologischer Sicht zu prüfen. Berufliche Massnahmen zur Wiedereingliederung seien – in einem adaptierten Bereich – aus somatischer Sicht zu 100 % gegeben. Die Prognose sei bezüglich der rein somatischen Beschwerden als gut, respektive stabil zu werten, bezüglich der Fibromyalgie und der chronischen Schmerzsymptomatik als mässig.

6.8.2 In seinem psychiatrischen Fachgutachten vom 29. Januar 2016 (Teilgutachten) stellte Dr. G. _____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, SIM zertifizierter medizinischer Gutachter, die psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

2. St. n. depressiver Episode (ICD-10: F3).

In seiner Beurteilung führte er aus, es seien in der aktuellen Untersuchung nur wenige depressive Symptome zu erkennen. So bestehe explizit keine

Freudlosigkeit und keine Reduktion des Antriebes und der Interessen. Der Explorand sei affektiv schwingungsfähig und zeige deutliche Interessen sowohl für Kultur, Politik, Sport, als auch vor allem für soziale Interaktionen, welche er rege wahrnehme. Ein sozialer Rückzug liege nicht vor. Ebenfalls seien keine Insuffizienzgefühle und keine Schuldgefühle vorhanden. Auch Suizidalität bestehe nicht. Ein- und Durchschlafstörungen seien jedoch aufgrund von Grübeln und auch der Schmerzen zu verzeichnen und morgendliches Früherwachen bestehe ebenfalls. So könne heute das Vorliegen einer depressiven Episode ausgeschlossen werden. In der Hamilton-Depression-Scale-Testung werde (theoretisch) knapp eine leichte depressive Episode erreicht. Der Score komme aber praktisch einzig durch die Schlafstörungen und die Schmerzen zustande, was nicht für die Diagnose einer depressiven Episode ausreiche. Somit könne davon ausgegangen werden, dass die seit Juni 2015 bestehende ambulante psychiatrische Therapie und antidepressive Medikation zu einer weitgehenden Remission der damals diagnostizierten depressiven Episode geführt habe.

Der Gutachter fuhr fort, soweit die vom Exploranden geschilderten Schmerzen nicht ausreichend durch somatische Befunde begründet werden könnten, sei an das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) zu denken. Zum Zeitpunkt des Unfalls im Dezember 2011 seien keinerlei psychosoziale Belastungsfaktoren oder emotionale Konflikte zu eruieren, und dieser Unfall habe ihn bei weitgehend psychischer Gesundheit getroffen. Es könne jedoch angenommen werden, dass sich in der Folge mitunter aufgrund der Arbeitsunfähigkeit, welche sowohl wirtschaftliche Probleme, als auch Probleme im Rollenverständnis als Ernährer des Exploranden verursacht habe, es zu gewissen psychosozialen Problemen gekommen sei und deswegen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit Einschränkungen gestellt werden könne. Anhaltspunkte für das Vorhandensein von anderen psychiatrischen Erkrankungen ergäben sich nicht (zur Indikatorenprüfung im Gutachten: siehe hinten E. 7.4.2).

Der Gutachter empfahl, die aktuelle ambulante psychiatrische Behandlung weiterzuführen. Eventuell könne der Explorand zudem von einer Umstellung der antidepressiven Medikation mit einer schlafanstossenden Medikation profitieren. Er führte weiter aus, berufliche Massnahmen seien aufgrund des Scheiterns der beruflichen Massnahme im Sommer 2015 im jetzigen Zeitpunkt (Frühling 2016) noch nicht indiziert, einerseits weil der Ex-

plorand sich selbst zu 0 % arbeitsfähig beurteile und andererseits die anhaltende somatoforme Schmerzstörung nach wie vor Einschränkungen verursache, welche die Arbeitsfähigkeit reduziere.

6.8.3 Im Rahmen ihrer Konsensbesprechung verwiesen die Gutachter aus rheumatischer Sicht auf die bestehende 100 %-ige Arbeitsfähigkeit für eine leichte, wechselbelastende, adaptierte Verweistätigkeit, in welcher der Explorand den rechten Arm nur adaptiert einsetzen könne. Das intermittierende zervikale und zervikospondylogene Reizsyndrom sowie das intermittierende lumbovertbrale Schmerzsyndrom hätten keinen Einfluss auf eine leichte und adaptierte Tätigkeit. Die Chronifizierung der Schmerzen mit Ausbildung einer Symptomausweitung und eines Widespread-Pain-Syndroms würden die ACR-Kriterien deutlich erfüllen. Der Fokus auf die Halbseitenschmerzsituation rechts sowie der hohe Symptom-Score im Sinne einer Erschöpfbarkeit, verminderten Leistungs- und Merkfähigkeit und Schlafstörungen würden jedoch in den Vordergrund treten. Ein Zusammenhang mit der chronischen Schmerzsymptomatik und einem psychischen Leiden sei durchaus denkbar.

Aus psychiatrischer Sicht wurde ausgeführt, dass eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Da jedoch nur ein leichter funktioneller Schweregrad bei vorhandener Konsistenz gegeben sei, sei nur von einer 30 %-igen Reduktion der Arbeitsfähigkeit ab heutigem Datum auszugehen. Aktuell sei keine depressive Episode vorhanden. Es sei jedoch davon auszugehen, dass eine solche sicherlich von März 2015 bis November 2015 in mittelgradiger Ausprägung bestanden und deswegen zu diesem Zeitpunkt eine höhere Arbeitsunfähigkeit von 60 % vorgelegen habe. Die beiden Gutachter waren sich nach einer eingehenden Konsensbesprechung einig, dass die psychiatrische Beurteilung der Arbeits- und Leistungseinschränkung und deren Verlauf im Rahmen der Wiedereingliederung massgebend sei.

6.9

6.9.1 In seiner Stellungnahme führte Dr. H. _____, Facharzt für Orthopädie und für physikalische und rehabilitative Medizin, vom RAD (...), am 21. November 2016 zu Händen der SVA zum bidisziplinären Administrativgutachten aus somatischer Sicht aus, die körperlichen Ressourcen der rechten Schulter seien eingeschränkt. Das Achsenskelett sei belastungsfähig für eine adaptierte Tätigkeit, die linke Körperhälfte sei normal einsetzbar. Die Beschwerden durch die Schmerzausweitung und das Fibromyalgie-Syndrom seien als mässig zu werten. Die funktionellen Ausfälle würden

sich auf die rechte Schulter konzentrieren. Die Beurteilung der neurologischen und orthopädischen Defizite im Rahmen des medizinischen Assessments vom 27. April 2015 decke sich mit der aktuellen rheumatologischen Untersuchung. Dies gelte auch für die Hinweise auf eine erhebliche Symptomausweitung. Die bisherige Tätigkeit als Dachdecker sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Dem Versicherten seien jedoch ganztägige leidensangepasste Tätigkeiten zumutbar mit der (zusätzlichen) funktionellen Einschränkung der Leistungsfähigkeit wegen der rechten dominanten Schulter, den vorhandenen muskulären Dysbalancen mit nachfolgender Fehlstatik und den verbliebenen Schmerzen. Damit einhergehend sei auch die muskuläre Ausdauerbelastbarkeit eingeschränkt. Deshalb sei – abweichend vom rheumatologischen Gutachten – dem Versicherten auch unter Berücksichtigung der wechselnden Befunde im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung ein Abschlag der Leistungsfähigkeit von 20 % zu attestieren. Für den Beginn der vollen Arbeitsunfähigkeit sei auf das Datum des Rückfalls (27.8.2012) abzustellen. Für die Wiedererlangung eines positiven Leistungsbildes sei der Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung vom 3. September 2014 zu Grunde zu legen (SVA 120).

Im Rahmen des Einwendungsverfahrens hielt Dr. H. _____ am 2. August 2017 im Hinblick auf die Einwendung des Beschwerdeführers an seiner Beurteilung, wonach eine Einschränkung von 20 % in somatischer Hinsicht zu berücksichtigen sei, fest (SVA 132).

6.9.2 Pract. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom RAD (...), ergänzte am 21. November 2016 aus psychiatrischer Sicht, aufgrund der Feststellungen im Gutachten von Dr. G. _____ könne vor dem Hintergrund der Indikatorenprüfung keine Arbeitsunfähigkeit zugestanden werden, weil die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht kriterienorientiert hergeleitet worden sei. Durch einen körperlichen Befund könne hier nicht ausreichend ein – über mindestens sechs Monate anhaltender schwerer und belastender Schmerz – erklärt werden. Ebenso wenig würden sich bedeutsame Belastungen im Alltag und in der sozialen Umgebung des Versicherten finden. Die fehlende Mithilfe im häuslichen Bereich des Versicherten sei überwiegend wahrscheinlich als kulturelles Rollenmodell anzusehen, zumal er bei schweren Aktivitäten wie dem Einkaufen helfe. Ein Leidensdruck sei nicht ausgewiesen, weil der Versicherte keine Physiotherapie durchführe. Die Schonhaltung des rechten Armes in der Untersuchung wirke «aufgesetzt», was ein Hinweis auf Aggravation sei, den der Gutachter auch erwähne, aber nicht explizit würdige. Zudem werde keine fachpsychiatrische Behandlung

durchgeführt (und sei nie durchgeführt worden). Der RAD-Arzt stellte auch die Ergebnisse des Gutachters beim MINI-ICF in Frage. Die depressive Symptomatik sei abgeklungen, auch wenn der behandelnde Arzt wiederum eine depressive Störung in seinem aktuellen Bericht bestätigte (SVA 121).

Pract. med. I. _____ ergänzte zur Einwendung am 22. November 2017, ein Vorliegen einer Aggravation habe er nicht postuliert, aber hierfür Hinweise gesehen. Er führte weiter aus, Dr. T. _____ führe keine psychiatrische Praxis und über die fachliche Qualifikation des unterzeichnenden Dr. S. _____ gehe nichts hervor. Weiter werde die Behandlung mit Antidepressiva nicht in ausreichender Dosierung durchgeführt. Es handle sich hier um eine schmerzmodulierende/schlafanstossende Medikation, die nicht antidepressiv wirksam sei. Stationäre psychiatrische Behandlungen seien bisher nicht durchgeführt worden. Er hielt ausserdem an seiner Auffassung fest, dass vorliegend keine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) vorliege. Demnach könne auch keine Arbeitsunfähigkeit begründet werden (SVA 139). Im Rahmen der Vernehmlassung der SVA nochmals zur Stellungnahme aufgefordert, hielt er am 4. Juli 2018 an seiner Beurteilung fest (SVA 143).

7.

Von den Parteien unbestritten ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine ganze Invalidenrente vom 1. Februar 2014 bis 31. Dezember 2014. In Übereinstimmung mit der vorinstanzlichen Würdigung ist auch für das Bundesverwaltungsgericht überwiegend wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer im Nachgang zum Rückfall, den beiden Schulteroperationen und der anschliessenden Rehabilitation bis am 3. September 2014 (Untersuchung des Kreisarztes, SVA, oben E. 6.1) nicht arbeitsfähig war und demnach in Berücksichtigung der dreimonatigen Übergangsfrist bis Ende 2014 einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat (vgl. Art. 88a IVV; hier nach E. 7.1). Ebenso unbestritten ist, dass trotz voller Arbeitsunfähigkeit seit dem Rückfall am 27. August 2012 zufolge Anmeldung vom 7. August 2013 (SVA 1) gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG (oben E. 5.5) der Rentenanspruch erst per 1. Februar 2014 entstehen konnte. Umstritten und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen bleibt somit, ob die Rente zu Recht bis 31. Dezember 2014 befristet wurde.

7.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG; vgl. auch Art. 88a IVV). Die Herabsetzung oder

Aufhebung der Renten (...) erfolgt frühestens vom ersten Tag der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88^{bis} Abs. 2 Bst. a IVV). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 343 E. 3.5 m. H.). Nach der Rechtsprechung sind diese Revisionsbestimmungen bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anwendbar (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen), weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteil BGer 8C_269/2015 vom 18. August 2015 E. 3.2 m.H.).

7.2 Die SVA geht im Wesentlichen davon aus, dass der Beschwerdeführer nach der Beurteilung des Kreisarztes der SUVA sowie ihres RAD (SVA 120 f. 132, 139) ab 3. September 2014 wieder im Rahmen einer Verweistätigkeit mit einer Einschränkung von 20 % in somatischer Hinsicht arbeitsfähig war. Bei einem berechneten IV-Grad von 38 % ergab sich in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV die Einstellung der IV-Rente per 31. Dezember 2014.

Die Vorinstanz begründet dies im Wesentlichen damit, dass die von Administrativgutachter Dr. G._____ gestellte Diagnose einer "chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)" mit einer massgebenden Einschränkung von 30 % nicht erfüllt sei. Zudem befinde sich der Beschwerdeführer nicht in psychiatrischer Behandlung (und habe sich nie in einer solchen befunden) und werde auch nicht ausreichend mit Antidepressiva behandelt. Vorliegend ergebe sich deshalb (aus psychiatrischer Sicht) keine anrechenbare Einschränkung.

7.3 Der Beschwerdeführer beantragt über die zugesprochene IV-Rente bis 31. Dezember 2014 hinaus die Zusprache einer Viertelsrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 40 % ab 1. Januar 2015.

Er rügt im Wesentlichen zur Beurteilung seiner Arbeits(un)fähigkeit durch die IV-Stelle, diese stütze sich zu Unrecht nicht auf das eingeholte bidis-

zipliniäre Gutachten vom 12. April 2016, sondern auf die nicht damit deckungsgleiche Beurteilung des RAD. Der RAD-Psychiater kritisiere zu Unrecht die Diagnosestellung einer somatoformen Schmerzstörung. Soweit dieser davon ausgehe, dass die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden könne, widerspreche dies nicht nur den Angaben in den Vorakten, sondern auch den übereinstimmenden Angaben sowohl im rheumatologischen als auch im psychiatrischen Gutachten. Beide Gutachter würden die Schmerzen als Hauptproblematik des Beschwerdeführers schildern. Weiter postuliere der RAD das Vorliegen einer Aggravation, obwohl er – im Gegensatz zum Gutachter – den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht habe. Dies sei weder zulässig noch überzeugend. Weiter postuliere der RAD zu Unrecht, dass beim Beschwerdeführer keine fachpsychiatrische Behandlung durchgeführt werde, was im Widerspruch zu den medizinischen Akten stehe, auch im Hinblick auf die Ausführungen im Administrativgutachten. Der Hinweis auf die angeblich fehlende fachliche Qualifikation von Dr. T. _____ erscheine zudem als unbehelflich. Insgesamt sei das eingeholte Administrativgutachten schlüssig und nachvollziehbar und erfülle die Anforderungen der bundesgerichtlichen Rechtsprechung an den Beweiswert von Arztberichten und Gutachten. Die Stellungnahme des RAD hingegen vermöge den Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert nicht zu erfüllen, zumal es sich um die Stellungnahme eines versicherungsinternen Arztes handle, welche den Beschwerdeführer nicht untersucht habe. Entsprechend sei für die Bemessung der Invalidität auf das bidisziplinäre Gutachten vom 12. April 2016 abzustellen, in welchem eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % attestiert worden sei. Im Übrigen bestehe für eine Parallelüberprüfung der Indikatoren, wie der RAD sie vorgenommen habe, gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung kein Raum (B-act. 1).

Replikweise ergänzt der Beschwerdeführer unter anderem, es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Vorinstanz keine Rückfragen an den Gutachter getätigt habe, wenn sie davon ausgehe, dass die Diagnosestellung der somatoformen Schmerzstörung nicht korrekt erfolgt sei. Zudem sei ohnehin in der juristischen Beurteilung die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung entscheidend und nicht die Diagnose selbst. Vorliegend sei im Gutachten in nachvollziehbarer Weise dargelegt worden, dass die Gesundheitsstörung funktionelle Auswirkungen zur Folge habe (B-act. 11).

7.4 Das eingeholte bidisziplinäre Administrativgutachten vom 12. April 2016 beruht grundsätzlich auf einer eingehenden, persönlichen Untersu-

chung des Exploranden durch die Gutachter in rheumatologischer und psychiatrischer Hinsicht, setzt sich mit den umfangreichen medizinischen und amtlichen Vorakten auseinander und ist ausführlich begründet. Es vermittelt ein umfassendes Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und zu seinen gesundheitlichen Einschränkungen, wie nachfolgend dargelegt wird.

7.4.1 Im Wesentlichen umstritten sind die Auswirkungen der von Dr. G. _____ diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Pract. med. I. _____ vom RAD führt aus, aus der Standardindikatorenprüfung des Gutachters ergäbe sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, da die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht kriterienorientiert hergeleitet worden sei (oben E. 6.9.2).

7.4.2 Gemäss bundesgerichtlicher Praxis bleibt letztlich nicht die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung als solche entscheidend, sondern die Frage nach den funktionellen Auswirkungen der Störung, weshalb die Standardindikatoren zu prüfen sind (siehe oben E. 5.6.4 und BGE 143 V 418 E. 6). Im Rahmen der Indikatorenprüfung ging der Gutachter Dr. G. _____ auf Faktoren «Funktioneller Schweregrad» und «Konsistenz» ein. Zur «Gesundheitsschädigung» führte er aus, es ergäben sich keine Anhaltspunkte für eine Aggravation des Exploranden. Ein intensives Schmerzerleben sei jedoch ebenfalls nicht zu erkennen, da er während der ganzen Untersuchung von zirka 90 Minuten ruhig auf seinem Stuhl sitzen bleiben könne und kein Schmerzerleben zu registrieren sei. Den rechten Arm halte er jedoch in einer auffälligen Schonhaltung, was sich auch bei der Begrüssung zeige, da er diese mit der linken Hand vornehme. Es erstaune, dass er weder physiotherapeutische Behandlungen noch eine stärkere Schmerztherapie in Anspruch nehme. Aufgrund der ambulant durchgeführten psychiatrischen Behandlung seit Juni 2015 könne nicht von einer Behandlungsresistenz ausgegangen werden. Eine Eingliederungsresistenz sei hingegen anzunehmen, da die letzte Eingliederungsmassnahme keinen Erfolg erbracht habe. Aktuell sei keine komorbid vorliegende psychiatrische Erkrankung vorhanden. Zur «Persönlichkeit» führte der Gutachter aus, der Explorand sei in seiner primären Persönlichkeit sehr arbeits- und leistungsorientiert, daneben lege er jedoch auch einen grossen Wert auf soziale Kontakte. Bezüglich den «komplexen Ich-Funktionen» seien keine Beeinträchtigungen zum jetzigen Zeitpunkt anzunehmen. Betreffend den «sozialen Kontext» wurde berichtet, dass der Explorand nach

wie vor gut eingebettet und sehr aktiv sei. Zur «Konsistenz» führte der Gutachter aus, die vom Exploranden geltend gemachten Einschränkungen betreffen aufgrund seiner Schilderungen auch private Bereiche. Bei der Körperpflege sei er deutlich verlangsamt, könne jedoch weitgehend selbständig funktionieren. Auch könne er vielen Tätigkeiten im Alltag alleine nachgehen. Effektive «Arbeiten» wie zum Beispiel Wäsche waschen, putzen oder kochen würden jedoch durchgängig von seiner Ehefrau und der ältesten Tochter erledigt. Auch Einkäufe erledige er nicht selbständig. Es könne somit von einer weitgehenden gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus sowohl im privaten, als auch im beruflichen Alltag ausgegangen werden. Von einem behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck könne weitgehend ausgegangen werden. Bezüglich der psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten würden jedoch noch weitere Optionen bestehen. Insgesamt erreiche die anhaltende somatoforme Schmerzstörung einen leichten funktionellen Schweregrad und zeige sich weitgehend konsistent. Somit sei ihr ein versicherungsmedizinischer (leichter) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zuzugestehen. Dies zeige sich auch im Mini-ICF-App-Rating-Bogen, wo deutliche Beeinträchtigungen bei Anwendung fachlicher Kompetenzen, Durchhaltefähigkeit, Spontanaktivitäten und Selbstpflege hätten festgestellt werden können. Da der soziale Kontext jedoch nach wie vor komplett intakt sei, rege soziale Kontakte stattfänden und eine gewisse Diskrepanz zwischen Inanspruchnahme von aktuellen Behandlungen und Medikation zu den geschilderten starken Einschränkungen bestehe, sei aktuell lediglich von einer 30 %-igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht auszugehen. Diese Einschätzung bestehe ab dem heutigen Datum. Für die Zeit von März 2015 bis November 2015, wo zweimalig eine mittelgradig depressive Episode zusätzlich diagnostiziert worden sei, müsse von einer höheren Arbeitsunfähigkeit von 60 % ausgegangen werden. Zu den aktenkundigen psychiatrischen Berichten von März und November 2015 führte der Gutachter aus, es sei nachvollziehbar, dass durch die seit Juni 2015 durchgeführte ambulante psychiatrische Behandlung und antidepressive Medikation eine Remission dieser Symptomatik habe erreicht werden können. Somit würden sich keine Divergenzen bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ergeben.

7.4.3 Dr. G. _____ hat sich ausführlich mit den Standardindikatoren auseinandergesetzt und die Auswirkungen der Schmerzen des Beschwerdeführers überzeugend dargestellt. Die Schmerzproblematik findet sich zudem in beiden Teilgutachten, aus somatischer Sicht hat sich Dr. F. _____ ebenfalls ausführlich zur Schmerzsituation, zur Diagnose eines Wide-

spread Pain-Syndrom/Fibromyalgie und zu den Auswirkungen dazu geäußert, wie der Beschwerdeführer zu Recht ausführt. In Rahmen seiner Diagnostik äusserte sich der Psychiater Dr. G._____ zu den psychosozialen Faktoren, mit welchen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt werden könne (Gutachten S. 51 in fine). Aufgrund seiner Befunde stellte er (nur) eine leichte Einschränkung mit einer Auswirkung von 30 % fest. Wiederholt und ohne Weiteres nachvollziehbar ergibt sich aus dem Aktendossier, dass der Schmerz des Beschwerdeführers sich jeweils bei der Bewegung ergibt (Bericht Dr. S._____ [SVA 97], Eingliederungsversuch [SVA 93], Gutachten Dr. F._____ [SVA 110 S. 37, zur Konsistenz: S. 39]). Wenn der Beschwerdeführer ruhig sass und den Arm nicht belastete, war der Schmerz von aussen nicht feststellbar, wie Dr. G._____ ausführte (aber Schonhaltung des Arms während des Gesprächs und Begrüssung mit der linken Hand). Aus dem (rheumatologischen) Teilgutachten geht hervor, dass mit der 2. Schulteroperation zwar die Beweglichkeit der Schulter verbessert werden konnte, der Schmerz (bei Bewegung) hingegen nicht, auch wenn er nicht abschliessend morphologisch erklärbar sei. Schon der Psychiater Dr. K._____ führte aus, dass die Schmerzproblematik sich ursprünglich aus der Schuldersituation ergeben habe und sich chronifiziert habe (SVA 60 S. 24). Ausserdem zeigen die Akten zur Eingliederungsmassnahme, dass der Schmerz während der 6-monatigen Eingliederungsmassnahme immer vorhanden war, weshalb die Eingliederung misslang (SVA 93). Entsprechend kann der auf die Ausführungen des RAD-Psychiaters gestützte Auffassung der Vorinstanz nicht gefolgt werden, dass keine (genügenden) Auswirkungen durch die Schmerzstörung vorliegen würden. Die entsprechende Beurteilung des RAD (oben E. 6.9.2) erweist sich nicht als nachvollziehbar begründet, zumal er den Beschwerdeführer auch nicht selbst untersucht hat und er sich zudem auf eine andere Diagnose bezieht. Letztlich entspricht seine Beurteilung einer nicht zulässigen Parallelüberprüfung (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.3) durch einen verwaltungsinternen Arzt (vgl. nachfolgend E. 7.4.4 f.). Die durch die Administrativgutachter festgestellte (Teil-)Einschränkung von 30 % ist damit nachvollziehbar, auch dahingehend, dass sie alle Belange des täglichen Lebens des Beschwerdeführers betrifft. Somit erweisen sich die Schlussfolgerungen der Administrativgutachter ohne Weiteres als nachvollziehbar.

7.4.4 Die Begründung der Vorinstanz zum diagnostizierten Schmerzsyndrom ist zudem insofern nicht nachvollziehbar, als der RAD-Psychiater ausführt, die Diagnose einer «chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren» (ICD-10 F45.41) sei nicht erfüllt. Nicht

begründet wird und damit ungeklärt bleibt, inwieweit diese Diagnose sich von der von den Administrativgutachern gestellten Grunddiagnose einer «anhaltenden Schmerzstörung» (ICD-10 F45.4; vgl. SVA 110 S. 49 und 55 sowie rheumatologisches Teilgutachten S. 37) unterscheidet (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.] ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Aufl. 2015, S. 233 FN 1) und welche Schlüsse der RAD-Arzt aus der anderen Diagnose zieht. Zur im Administrativgutachten gestellten Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und ihren Auswirkungen bleibt festzuhalten, dass diese in bidisziplinärer Hinsicht und in Prüfung der Standardindikationen erfolgte und im Rahmen einer Konsensbesprechung gewürdigt wurde. Soweit die beiden RAD-Ärzte den Sachverhalt jeweils rein monodisziplinär aus ihrer Warte im Hinblick auf die zu berücksichtigende Leistungseinschränkung betrachteten, erweist sich diese Beurteilung nicht als mit der Rechtspraxis vereinbar, zumal ein beweiswertes Gutachten verwaltungsexterner Gutachter ohnehin der Beurteilung verwaltungsinterner Ärzte vorgeht (oben E. 5.6.2).

7.4.5 Zur vom RAD-Psychiater vermuteten Aggravation ist zu ergänzen – wie der Beschwerdeführer zu Recht ausführte – dass er den Beschwerdeführer selbst weder persönlich gesehen noch untersucht hat, im Gegensatz zu den beiden Administrativgutachern. Diese haben eine (aus psychiatrischer Hinsicht bedingte) Systemausweitung festgehalten und eine Aggravation explizit ausgeschlossen. An der gutachterlichen Beurteilung ändern die davon abweichenden Beurteilungen des RAD-Psychiaters somit nichts. Auf seine im Übrigen nicht rechtsprechungsgerechten Ausführungen zur Abgrenzung einer blossen Verdeutlichung von einer Aggravation (vgl. z.B. Urteil BGer 8C_825/2018 vom 6. März 2019 E. 6.1 m.H.) ist nicht weiter einzugehen.

7.4.6 Wie der Beschwerdeführer weiter zu Recht ausführt, ist auch nicht ersichtlich, weshalb die psychiatrische Behandlung des Beschwerdeführers nicht fachgerecht (gewesen) sein soll, zumal beide in Frage stehenden behandelnden Psychiater in der Schweiz zugelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind (vgl. www.medregom.admin.ch, abgerufen am 28.5.2020), und Dr. T. _____ in (...) eine psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis führt (vgl. [http://\[...\].ch/68/startseite](http://[...].ch/68/startseite), abgerufen am 28.5.2020). An der durchgeführten psychiatrischen Therapie ändert nichts, dass der im Jahr 2015 behandelnde Dr. S. _____ im damaligen Zeitpunkt noch nicht über den eidgenössischen *Weiterbildungstitel* für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verfügte und im Jahr 2015 bei Dr. T. _____ als Assistenzarzt in der Erwachsenenpsychiatrie arbeitete

(vgl. [https://\[...\].ch/](https://[...].ch/), abgerufen am 28.5.2020). Gemäss den Akten wurde der Beschwerdeführer im Rahmen der Eingliederungsmassnahme auf Veranlassung des damals begutachtenden Psychiaters im April 2015 aufgefordert, eine Therapie (z.B. bei Dr. T. _____; vgl. SVA 60 S. 24) aufzunehmen. Er erhielt einen Platz im Juni 2015 bei Dr. S. _____ (vgl. SVA 69 S. 1). Die Durchführung einer regelmässigen Therapie geht aus den Akten klar hervor (SVA 69 S. 4, 85 S. 4, 93 S. 3 in fine, 97, 110 S. 45, 110 S. 50). Der nach dem Gutachten am 6. September 2016 bei der SVA eingegangene Bericht aus der Praxis Dr. T. _____ (SVA 117) ist im Übrigen mit dem am 6. November 2015 eingereichten Bericht von Dr. S. _____ (SVA 97) inhaltlich identisch, weshalb es sich dabei entgegen der Auffassung des RAD nicht um einen neuen Bericht handelt. Soweit der RAD-Psychiater im Übrigen zu bemängeln scheint, dass sich der Beschwerdeführer nie einer *stationären* psychiatrischen Behandlung unterzogen habe, ist ihm entgegenzuhalten, dass eine stationäre Therapie empfohlen wurde, *falls* die ambulante Therapie nicht ausreichend sei (SVA 60 S. 24). Da die ambulante fachpsychiatrische Therapie ohne Zweifel im Zeitpunkt der Begutachtung im April 2016 erfolgreich gewesen war (Remission der mittelschweren Depression, zurückgeführt auf die ambulante Therapie und Medikation; vgl. SVA 110 S. 54), war die Durchführung einer stationären Behandlung nicht vordringlich. Die Schlussfolgerungen des RAD-Psychiaters hierzu sind aktenwidrig.

7.5 Im zeitlichen Verlauf kann zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers von September 2014 (Beurteilung des Kreisarztes [SVA 26]) bis Herbst 2015 (Ende der Eingliederungsmassnahme und Bericht des behandelnden Psychiaters [SVA 93, 97]) gestützt auf die Akten Folgendes festgestellt werden. In psychischer Hinsicht stellte der Psychiater Dr. K. _____ am 10. März 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % wegen einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom fest. Weiter teilte der behandelnde Spezialist am 7. Mai 2015 mit, der Patient könne aktuell höchstens zwei Stunden am Tag für Arbeiten im Rahmen der Evolution für Umschulungsarbeiten eingesetzt werden. Den Akten sind weiter medizinische Interventionen des behandelnden Orthopäden im Sommer 2015 mit damit verbundenen Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit im Mai/Juni 2015 zu entnehmen (vgl. SVA 79, 80 S. 2, oben E. 6.4 f.). Im Juli 2015 war der Versicherte zudem vom behandelnden Psychiater während 11 Tagen zu 100 % krankgeschrieben (SVA 85 S. 4, 93 S. 10). Insgesamt konnte der Beschwerdeführer während der Eingliederungsmassnahme vom 30. März bis 29. September 2015 die Belastbarkeit wegen der Schmerzsituation nicht auf mehr als 2 Stunden pro Tag steigern

(vgl. SVA 93, oben E. 6.6). Im Administrativ-Teilgutachten vom 29. Januar 2016 führte der Psychiater Dr. G. _____ hierzu aus, gestützt auf die beiden psychiatrischen Berichte von März 2015 bis November 2015 müsse von einer höheren Arbeitsunfähigkeit von 60 % ausgegangen werden (SVA 110 S. 54). Gestützt auf diesen Verlauf ergibt sich, dass jedenfalls vom 20. März 2015 (psychiatrische Untersuchung anlässlich des Assessments) bis zum Eingang des Berichts des behandelnden Dr. S. _____ am 6. November 2015 das Vorliegen einer (theoretisch) stabilen zumutbaren vollen (resp. leicht eingeschränkten) Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit sich nicht als überwiegend wahrscheinlich erweist. Für den genannten Zeitraum ist im Einklang mit der übrigen Aktenlage auf die Beurteilung im Administrativgutachten abzustellen, wonach in dieser Zeit von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 60 % auszugehen ist.

7.6 Zur Argumentation der Vorinstanz bleibt zu ergänzen, dass diese widersprüchlich ausfällt: Einerseits beanstandet sie in der Vernehmlassung das Administrativgutachten nicht (vgl. Beil. zu B-act. 7 Ziff. 4 Bst. d in fine), andererseits weicht sie sowohl vom rheumatologischen (+ 20 % Einschränkung, SVA 132 S. 2 in fine) wie auch vom psychiatrischen Teilgutachten und der bidisziplinären Konsensbeurteilung der Administrativgutachter (keine Einschränkung; SVA 110 S. 55 f.) ab. Replikweise führt sie aus, auf das Gutachten könne nicht abgestellt werden (Beil. zu B-act. 15 Ziff. 1 und 3 in fine). Dazu ist mit dem Beschwerdeführer festzuhalten, dass die Vorinstanz – falls sie von einer ungenügenden Beweiskraft des Gutachtens ausging – verpflichtet gewesen wäre, bei den Administrativgutachtern Präzisierungen zu verlangen (vgl. SVA 111; B-act. 11). Sie hat allerdings nach Eingang des Administrativgutachtens darauf verzichtet (vgl. Urteil 9C_471/2010 des BGer vom 18. Mai 2011, E. 6 in fine).

7.7 Zusammenfassend ergibt sich, dass sich das auch hinsichtlich der Prüfung der Standardindikatoren vollständige und überzeugende Administrativgutachten (s. oben E. 7.4.2 f.) als voll beweiskräftig erweist, zumal keine zwingenden Gründe ersichtlich sind, welche nahelegen würden, dass von der Einschätzung der medizinischen Experten abzuweichen wäre. Dies gilt insbesondere für ihre Schlussfolgerungen in somatischer und psychischer Hinsicht im Hinblick auf die Schmerzsituation und deren Auswirkung auf die verbleibende Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Soweit die Ausführungen des verwaltungsinternen RAD von der Beurteilung im Administrativgutachten abweichen, steht ihnen vorliegend keine eigenständige Bedeutung zu, soweit sie sich überhaupt als aktengerecht und als mit der

Rechtsprechung vereinbar erweisen (oben E. 7.4.1 ff.). Im zeitlichen Verlauf ist entsprechend der Beurteilung im Gutachten von September 2014 bis März 2015 und ab Dezember 2015 bis auf Weiteres von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 30 % sowie für den Zeitraum von 20. März bis 30. November 2015 von einer Einschränkung derselben von 60 % auszugehen (oben E. 7.5).

8.

Es bleibt die Überprüfung der Berechnung des IV-Grads.

8.1 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). 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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1).

8.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend (hier: Februar 2014 [oben E. 5.5]), wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; Urteil des BGer 8C_61 vom 23. März 2018 E. 6.1).

8.3 Die Vorinstanz bezieht sich für die Berechnung des Valideneinkommens auf die letzte Anstellung des Beschwerdeführers in der Schweiz im Jahr 2011/2012 mit einem Jahreslohn von Fr. 85'805.– (basierend auf den Angaben des ehemaligen Arbeitgebers und in Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 1 % im Sektor F (Baugewerbe/Bau) gemäss Bundesamt für Statistik [BFS], T1.1.10 Nominallohnindex 2011-2015) als Vorarbeiter Flachdachbau (vgl. SVA 141.2 f.). Für den Invalidenlohn geht sie davon aus, dass dem Beschwerdeführer ab dem 27. August 2013 (Ablauf

Wartejahr) keine Erwerbstätigkeit zumutbar war. Ab dem 3. September 2014 (kreisärztliche Untersuchung) sei ihm die Ausübung einer leichten, wechselbelasteten Tätigkeit, ohne Gewichte über 5 kg mit dem rechten Arm, im Umfang von 80 % wieder zumutbar gewesen. Das ermittelte jährliche Invalideneinkommen von 53'322.– stütze sie auf die Schweizerische Lohnstrukturerhebung des BFS 2014, Tabelle TA1, Privater Sektor, Kompetenzniveau der Tätigkeit 1, Spalte Männer: Fr. 5'312.– monatlich, basierend auf 40 Wochenstunden, in Anpassung dieses Betrages an die Nominallohnentwicklung von 0.3% (gem. BFS T1.1.10, Nominallohnindex Männer 2011-2015), in Umrechnung auf eine betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden x 12 Monate und Berücksichtigung eines Pensums von 80 %. In Gegenüberstellung des Validenlohns und des IV-Lochs ergab sich per 3. September 2014 ein IV-Grad von 38 % (SVA 141 S. 2 f.).

8.4 Der Beschwerdeführer beanstandet diese Berechnung. Es sei auf den bestätigten Lohn von Fr. 88'555.– (13 x Monatslohn von Fr. 6'535.– zuzüglich Spesen von Fr. 300.–) abzustellen, die der Beschwerdeführer (nach dem Konkurs seines Arbeitgebers nach Januar 2014) bei der Firma, welche alle Arbeitnehmer übernommen habe, verdient hätte, und verweist auf deren Bestätigung vom 11. November 2015 (Beil. 3-5 zu B-act. 1).

8.5

8.5.1 Zum Valideneinkommen (wie auch zum IV-Einkommen; vgl. E. 8.5.2 hiernach) ist festzustellen, dass die Vorinstanz ihre Berechnung – abgesehen von den Angaben im Vorbescheid und in der Verfügung – nicht weiter erläutert hat. Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 322 E. 4.1). Vorliegend ist der Validenlohn des Beschwerdeführers per 1. Februar 2014 zu berechnen (oben E. 8.2). Die Vorakten enthalten die ausführlichen Lohnabrechnungen des Arbeitgebers vom 6. September 2013 für die Jahre 2008 – 2013 (SVA 14) sowie einen aktualisierten IK-Auszug vom 30. Juni 2017 (SVA 131). Wie die Vorinstanz das Valideneinkommen von Fr. 85'805.– für die Jahre 2011/2012 ermittelt hat, lässt sich aus diesen Akten nicht ohne weiteres schliessen. Aus dem Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) ergibt sich für das Jahr

2011, in welchem der Beschwerdeführer vor seinem Unfall am 19. Dezember 2011 voll gearbeitet hat, ein versichertes Einkommen von Fr. 85'816.-. Darauf ist vorliegend – in Ermangelung präziserer Angaben – abzustellen, zumal das im Jahr 2012 im IK-Auszug ausgewiesene Einkommen unfallbedingt deutlich tiefer ist (vgl. SVA 131 S. 4). Auf die vom Beschwerdeführer beantragte Berücksichtigung des Lohns der Firma U._____ AG, die ihn nach dem Konkurs der früheren Arbeitgeberin per 22. Januar 2014 zum gleichen Lohn übernommen hätte (vgl. B-act. 1 Beil. 3), kann in der beantragten Höhe nicht abgestellt werden, weil «Pauschalspesen» gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht zum Validenlohn zu zählen sind, soweit das AHV-pflichtige Einkommen (gemäss Lohnausweis und/oder Steuererklärung) damit überschritten wird (vgl. Urteile des BGer 9C_29/2012 vom 27. Juni 2012 E. 4.1 in fine mit Verweis auf I 923/05 vom 30. Mai 2006 E. 2.1, 8C_31/2011 E. 4.3. sowie MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des BGer, 3. Aufl. 2014 Art. 28a Rz. 54; vgl. auch U. MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, § 25 Rz. 1774, wonach die im IK-Auszug ausgewiesenen Einkünfte im Regelfall als Grundlage für die Bemessung des Valideneinkommens beigezogen werden dürfen) und der Lohn des Jahres 2014 ohne Berücksichtigung der Pauschalspesen tiefer ausfallen würde als gestützt auf das im Jahr 2011 versicherte Einkommen. Dass der Beschwerdeführer im Jahr 2014 bei gleicher Tätigkeit als Gesunder weniger verdient hätte als im Jahr 2011, erweist sich indes nicht als überwiegend wahrscheinlich, weshalb auf das Einkommen aus dem Jahr 2011 gemäss dem IK-Auszug abzustellen ist.

Demnach ist für das Valideneinkommen vom versicherten Einkommen für das Jahr 2011 von Fr. 85'816.- auszugehen und dieses für das Jahr 2014 aufzuindexieren. Somit ergibt sich ein Valideneinkommen von Fr. 87'752.89 (Index: Basis: 1939 = 100, Jahr 2011 [Männer]: 2171, Jahr 2014 [Männer]: 2220; $Fr. 85'816 / 2171 \times 2220 = 87'752.89$ [vgl. BFS T39: Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne 2010 – 2018 {3/3}]).

8.5.2 Für das Invalideneinkommen ist rechtsprechungsgemäss (vgl. Urteil des BGer 8C_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 6.2; vgl. auch BGE 144 I 103 E. 5.2 m.H.) auf die Tabellenwerte (LSE) des BFS abzustellen, wie die Vorinstanz zu Recht ausführte. Wird auf die LSE 2012 oder neuer abgestellt, ist – zumindest bis auf Weiteres – nur die Tabelle TA1 zu verwenden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 und Urteil BGer 8C_575/2018 vom 31.1.2019 E. 5.1 in fine). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wo-

chenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b bb). Zudem ist eine Anpassung an die Nominallohnentwicklung vorzunehmen, wobei nach Geschlechtern zu differenzieren, das heisst auf den branchenspezifischen Lohnindex für Frauen oder Männer abzustellen ist (BGE 129 V 408 E. 3.1.2).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2; 126 V 75 E. 5b; Urteil des BGer 9C_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.1).

8.5.3 Als Berechnungsgrundlage für das Invalideneinkommen ist demnach vorliegend von einem Einkommen von 100 % (LSE 2014, TA1, monatlicher Bruttolohn, privater Sektor, für 40 Std/Wo eines Mannes mit einer Tätigkeit auf dem Kompetenzniveau 1 [Tätigkeiten, für welche keine spezielle Ausbildung notwendig ist]), bei einem Durchschnittswert von Fr. 5'312.– (Zentralwert) auszugehen, was angepasst an die übliche Arbeitszeit (Zentralwert) von 41.7 Std/Wo (vgl. BFS, betriebsübliche Arbeitszeit [BUA] nach Wirtschaftsabteilungen, in Stunden pro Woche) ein monatliches Einkommen von Fr. 5'537.76 respektive von Fr. 66'453.12 pro Jahr (5'537.76 x 12) ergibt. In Berücksichtigung einer Einschränkung von 30 % (vgl. E. 7.4.6, 7.4.8 in fine) ergibt sich im Zwischenergebnis ein Betrag von Fr. 46'517.18 beziehungsweise bei einer Einschränkung von 60 % (für den Zeitraum von 20. März bis 30. November 2015) ein Betrag von Fr. 26'581.25.

8.5.4 Die Vorinstanz hat sich nicht ersichtlich mit der Frage auseinandergesetzt, ob hier ein Leidensabzug (oben E. 8.5.2 Absatz 2) zu berücksichtigen sei (SVA 142 S. 10 f.), weshalb sich ihre IV-Grad-Berechnung als unvollständig erweist. Dies bedeutet indes nicht, dass ein Abzug zu erfolgen hat, ein Verzicht darauf ist indes, ebenso wie ein gewährter Abzug, von der

Verwaltung kurz zu begründen (vgl. BGE 126 V 75 E. 5b.dd in fine).

Gestützt auf die Beurteilung der Gutachter wurde bereits berücksichtigt, dass der Beschwerdeführer aufgrund der somatoformen Schmerzstörung, im Wesentlichen aus psychiatrischer Sicht, aber aufgrund der ursprünglich somatisch ausgelösten Schmerzproblematik, zu 30 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Gemäss konstanter neuerer bundesgerichtlicher Rechtsprechung kann bei gesundheitlichen Einschränkungen, die bereits bei der zumutbaren Arbeitsfähigkeit berücksichtigt wurden, nicht zusätzlich ein Leidensabzug (in gesundheitlicher Hinsicht) gewährt werden, da dies auf eine unzulässige doppelte Berücksichtigung desselben Aspekts hinausliefe (vgl. Urteile 8C_132/2020 vom 18.7.2020 E. 5.2 m.H. auf Urteile 9C_182/2019 vom 12.9.2019 E. 4.3 und 9C_264/2016 vom 7.7.2016 E. 5.2.2 je m.H., vgl. auch 9C_266/2017 vom 29.5.2018 E. 3.4.1 ff.). Die sich hier in rheumatologisch-somatischer Hinsicht auswirkenden Einschränkungen, die den Beschwerdeführer unbestritten zusätzlich zur Schmerzproblematik daran hindern, seine bisherige, langjährig ausgeübte, schwere Tätigkeit als Dachdecker (zuletzt als Vorarbeiter) auszuüben (verbliebene Verweistätigkeit in einer wechselbelastenden Tätigkeit, beschränkt auf den rechten, dominanten Arm; nur noch leichte Tätigkeiten nicht über die Horizontale, mit einer Hebemöglichkeit bis 5 kg, körpernah bis zur Brusthöhe einsetzbar und Ausschluss ständiger Haltearbeiten; vgl. SVA 110 S. 39), sind deshalb im bereits gutachterlich festgelegten Leistungsprofil berücksichtigt, weshalb in gesundheitlicher Hinsicht kein Abzug gewährt werden kann. Auch keinen Grund zur Korrektur des IV-Einkommens ergibt sich aus dem noch relativ jugendlichen Alter des Beschwerdeführers und damit einhergehend der Abwesenheit vom Arbeitsmarkt seit August 2012 sowie der Tatsache, dass er in seiner angestammten Tätigkeit ungelernt war. Der Verzicht der Vorinstanz auf die Berücksichtigung eines Leidensabzugs ist demnach im Ergebnis nicht zu beanstanden.

Entsprechend ergibt sich für den Zeitraum ab 3. September 2014 bis 19. März 2015 sowie ab 1. Dezember 2015 ein Invalideneinkommen von Fr. 46'517.18 und eine Erwerbseinbusse von gerundet 47 % ($(87'752.89 - 46'517.18) \times 100 / 87'752.89 = 46.99 \%$). Für den Zeitraum vom 20. März bis 30. November 2015 – in welcher der Beschwerdeführer in der Eingliederungsmassnahme in einem Pensum von rund 25 % (2 Std/Tg; oben E. 6.6, 7.4.6) arbeiten konnte – ergibt sich in Berücksichtigung der genannten Werte ein IV-Grad von gerundet 70 % (IV-Einkommen von Fr. 26'581.25 bei 60 % Einschränkung der Arbeitsfähigkeit [oben E. 8.5.3], Erwerbsvergleich: $[87'752.89 - 26'581.25] \times 100 / 87'752.89 = 69.71 \%$).

8.6 Demnach hat der Beschwerdeführer in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 und 2 IVV (s. oben E. 7.1) für den Zeitraum vom 1. Februar 2014 bis 31. Dezember 2014 einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente – was von den Parteien unbestritten ist –, vom 1. Januar 2015 bis 30. Juni 2015 einen Anspruch auf eine Viertelsrente, für den Zeitraum vom 1. Juli 2015 – 29. Februar 2016 einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente sowie ab 1. März 2016 wiederum einen Anspruch auf eine (unbefristete) Viertelsrente, zuzüglich je 3 abgeleiteter Kinderrenten (vgl. Art. 38 IVG). Die zu leistenden Renten sind für den Zeitraum vom 30. März 2015 bis 29. September 2015 mit den bereits bezahlten Taggeldern gemäss Art. 22 ff. IVG (vgl. SVA 63, 87) und allenfalls noch zu berücksichtigendem Kindergeld zu den Taggeldern zu koordinieren.

9.

Der Vollständigkeit halber bleibt Folgendes anzumerken. In den Akten findet sich am 12. August 2013 die Mitteilung der SVA an die Schweizerische Ausgleichskasse SAK, gestützt auf Rz. 2030 des Kreisschreibens über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV (KSBIL), zur eingegangenen IV-Anmeldung und die Bitte, mit dem ausländischen Versicherungsträger Kontakt aufzunehmen und diesen um Einleitung des zwischenstaatlichen Verfahrens zu ersuchen (SVA 5). In der Folge finden sich keine weiteren Akten hinsichtlich der Durchführung eines zwischenstaatlichen Verfahrens (vgl. B-act. 21). Einzig aus den SUVA-Akten geht hervor, dass eine Bescheinigung über den Anspruch auf Sachleistungen der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (E 123 CH) an die Berufsgenossenschaft (...), Verbindungsstelle Schweiz, (...) erging (SVA 22.7). Der Beschwerdeführer bestätigte zu Handen des Bundesverwaltungsgerichts am 3. März respektive am 15. Juni 2020, er habe in Deutschland keine Anträge gestellt und beziehe aus Deutschland keinerlei Leistungen (B-act. 23 f.). Die Vorinstanz ist demzufolge aufzufordern, nach Abschluss des vorliegenden Gerichtsverfahrens die Einleitung des zwischenstaatlichen Verfahrens nach Rz. 2030 des KSBIL bei der SAK zu veranlassen, soweit dies zwischenzeitlich noch nicht geschehen ist.

10.

Zusammenfassend ergibt sich, dass der Beschwerdeführer im Nachgang zu seinem Unfall vom 19. Dezember 2011 und dem Rückfall vom 27. August 2012 ab 1. Februar 2014 einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Nach der rentenrelevanten Verbesserung des Gesundheitszustands ab 3. September 2014 steht ihm in Berücksichtigung der Revisions-

bestimmungen von Art. 88a Abs. 1 und 2 IVV ab 1. Januar 2015 eine Viertelsrente bei einem IV-Grad von 47 % zu. Nach der erneuten Verschlechterung des Gesundheitszustands ab 20. März 2015 ist bis Ende November 2015 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mindestens 60 % zu berücksichtigen. Es ergibt sich daraus vom 1. Juli 2015 bis 29. Februar 2016 ein Anspruch auf eine ganze IV-Rente (IV-Grad von 70 %). Nach der gesundheitlichen Verbesserung ab Dezember 2015 ergibt sich bei einer verbleibenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % und einem IV-Grad von 47 % ab 1. März 2016 ein Anspruch auf eine (unbefristete) Viertelsrente.

Die angefochtene Verfügung vom 29. März 2018 erweist sich demnach als bundesrechtswidrig und ist deshalb aufzuheben. Dem Beschwerdeführer werden die hiervor genannten, abgestuften Renten (je zusammen mit 3 abgeleiteten Kinderrenten) zugesprochen. Die Rentenleistungen sind mit den für den Zeitraum vom 30. März – 29. September 2015 bereits geleisteten Taggeldern und allfälligem Kindergeld zu koordinieren beziehungsweise zu verrechnen. Die noch offenen Leistungen sind, da der Beschwerdeführer seiner Mitwirkungspflicht ohne Zweifel vollumfänglich nachgekommen ist, gemäss Art. 26 Abs. 2 ATSG zu verzinsen (vgl. Urteil BVGer C-2342/2016 vom 10. November 2016 E. 4.5 m.w.H.). Im Übrigen wird die Vorinstanz aufgefordert, nach Abschluss des vorliegenden Gerichtsverfahrens die Einleitung des zwischenstaatlichen Verfahrens bei der SAK zu veranlassen.

11.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

11.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind demnach keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der unterliegenden Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

11.2 Der obsiegende anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Parteientschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei (Art. 8 Abs. 1 VGKE).

11.2.1 Mit Eingabe vom 28. Februar 2019 reichte Advokatin Monica Armesto ihre Honorar- und Spesenrechnung für ihre Bemühungen vom 12. April 2018 bis 28. Februar 2019 von 14 Stunden und 40 Minuten (inkl. Studium des Urteils und Besprechung mit ihrer Klientschaft sowie Auslagen (Porti, Telefone, 124 Kopien à –.50) von Fr. 125.80 vom 28. Februar 2019 zuzüglich 7.7 % Mehrwertsteuer ein (Beilage zu B-act. 19).

11.2.2 Die Rechtsvertreterin erhielt die Verfügung der Vorinstanz am 4. April 2018 direkt von der Vorinstanz zugestellt und reichte am 7. Mai 2018 Beschwerde ein. Mandatiert war sie schon im vorhergehenden Verwaltungsverfahren, war damit mit der Angelegenheit bereits vertraut und wurde mit Verfügung vom 2. Oktober 2017 für ihre Bemühungen im Verwaltungsverfahren auch entschädigt (SAK 138). Das Bundesverwaltungsgericht erachtet für das vorliegende Verfahren mit 3 Schriftenwechseln, einem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit vielen Belegen sowie zwei Telefonaten mit dem Bundesverwaltungsgericht (B-act. 22 f.) im Februar/März 2020 einen Aufwand von 14 Stunden à Fr. 250.–, zusammen Fr. 3'500.–, zuzüglich der detailliert aufgelisteten Auslagen von Fr. 125.80 für Porti und Kopien als angemessen. Demnach wird dem Beschwerdeführer zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 3'625.80 (entsprechend 14 Stunden à 250.– zuzüglich Auslagen von Fr. 125.80, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu z.B. Urteil des BVGer C-6173/2009 vom 29.8.2011 m.H.], Art. 9 Abs. 1 i.V.m. Art. 10 Abs. 2 VGKE) zu Lasten der Vorinstanz zugesprochen.

11.3 Die mit Zwischenverfügung vom 8. August 2018 gewährte unentgeltliche Rechtspflege kommt aufgrund ihres subsidiären Charakters nicht zur Anwendung.

11.4 Die unterliegende Vorinstanz hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**1.**

Die Beschwerde wird gutgeheissen und die Verfügung vom 29. März 2018 wird aufgehoben.

2.

Dem Beschwerdeführer wird vom 1. Februar 2014 bis 31. Dezember 2014 eine ganze Invalidenrente, vom 1. Januar 2015 bis 30. Juni 2015 eine Viertelsrente, vom 1. Juli 2015 bis zum 29. Februar 2016 eine ganze Invalidenrente und ab 1. März 2016 eine unbefristete Viertelsrente (je mit drei abgeleiteten Kinderrenten) zugesprochen. Die Renten sind mit den für den Zeitraum vom 30. März 2015 bis 29. September 2015 geleisteten Taggeldern (inkl. Kindergeld) zu koordinieren. Die Leistungen sind gemäss Art. 26 Abs. 2 ATSG zu verzinsen.

3.

Die Vorinstanz wird aufgefordert, nach Abschluss dieses Verfahrens das zwischenstaatliche Verfahren im Sinne der Erwägung 9 zu veranlassen.

4.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

5.

Dem Beschwerdeführer wird zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 3'625.80 zugesprochen.

6.

Die mit Zwischenverfügung vom 8. August 2018 gewährte unentgeltliche Rechtspflege kommt aufgrund ihres subsidiären Charakters nicht zur Anwendung.

7.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Beat Weber

Susanne Flückiger

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). Die Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: