



## Urteil vom 30. November 2022

---

Besetzung

Richter Beat Weber (Vorsitz),  
Richterin Caroline Bissegger,  
Richterin Caroline Gehring,  
Gerichtsschreiber Daniel Golta.

---

Parteien

**A.**\_\_\_\_\_, (Frankreich),  
Beschwerdeführer,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
Vorinstanz.

---

Gegenstand

IV, Invalidenrente;  
Verfügungen der IVSTA vom 12. Mai 2020.

**Sachverhalt:****A.**

Der am (...) 1953 geborene, in Frankreich wohnhafte ungarisch-schweizerische Doppelbürger A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter oder Beschwerdeführer) ist gelernter Hochbauzeichner EFZ (mit zusätzlichem Diplom als Kaufmann und Bürofachdiplom des Verbandes Schweizerischer Handelsschulen VSH), war in der Schweiz als Graphiker sowie zuletzt als Bauleiter tätig und leistete in dieser Zeit Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Vorakten der IV-Stelle B. \_\_\_\_\_ [IVB. \_\_\_\_\_-act.] 16; 93; 108; 118; 135; 151; 153 f.; 174; 188.66; 232).

**B.**

**B.a** Im Jahre 1977 erlitt er einen Motorradunfall, bei dem er sich u. a. am linken Knie eine komplexe Kniebinnenverletzung mit äusserer Kontusionsmarke zuzog, die am 9. September 1977 mittels komplexer Bandrekonstruktion operiert werden musste (IVB. \_\_\_\_\_-act. 12.5 S. 18, 20 und 25). Mit Verfügung vom 29. Dezember 1978 sprach die Unfallversicherung C. \_\_\_\_\_ dem Versicherten eine UVG-Invalidenrente von 10% ab 13. Juni 1978 zu (IVB. \_\_\_\_\_-act. 12.5 S. 1).

**B.b** In der Folge erlitt der Versicherte im Zeitraum von 1982 bis 2008 mehrere Rückfälle am linken Knie, die operativ behandelt wurden: Operation am 1. März 1983 mittels hinterer Kreuzbandplastik wegen erneuter Instabilität des hinteren Kreuzbandes, Operation am 13. Dezember 2002 mittels Shaving, Meniscectomie medial und lateral wegen Knieschmerzen medial, Operation am 25. Januar 2005 mittels Teilmeniskektomie, Plicaresektion links sowie offener Resektion eines Gelenkkapselganglions medial und schliesslich arthroskopische Teilmeniskektomie des Hinterhorns medial und Gelenkstoilette am 20. Februar 2008 (IVB. \_\_\_\_\_-act. 4. S. 4; 12.2 S. 1; 12.3 S. 6 f.; 51.1 S. 48; 144.45; 224 S. 19). Nach der Operation am 20. Februar 2008 stellte die Unfallversicherung C. \_\_\_\_\_ mit Verfügung vom 24. Februar 2009 (IVB. \_\_\_\_\_-act. 138.30) die Übernahme der Heilkosten ein und sprach dem Versicherten zusätzlich zur UVG-Invalidenrente von 10% eine Integritätsentschädigung von 20% zu, welche durch das Kantonsgericht D. \_\_\_\_\_ bestätigt wurde (IVB. \_\_\_\_\_-act. 117 S. 3; 123; 149.4 S. 1 ff.).

**B.c** Am 15. August 2008 zog sich der Versicherte beim Versuch, das abgestellte, kippende Motorrad zu halten, am rechten Ellenbogen eine Bi-

zepssehnen(teil)ruptur rechts zu, die am 17. September 2008 refixiert werden musste, wodurch er vom 1. November 2008 bis zum 31. Oktober 2009 zu 100% arbeitsunfähig war (IVB. \_\_\_\_\_-act. 126; 128 S. 2 ff; 130 S. 2; 130 S. 12; 182 S. 4; 199 S. 5). Am 27. April 2009 erfolgte wegen eines Logensyndroms am Oberarm rechts (Druckanstieg innerhalb des Muskelkompartimentes) operativ eine Logenspaltung sowie Neurolyse des Nervus medianus (IVB. \_\_\_\_\_-act. 130 S. 5). Im Juli 2010 erlitt der Versicherte eine Re-Ruptur der Bizepssehne rechts (IVB. \_\_\_\_\_-act. 157 S. 18, 22 und 23). Nach längeren Abklärungen betreffend Kostenübernahme durch den Unfallversicherer erfolgte am 27. November 2014 schliesslich die operative Rekonstruktion der re-rupturierten Bizepssehne rechts (IVB. \_\_\_\_\_-act. 197 S. 79).

**B.d** Nachdem beim Versicherten am linken Knie das Vollbild einer posttraumatischen aktivierten Pangenarthrose diagnostiziert wurde, wurde ihm am 10. April 2013 eine Totalprothese eingesetzt und sprach ihm die Unfallversicherung C. \_\_\_\_\_ mit Verfügung vom 2. Februar 2016 – in Korrektur ihrer früheren Verfügung vom 16. September 2014 betreffend Gewährung einer Integritätsentschädigung von 8% – eine Integritätsentschädigung von 10% zu (IVB. \_\_\_\_\_-act. 188.3; 188.19; 191.3 S. 1 ff). Aufgrund der Operation war er vom 10. April 2013 bis zum 28. Februar 2014 zu 100% arbeitsunfähig (IVB. \_\_\_\_\_-act. 186; 199).

**B.e** Am 15. September 2016 stürzte der Versicherte auf der Treppe, wodurch er sich eine Ellbogenkontusion (links) mit Ulnarisproblematik zuzog (IVB. \_\_\_\_\_-act. 231 S. 4), die konservativ behandelt wurde.

**B.f** Am 10. März 2017 schliesslich blieb der Versicherte beim Aufstehen mit der Jacke am Bürostuhl hängen und stürzte, wobei er eine Handgelenksdistorsion rechts, eine Daumenprellung links und eine Schulterprellung links mit Stauchung des Acromiogelenks erlitt (IVB. \_\_\_\_\_-act. 231 S. 2 und S. 4). Die Verletzung wurde zuerst ebenfalls konservativ behandelt (IVB. \_\_\_\_\_-act. 231 S. 4 und 6). Nachdem jedoch eine Läsion des Triangulären Fibrokarartilaginären Komplexes (TFCC; Knorpel-Band-Apparat zwischen dem Ellenkopf und der Handwurzel) an der rechten Hand festgestellt wurde, erfolgte am 4. Mai 2017 eine operative Refixation des TFCC (IVB. \_\_\_\_\_-act. 231 S. 14, 15, 21 und 23 f.). Am 17. August 2017 wurden in einem MRI an der linken Hand zudem eine Ruptur des palmaren und dorsalen Anteils des skapholunären (SL-) Bandes sowie eine Rizarthrose attestiert. Der Unfallversicherer liess mittels Gutachten (Gutachten von Dr. E. \_\_\_\_\_, Handchirurgie, Klinik F. \_\_\_\_\_, vom 18. Dezember

2018 [IVB. \_\_\_\_\_-act. 231 S. 58]) abklären, ob diese Schädigungen auf den Unfall vom 10. März 2017 zurückgeführt werden könnten. Schliesslich planten die behandelnden Ärzte am 5. März 2019 mittels Arthroskopie eine SL-Band-Rekonstruktion, eine Dekompression des Carpaltunnels und später eine Trapezektomie (IVB. \_\_\_\_\_-act. 231 S. 32, 41 und 104; Arztberichte des Eingriffs sind nicht aktenkundig).

### **C.**

**C.a** Am 22. Oktober 2003 meldete sich der Versicherte – unter Hinweis auf den Rückfall am linken Knie im Jahr 2002 – bei der IV-Stelle des Kantons B. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: kantonale IV-Stelle) zum Leistungsbezug an (IVB. \_\_\_\_\_-act. 1 S. 1 ff.). Die kantonale IV-Stelle führte erwerbliche und medizinische Abklärungen durch und zog die Akten der Unfallversicherung C. \_\_\_\_\_ und des Unfallversicherers (G. \_\_\_\_\_) bei (IVB. \_\_\_\_\_-act. 12; 68; 83; 93; 96; 130; 138-149; 173; 182; 186; 191; 199; 200; 209; 211).

**C.b** Nach Gewährung verschiedener beruflicher Massnahmen (IVB. \_\_\_\_\_-act. 14; 41; 66; 72; 83; 89; 95; 109; 112; 119) und Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Vorbescheid vom 31. Mai 2018 [IVB. \_\_\_\_\_-act. 213] und Einwand vom 2. Juli 2018 [IVB. \_\_\_\_\_-act. 216]) gewährte die IVSTA am 12. Mai 2020 in zwei Verfügungen rückwirkend eine befristete, ganze Rente vom 1. November 2008 bis zum 31. Oktober 2009 (Bizepssehnenruptur) und vom 1. Juli 2013 bis zum 28. Februar 2014 (Totalprothese linkes Kniegelenk [Verfügung: IVB. \_\_\_\_\_-act. 243; Begründung: IVB. \_\_\_\_\_-act. 239]).

### **D.**

**D.a** Gegen diese Verfügung erhob der Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt H. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 15. Juni 2020 (Postaufgabe) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht. Er beantragte, die Verfügungen vom 12. Mai 2020 seien aufzuheben und es sei ihm ab 1. November 2020 (recte: 2002) bis 1. Mai 2018 «(Eintritt ins AHV-Alter)» eine ganze Rente auszurichten. Zur Begründung brachte er im Wesentlichen vor, dass die Vorinstanz zu Unrecht auf eine Verweistätigkeit abgestellt habe, zumal er seit den Unfällen bis zum Eintritt ins AHV-Alter nie mehr einen stabilen Gesundheitszustand erreicht habe. Selbst wenn ein Abstellen auf Verweistätigkeiten zulässig sein sollte, sei festzustellen, dass die Vorinstanz

keinerlei medizinische Begutachtungen angeordnet habe, um seine Arbeitsunfähigkeit abzuklären. Jedenfalls habe der Unfall vom 10. März 2017 zu einer andauernden, vollständigen Arbeitsunfähigkeit geführt. Des Weiteren würden die von der Vorinstanz ermittelten Einkommen bestritten. Auf Seiten des Invalideneinkommens sei die angestammte Tätigkeit als Grafiker einzusetzen und damit von einem Invaliditätsgrad von 100% auszugehen. Auch der gewährte leidensbedingte Abzug von lediglich 5% werde bestritten (Beschwerdeakten [B-act.] 1).

**D.b** Der mit Zwischenverfügung vom 24. Juni 2020 beim Beschwerdeführer eingeforderte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– (B-act. 2) wurde am 23. September 2020 geleistet (B-act. 6).

**D.c** Mit Vernehmlassung vom 28. Oktober 2020 beantragte die Vorinstanz – unter Bezugnahme auf die Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle vom 22. Oktober 2020 – die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügungen vom 12. Mai 2020 mit der Begründung, der Beschwerdeführer habe gesundheitsbedingt im Jahr 2009 als selbständiger Grafiker einen Konkurs erlitten und direkt anschliessend ein neues Unternehmen gegründet, in welchem er als Bauleiter Baumängel beheben lasse. Er habe damit eine leidensangepasste und ihm vollumfänglich zumutbare Tätigkeit aufgenommen; bis im Frühjahr 2017 habe er als selbständiger Bauleiter gearbeitet. Gleichzeitig seien ihm andere Verweistätigkeiten inklusive Büroarbeiten, für welche er ebenfalls ausgebildet sei, in einem vollen Pensum zumutbar gewesen. Dementsprechend wäre es falsch, im Erwerbsvergleich auf die Tätigkeit als Grafiker abzustellen. Hinsichtlich des Unfalls vom 10. März 2017 sei der medizinische Sachverhalt umfassend abgeklärt worden. Dem handchirurgischen Gutachten der Klinik F. \_\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2018 zufolge habe in einer angepassten Verweistätigkeit ohne starke Belastung des linken Handgelenks bereits zum Zeitpunkt des Ablaufs des Wartejahres seit dem Unfall (März 2018) eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden, weshalb für diese Periode keine befristete Rente zuzusprechen sei (B-act. 8).

**D.d** Mit Replik vom 18. Januar 2021 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest und präziserte, dass seit 2002 (Rückfall), jedenfalls aber seit 2008 (Bizepssehnenruptur), nie mehr ein stabiler Gesundheitszustand bestanden habe. Ebenso wenig habe nach dem Unfall vom 10. März 2017 ein stabiler Zustand bestanden; der Gutachter habe selber festgehalten, dass der Abschluss der unfallmedizinischen Behandlung noch nicht erreicht sei. Deshalb sei für den jeweiligen Beginn des Rentenanspruchs das

Wartejahr nicht zu absolvieren und auch die Dreimonatsfrist (von Art. 88a Abs. 1 IVV) nicht zu beachten (B-act. 13).

**D.e** Am 30. Januar 2021 teilte der Rechtsvertreter mit, dass er den Beschwerdeführer nicht mehr anwaltlich vertrete (B-act. 15).

**D.f** In ihrer Duplik vom 25. Februar 2021 hielt die Vorinstanz – unter Bezugnahme auf die Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle vom 18. Februar 2021 – an ihren Anträgen fest (B-act. 18).

**D.g** Mit Verfügung vom 3. März 2021 wurde der Schriftenwechsel unter Vorbehalt weiterer Instruktionsmassnahmen abgeschlossen (B-act. 19).

## **E.**

Auf die weiteren Vorbringen und Unterlagen der Parteien wird – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

## **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<sup>bis</sup> 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 ihn betreffende Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG).

**1.4** Da die Beschwerde rechtzeitig und formgerecht (Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG) eingereicht und auch der Kostenvorschuss innert der

aufgelegten Frist geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die Beschwerde einzutreten.

## **2.**

**2.1** Der Anfechtungsgegenstand in einem Beschwerdeverfahren wird durch die angefochtene Verfügung bestimmt. Davon zu unterscheiden ist der Streitgegenstand. Im Bereich der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege ist der Streitgegenstand das Rechtsverhältnis, welches – im Rahmen des durch die Verfügung bestimmten Anfechtungsgegenstandes – den aufgrund der Beschwerdebegehren effektiv angefochtenen Verfügungsgegenstand bildet. Anfechtungs- und Streitgegenstand sind dann identisch, wenn die Verwaltungsverfügung insgesamt angefochten wird (vgl. hierzu BGE 131 V 164 E. 2.1 und 119 Ib 36 E. 1b mit Hinweisen; SVR 2010 BVG Nr. 14 S. 56 E. 4.1).

**2.2** Vorliegend sind beide Verfügungen vom 12. Mai 2020 (IVB. \_\_\_\_\_ - act. 243 S. 2 und 9) Anfechtungsgegenstand. Der Umstand, dass die Vorinstanz die rückwirkend abgestufte Rente in zwei separaten Verfügungen gleichen Datums eröffnet hat, ist in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht irrelevant. Für die gerichtliche Überprüfbarkeit macht es keinen Unterschied, ob die Vorinstanz eine oder mehrere Verfügungen redigiert und eröffnet hat. Materiell liegt nur eine Verfügung vor. Wird nur die Abstufung der Leistung angefochten, wird damit die gerichtliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass unbestritten gebliebene Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.2 und E. 2.3 mit Hinweis auf BGE 125 V 417 E. 2d). Vorliegend beantragt der Beschwerdeführer eine ganze Rente von November 2002 bis Mai 2018 (Zeitpunkt des Versicherungsfalls «Alter»). Der Streitgegenstand beschränkt sich aufgrund des Obgesagten nicht auf einzelne Anspruchszeiten, sondern es werden auch unbestritten gebliebene Zeiträume, in welchen eine ganze Rente gewährt wurde (vgl. Bst. C.b), von der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis erfasst (vgl. Urteil des BVGer C-5774/2019 vom 26. August 2021 E. 2.1 m.H.).

## **3.**

Der Beschwerdeführer ist Schweizer Staatsbürger. Aufgrund seines Wohnsitzes in Frankreich besteht in räumlicher Hinsicht ein internationaler Sachverhalt mit Bezug zur EU, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenos-

senschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (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), zu beachten sind. 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.**

**4.1** Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

**4.2** Das Gericht 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 Entscheidung im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2013/46 E. 3.2).

**4.3** 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).

**4.4** 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 Verfügungen vom 12. Mai 2020 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. Nicht zur Anwendung gelangen die ab 1. Januar 2022 geltenden Bestimmungen betreffend «Weiterentwicklung der IV» (AS 2021 705; BBI 2017 2535).

**4.5** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 12. Mai 2020) 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).

**4.6** 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. 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).

**4.7** Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, 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).

**4.8** 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).

**4.9** Bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften Rente sind – wie vorliegend – die Revisionsbestimmungen (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 88a Abs. 1 IVV) analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird (vgl. Urteile des BGer 8C\_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2 und 8C\_71/2017 vom 20. April 2017 E. 3 m.H.).

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). 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 134 V 131 E. 3).

Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 130 V 343 E. 3.5.2; vgl. auch BGE 133 V 108). Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteil des BGer 8C\_87/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2).

## 4.10

**4.10.1** 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).

**4.10.2** 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). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.).

**4.10.3** 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) und des medizinischen Dienstes der IV-STA 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).

**4.11** Bevor die versicherte Person Leistungen der Invalidenversicherung verlangt, hat sie aufgrund der Schadenminderungspflicht alles ihr Zumutbare selber vorzukehren, um die Folgen der Invalidität bestmöglich zu mindern. Ein Rentenanspruch ist zu verneinen, wenn sie selbst ohne Eingliederungsmassnahmen, nötigenfalls mit einem Berufswechsel, zumutbarerweise in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Für die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der zumutbaren Tätigkeit sind die gesamten subjektiven und objektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen. Im Vordergrund stehen bei den subjektiven Umständen die verbliebene Leistungsfähigkeit sowie die weiteren persönlichen Verhältnisse wie Alter, berufliche Stellung, Verwurzelung am Wohnort etc. Bei den objektiven Umständen sind insbesondere der ausgeglichene Arbeitsmarkt und die noch zu erwartende Aktivitätsdauer massgeblich (vgl. dazu Urteile des BGer 9C\_621/2017 vom 11. Januar 2018 E. 2.2.1; 9C\_644/2015 vom 3. Mai 2016 E. 4.3.1 mit Hinweisen; SVR 2010 IV Nr. 11 [9C\_236/2009] E. 4.1 und 4.3).

## 5.

**5.1** Anspruch auf eine ordentliche Rente haben Versicherte, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet haben (Art. 36 Abs. 1 IVG). Für die Erfüllung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer können Beitragszeiten, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind, mitberücksichtigt werden (Art. 6 und Art. 45 VO [EG] 883/2004; vgl. auch BGE 131 390). Der Beschwerdeführer hat während mehr als drei Jahren in der Schweiz Beiträge geleistet (IVB. \_\_\_\_\_-act. 135), so dass die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer ohne weiteres erfüllt ist. Damit bleibt zu prüfen, ob der Beschwerdeführer invalid im Sinne des IVG ist (vgl. E. 4.6).

**5.2** Einleitend ist festzuhalten, dass aufgrund der Gesuchstellung am 22. Oktober 2003 ein Rentenanspruch frühestens ab Oktober 2002 zu prüfen war (Art. 48 Abs. 2 IVG, in seiner Fassung gültig vom 1. Januar 2003 bis 31. Dezember 2007). Zu diesem Zeitpunkt war aber die Wartefrist von einem Jahr gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG noch nicht erfüllt (Rückfall betreffend linkes Knie am 4. November 2002 [IVB. \_\_\_\_\_-act. 4; vgl. Bst. B.b]). Ein Rentenanspruch konnte damit frühestens im November 2003 entstehen.

Festzuhalten bleibt zudem, dass der Beschwerdeführer nach zweimaliger Operation des linken Knies am 9. September 1977 sowie 1. März 1983 und nachfolgender Rehabilitation seine Arbeit ab Juni 1983 wieder zu 100% aufgenommen hatte (Arztbericht Dres. I. \_\_\_\_\_ und J. \_\_\_\_\_ der orthopädischen Klinik K. \_\_\_\_\_ vom 8. Juli 1983 [IVB. \_\_\_\_\_-act. 12.3 S. 3]). Mit Arztbericht vom 30. September 1983 (Dr. L. \_\_\_\_\_, Kantonsspital M. \_\_\_\_\_) wurde zudem bestätigt, der Patient sei subjektiv beschwerdefrei, die Behandlung sei per 7. September 1983 abgeschlossen worden (IVB. \_\_\_\_\_-act. 12.3 S. 1). Für den Zeitraum danach sind bis 2002 keine weiteren gesundheitlichen Beschwerden aktenkundig. Auch deshalb war nach dem Rückfall vom 4. November 2002 aus IV-rechtlicher Sicht die Wartefrist von einem Jahr zu beachten.

**5.3** Die Vorinstanz hat dem Beschwerdeführer vom 1. November 2008 bis zum 31. Oktober 2009 und vom 1. Juli 2013 bis zum 28. Februar 2014 jeweils eine ganze Rente zugesprochen. Dabei ist sie davon ausgegangen, dass ab August 2009 eine rentenbeeinflussende Verbesserung eingetreten ist, die ab 1. November 2009 zur Einstellung der Invalidenrente führte, und

– nach Verschlechterung des Gesundheitszustands im April 2013 und erneuter Gewährung einer ganzen Rente ab 1. Juli 2013 – ab Dezember 2013 wiederum eine rentenbeeinflussende Verbesserung eingetreten ist, die ab 1. März 2014 zur Einstellung der Rente führte. Eine (weitere) Verschlechterung nach diesem Zeitpunkt verneinte sie.

**5.4** Zum Gesundheitszustand und zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich für den vorliegend (renten-) relevanten Zeitraum ab November 2003 den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**5.4.1** Der Kreisarzt der Unfallversicherung C.\_\_\_\_\_, Dr. N.\_\_\_\_\_, führte in seiner kreisärztlichen Untersuchung (Bericht vom 14. Juli 2003) aus, es zeige sich eine identische Situation im Vergleich zur kreisärztlichen Untersuchung am 3. März 2003 («deutliche linksseitige posttraumatische Gonarthrose»). Medizinisch sei ein Endzustand erreicht. Aufgrund der verbliebenen Unfallrestfolgen am linken Knie seien dem Exploranden überwiegend leichte und vorwiegend sitzende Tätigkeiten in Industrie, Gewerbe und Administration zumutbar. Dabei seien auch kürzere stehende oder ebenerdig gehende Intervalle möglich. Nicht mehr zumutbar seien kniende sowie dauernd stehende und gehende Tätigkeiten, insbesondere gehende Tätigkeiten in unebenem Gelände. Ebenfalls nicht mehr zumutbar seien Arbeiten auf Leitern und Gerüsten sowie das Heben und Tragen von Lasten über 15 kg. Dies beinhalte auch kurzzeitige mittelschwere Arbeit. In Frage kämen somit Kontroll- und Überwachungsfunktionen, leichte bis teils mittelschwere industrielle Produktions- oder Montagetätigkeiten, Portierdienste, Tätigkeiten in Kleinteilersatzteillagern und einfache administrative Tätigkeiten unter obengenannten Prämissen. Für diese Tätigkeiten wäre ein ganztägiger Arbeitseinsatz zumutbar. Die cox-arthrotischen Beschwerden linksseitig seien unfallfremd (IVB.\_\_\_\_\_-act. 12.1 S. 4 ff.). In einer Stellungnahme vom 25. Oktober 2004 hielt er – unter Bezugnahme auf einen Bericht von Dr. O.\_\_\_\_\_ der Klinik P.\_\_\_\_\_ in (...) vom 19. Oktober 2004, der eine deutlich aktivierte Pangoarthrose am linken Knie feststellte (IVB.\_\_\_\_\_-act. 29 S. 9) – ergänzend fest, es könne eine vorübergehende volle Arbeitsunfähigkeit vom 8. bis 24. Oktober 2004 bestätigt werden (IVB.\_\_\_\_\_-act. 29 S. 7). Eine weitere Arbeitsunfähigkeit vom 10. Dezember 2004 bis zwei Wochen nach arthroskopischer Operation am 25. Januar 2005 (vgl. Bst. B.b) bestätigte er mit Stellungnahme vom 17. Dezember 2004 (IVB.\_\_\_\_\_-act. 29 S. 3).

**5.4.2** In der im Auftrag der kantonalen IV-Stelle durchgeführten beruflichen Abklärung vom 29. März bis 22. April 2005 sowie im Schlussgespräch am 3. Mai 2005 durch das Spital Q. \_\_\_\_\_ BEFAS (Bericht vom 6. Juni 2005) hielten R. \_\_\_\_\_, Leiter BEFAS, S. \_\_\_\_\_, Eingliederungsberaterin, und Dr. med. T. \_\_\_\_\_, Konsiliararzt, fest, dass die letzte Operation am linken Knie vom 25. Januar 2005 aufgrund einer sekundären Gonarthrose mit medialer Meniskusläsion sowie einem Meniscusganglion medial durchgeführt worden sei. Die vom Beschwerdeführer beschriebenen Kreuzschmerzen stünden seit einiger Zeit nicht (mehr) im Vordergrund. Anlässlich einer Verlaufskontrolle durch den Operateur im März 2005 sei eine Arbeitsfähigkeit als Schriftenmaler von 50% festgehalten worden; dies spreche für einen guten postoperativen Verlauf (IVB. \_\_\_\_\_-act. 38; 41).

Die klinische Untersuchung bei Eintritt zeige eine leichte Reizung am linken Knie medial mit leichter Überwärmung und Druckdolenz, jedoch ohne Erguss, und eine gute Flexion bei einem Extensionsdefizit von 5°. Der Beschwerdeführer habe berichtet, dass er seit Dezember 2002 unter einer Schlafstörung leide, welche bislang weder abgeklärt worden noch therapiebedürftig gewesen sei. Gemäss eigenen Angaben hindere diese Schlafstörung ihn daran, morgens vor 9 Uhr die Arbeit anzutreten (S. 8).

Die Einschränkungen wurden folgendermassen bewertet: Der Beschwerdeführer sei durch seine degenerative Knieveränderung vorwiegend im Gehen und Stehen eingeschränkt, wenn diese über eine gewisse Zeitspanne notwendig seien. Dann benötige er einen Amerikanerstock als Gehhilfe; im Haus gehe er stockfrei. In anderen Körperhaltungen wie z.B. Sitzen, Liegen, Autofahren als Lenker und Beifahrer würden sie keine Einschränkungen sehen. Aufgrund ihrer Abklärungsergebnisse erfülle der Beschwerdeführer mit seinen schulisch-intellektuellen Fähigkeiten die Voraussetzungen für administrative Arbeiten, die vorwiegend sitzend ausgeführt und eine geringe körperliche Belastung darstellen würden. Der Beschwerdeführer mache vor allem sein hohes Schlafbedürfnis geltend und führe dieses als Argument an, nur teilweise arbeitsfähig zu sein. Dieser Meinung könnten sich die Unterzeichnenden aufgrund der Akten und eigener Untersuchung nicht anschliessen (S. 9). Es sei aufgefallen, dass der Beschwerdeführer während der gesamten beruflichen Abklärung sein Interesse auf seine Tätigkeit als Schriftenmaler bei seinem jetzigen Arbeitgeber fokussiert habe. Mit einem erfolgreich abgeschlossenen Kurs zum Web-Designer würde er dort die Möglichkeit erhalten, seine Teilzeitstelle von 40-50% auf 60% zu erhöhen. Der Beschwerdeführer versuche hingegen aufzuzeigen, mit welchen unüberwindlichen Hürden er zu rechnen habe,

wenn er seine (bisherige) Stelle aufgeben würde. Auf eine Steigerung der Arbeitszeit könne er sich nur widerstrebend einlassen und habe mit mehr Knieschmerzen reagiert. Klinisch seien jedoch keine Veränderungen, insbesondere keine Zunahme der bei Eintritt festgestellten leichten Reizung am Knie, zu objektivieren. Auch habe der Beschwerdeführer nicht häufiger zum Stock greifen müssen als sonst (S. 7 f).

Zusammenfassend seien dem Beschwerdeführer leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten ganztags zumutbar. Zwangshaltungen des linken Knies wie Knien, Kauern, In-die-Hocke-Gehen und das Besteigen von Leitern und Gerüsten seien zu meiden. Die Schlafstörung sei nicht invalidisierend (S. 8).

**5.4.3** Mit kreisärztlicher Untersuchung vom 11. August 2005 bestätigte Dr. N.\_\_\_\_\_ seine bisherige Beurteilung. Es zeige sich eine nahezu identische Situation wie mit Untersuchung vom 11. Juli 2003 (bzw. Bericht vom 14. Juli 2003). Überwiegend leichte und vorwiegend sitzende Tätigkeiten in Industrie, Gewerbe und Administration blieben zumutbar. Dabei seien auch kürzere stehende oder ebenerdig gehende Intervalle möglich (IVB.\_\_\_\_\_ -act. 51.1 S. 3).

**5.4.4** In der Folge bewilligte die kantonale IV-Stelle die Umschulung des Beschwerdeführers, zuerst mit Abschluss eines Bürofachdiploms VSH, danach mit Fortsetzung bis zum Handelsdiplom VSH. Der Beschwerdeführer bestand jedoch die Prüfung zum Handelsdiplom zweimal nicht (IVB.\_\_\_\_\_ -act. 72; 83; 95; 109; 188.132 S. 46).

**5.4.5** In seiner kreisärztlichen Untersuchung vom 20. August 2008 nannte Dr. N.\_\_\_\_\_ als Diagnosen: 1. Status nach posttraumatischer valgischer Pagonarthrose Knie links und zuletzt Status nach arthroskopischer Gelenktoilette mit Teilmeniscektomie und Plicaresektion links sowie offene Resektion Gelenkkapselganglion medial Knie links am 25. Januar 2005; 2. Status nach arthroskopischer Teilmeniscektomie Hinterhorn medial und generalisierte Gelenktoilette Knie links bei aktivierter medialer Gonarthrose Knie links und medialer Meniscushinterhornläsion am 20. Februar 2008. Der Explorand berichte, er sei nach wie vor halbtags (ca. 5 Stunden) wechselbelastend tätig. Mittags könne er auch einen Moment abliegen; wichtig sei, dass er selbst zwischen Stehen, Gehen und Laufen wähle. Die Gehstrecke auf ebenem Gelände betrage 30 Minuten, dann beginnender Schmerz bzw. Druck im linken Knie. Rennen und schneller Laufen könne er nicht, unebenes Gelände werde nach wie vor schlecht vertragen. Der

Kreisarzt führte aus, es zeige sich gesamthaft gesehen und verglichen mit den Befunden des behandelnden Arztes aus der Klinik P.\_\_\_\_\_ eine mässige Gonarthrose. Es liege keine erhebliche Verschlechterung verglichen mit der Belastbarkeit nach erfolgter Operation am linken Knie vor (vgl. letzte kreisärztliche Beurteilung). Nichts desto trotz verschlechterte sich langsam der arthrotische Zustand am linken Knie. Nach wie vor zumutbar seien dem Versicherten (trotz verbliebener Unfallrestfolgen) ganztags überwiegend leichte und vorwiegend sitzende Tätigkeiten in Industrie, Gewerbe und Administration. Dabei seien auch kürzere stehende oder ebenerdig gehende Intervalle möglich. Nicht mehr zumutbar seien kniende sowie dauernd stehende und gehende Tätigkeiten, insbesondere gehende Tätigkeiten in unebenem Gelände. Ebenfalls nicht zumutbar seien Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, das Heben und Tragen von Lasten über 15 kg und kurzzeitige mittelschwere Arbeit. Der Beschwerdeführer solle die Möglichkeit haben, sich in den Pausen kurz hinlegen zu können. Ganztätig kämen in Frage: Immer wichtiger werdende Kontroll- und Überwachungsfunktionen, leichte bis kurzzeitig mittelschwere industrielle Produktions- und Montagetätigkeiten unter den oben genannten Prämissen, gewisse gewerbliche Arbeiten, Portierdienste, Tätigkeiten in Kleinteilersatzteillagern, Sortierdienste und administrative Tätigkeiten (IVB.\_\_\_\_\_ -act. 117).

**5.4.6** Am 14. Oktober 2009 nahm der Kreisarzt zum Integritätsschaden ergänzend Stellung. Er schloss aufgrund neuer Röntgenbilder, dass beim linken Knie nach wie vor eine mässige Gonarthrose vorliege. Es fehlten die erheblichen Befundverschlechterungen, um die Zumutbarkeit weiter einzuschränken. Es gelte daher dieselbe Zumutbarkeit wie anlässlich der letzten kreisärztlichen Untersuchung. Für den Beschwerdeführer kämen daher nach wie vor ganztags überwiegend leichte und vorwiegend sitzende Tätigkeiten in Industrie, Gewerbe und Administration in Frage. Zu den Folgen der operativen Eingriffe am rechten Arm vom 17. September 2008 und 27. April 2009 äusserte er sich nicht.

**5.4.7** Mit (Privat-) Gutachten vom 31. August 2010 nahm Dr. U.\_\_\_\_\_, orthopädische Chirurgie, (...), zu einem allfälligen Fehler bei der Behandlung des rechten Ellenbogens am Kantonsspital M.\_\_\_\_\_ Stellung. Er schloss, dass deutlich zu viel Zeit zwischen Unfall und stattgehabter Operation verstrichen sei. Der Operationsbericht sei hinsichtlich Operationstechnik und Mitek-Anker nur dürftig. Die Sehne sei nur ungenügend fixiert worden und in der Nachbehandlung sei die volle Beweglichkeit verfrüht freigegeben worden (IVB.\_\_\_\_\_ -act. 144 S. 36).

**5.4.8** Mit Stellungnahme vom 13. Dezember 2010 schloss Dr. V.\_\_\_\_\_, Orthopäde des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), dass aufgrund der vorgelegten medizinischen Unterlagen ein bidisziplinäres Gutachten bei Dr. W.\_\_\_\_\_, Rheumatologie, und Dr. X.\_\_\_\_\_, Neurologie, angebracht sei. Neurologisch liege ein Status nach Logensyndrom vor (Protokoll der kantonalen IV-Stelle S. 39).

**5.4.9** Dr. med. W.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, Facharzt FMH für Innere Medizin, attestierte dem Beschwerdeführer in seinem rheumatologischen Gutachten vom 8. März 2011, welches von der kantonalen IV-Stelle in Auftrag gegeben wurde und auf eine persönliche Untersuchung am 22. Februar 2011 abstützt, folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IVB.\_\_\_\_\_-act. 144 S. 26):

- Mittelschwere medial betonte sekundäre Gonarthrose links mit/bei
  - Status nach Motorradunfall mit komplexer Kniebandruptur links, d.h. Ruptur des hinteren Kreuzbandes, des hinteren medialen Kapselpfeilers und medialen Kniesseitenbandes, operative Versorgung mit Naht des hinteren Kreuzbandes, Re-Insertion des medialen Kollateralbandes und Reffnaht des postero-medialen Kapsellecks im Jahr 1977
  - Status nach hinterer Kreuzbandplastik am 01.03.1983
  - Status nach arthroskopischem Shaving, medialer Meniskektomie, lateraler Meniskektomie links am 13.12.2002
  - Status nach arthroskopischer Gelenktoilette mit Teilmeniskektomie und Plicaresektion links, offener Resektion Gelenkkapselganglion medial am 25.01.2005
  - Status nach arthroskopischer Teilmeniskektomie Hinterhorn medial und generalisierte Gelenktoilette Knie links am 20.02.2008
- Re-Ruptur der distalen Bizepssehne rechts mit Retraktion des Bizeps nach proximal mit/bei
  - Status nach Fixation der distalen Bizepssehne rechts am 17.09.2008 bei Status nach distaler Bizepssehnteilruptur rechts am 15.08.2008
  - Status nach Logenspaltung (Tenomyotomie) und Status nach Neurolyse des Nervus medianus am Oberarm rechts am 27.04.2009

Der Gutachter nannte keine Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zusammengefasst bestünden drei gesundheitliche Probleme: Der *Knieproblematik* liege eine sekundäre Arthrose bei Status nach komplexer Knieverletzung nach mehrfachen Operationen zugrunde. Am *rechten Ellenbogen* habe sich der Beschwerdeführer ein Trauma mit Abriss der distalen Bizepssehne zugezogen, weshalb in der Folge die Sehne zwei Mal refixiert worden sei, was aber keine bessere Funktion erbracht habe. Der

Gutachter habe nunmehr mittels MRI eine Re-Ruptur der Bizepssehne diagnostiziert. Zur *Hüftproblematik* stellte er fest, dass der Beschwerdeführer während der Anamnese über eine Stunde ohne Beeinträchtigung im Stuhl gesessen habe. Ferner sei er beim Ausziehen nicht behindert. Das Achsenorgan zeige einen Hohlrundrücken mit vor allem Hyperkyphose, etwas weniger Hyperlordose der Lendenwirbelsäule (LWS). Die Halswirbelsäule (HWS) sei frei beweglich, die Brustwirbelsäule (BWS) und die LWS seien der Form entsprechend eingeschränkt, was für eine derartige Rückenform normal sei. Es fänden sich keinerlei radikuläre Zeichen an den oberen und unteren Extremitäten. Die Schultern seien frei beweglich. Die Hüften seien beidseits frei und indolent beweglich, hier bestehe keine Einschränkung. Bezüglich des Kniegelenks bestünden links eine verminderte Flexion und Extension mit etwas vergrößertem Kniegelenk, deutlichen Schonungszeichen, sowie eine Atrophie des Quadrizeps und insbesondere auch des Musculus vastus medialis, welcher in der Regel bei einer Knieschonung als erster Muskel atroph werde, daneben eine Atrophie der linken Wade. Radikuläre Zeichen würden weder an den oberen noch an den unteren Extremitäten vorliegen. Alle Waddell-Zeichen seien negativ. Es fänden sich keine Weichteilrheumapunkte. Der Explorand habe keinerlei Röntgenbilder des Knies und der Hüften dabei. Es seien darum neue Röntgenbilder angefertigt worden. Im Bereiche der Hüften zeigten sich keinerlei Coxarthrose-Zeichen, wie dies früher einmal beschrieben worden sei. Das Beckenübersichtsbild sei als normal zu bezeichnen. Im Bereiche des Kniegelenks finde sich eine mittelschwere, medial betonte Gonarthrose links, welche die Einschränkung des Bewegungsausmaßes sowie die Beschwerden sehr wohl erklären könne (S. 29).

Der Beschwerdeführer sei seit Juli 2009 bis laufend als Bauleiter mit einer eigenen Firma Y. \_\_\_\_\_ tätig; es handle sich um einen 1-Mannbetrieb, bei welchem er mit der Funktion der Bauleitung beschäftigt sei, d.h. er betreue fertige Bauobjekte, indem er Mängel aufnehme und die Behebung dieser Mängel koordiniere. Am Morgen besuche er jeweils mit dem eigenen Fahrzeug die Baustellen, sei hier in dieser Funktion tätig, am Mittag kehre er mit dem Fahrzeug in sein Büro zurück und tätige die Büroarbeit bis am Nachmittag, danach kehre er mit dem Fahrzeug nach Hause zurück. Gesamthaft gehe der Gutachter davon aus, dass der Beschwerdeführer eine reine Bauleitertätigkeit nicht ganztags durchführen könne, dies insbesondere da er dabei auf Leitern oder Gerüste steigen müsse, auf unebenem Boden (Baustellen) gehen müsse. Eine reine Bauleitertätigkeit könne wahrscheinlich zu einem Pensum von etwa 50% getätigt werden. Die 50%-ige Arbeitsfähigkeit komme durch den vermehrten Pausenbedarf resp. die

Einschränkungen durch die Gonarthrose zustande. Er sei des Weiteren in einer Bürotätigkeit zu beurteilen. Er habe ein Bürofachdiplom. Eine gemischte Bürotätigkeit, bei welcher auch einmal aufgestanden werde, herumgegangen werde, sei zu einem 100%-Pensum zumutbar.

In einer Verweistätigkeit sei dem Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht ein Ganztagespensum (zu 100%) in einer Bürotätigkeit (Bürofachdiplom) zumutbar. Das Profil einer Verweistätigkeit umfasse eine Tätigkeit, bei welcher er nicht knien, nicht kauern, nicht auf Leitern oder Gerüste steigen müsse, vorwiegend sitzend arbeiten, gelegentlich aufstehen, dann auch die Position wechseln könne. Ferner sei er wegen des rechten Ellenbogens eingeschränkt: Er könne nicht repetitiv über 2 kg heben, stossen oder ziehen, vereinzelt könnte er auch einmal ein Gewicht bis 5 kg heben, dies sei jedoch nicht ratsam, da dadurch starke Muskelkrämpfe ausgelöst würden, gefolgt von Schmerzen (S. 30). Die Restriktionen betreffend Kniegelenk hätten seit Jahren ihre Gültigkeit. Vorübergehend sei er auch im Rahmen der Arthroscopien arbeitsunfähig geschrieben worden; üblicherweise sei von einer zirka sechswöchigen Arbeitsunfähigkeit nach Eingriff auszugehen. Bezüglich Ellbogen lägen aktenkundige Arbeitsunfähigkeitsschreibungen vor: 100% ab 15. August 2008, 50% ab 26. Januar 2009, 100% ab 19. Februar 2009, 50% ab 1. Juni 2009. Hingegen sei ab Oktober 2009 (entsprechend Unfallschein der Z. \_\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2009) auf das gutachterliche Verweisprofil betreffend Ellbogen («zu einem Ganztagespensum zumutbar» [Ziff. 5.3]) abzustellen (Ziff. 5.4).

**5.4.10** Dr. med. X. \_\_\_\_\_, Neurologie FMH, attestierte dem Beschwerdeführer in seinem neurologischen Gutachten vom 14. März 2011 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IVB. \_\_\_\_\_-act. 145 S. 10):

- Status nach komplexer Verletzung des linken Knies 1977 mit diversen Folgeoperationen
- Status nach distalem Bizeps-Sehnenabriss rechts am 15.08.2008, operativer Refixation
- Reoperation wegen Logensyndrom und Medianus-Entrapment rechts

Gestützt auf eine persönliche Untersuchung am 24. Februar 2011 hielt der Gutachter fest, es bestünden mit Ausnahme von kleinen Zonen um die reizlosen Operationsnarben keinerlei Sensibilitätsstörungen. Die Entwicklung der rohen Kraft sei vorwiegend im Bereich der Ellbogenbeuger rechts, weniger auch im Bereich des Quadrizeps femoris links eingeschränkt gewe-

sen, was sich allerdings durch die orthopädischen Probleme und den Sehnenabrissen im Bereich des Bizeps rechts erkläre. Neurogene Paresen seien aber nicht festzustellen und der übrige neurologische Status sei absolut unauffällig, insbesondere fänden sich keinerlei Defizite im Bereich des Nervus medianus rechts sowie des Nervus saphenus links (S. 9 f. und 12). Er komme zum Schluss, dass aufgrund der Knieverletzung links (mit deren Folgen und den noch bestehenden Beschwerden) sowie des Bizeps-Sehnenabrisses rechts (mit dessen Folgen und den noch bestehenden Beschwerden) sicherlich Einschränkungen bestünden, welche aber von rheumatologischer Seite her beurteilt würden. Aus rein neurologischer Sicht beständen keine Einschränkungen und entsprechend sei die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Insbesondere führten die vorübergehenden Funktionsstörungen im Bereich des Nervus Saphenus links sowie des Nervus Medianus rechts retrospektiv nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, welche das Ausmass der Einschränkungen aus orthopädisch/rheumatologischer Sicht übersteigen würden (S. 12).

**5.4.11** In seiner Stellungnahme vom 10. August 2011 hielt Dr. V. \_\_\_\_\_ des RAD fest, dass das rheumatologische und neurologische Gutachten den Kriterien bezüglich Inhalt und Qualität entspreche. Aktenlage, persönliche Anamnese, subjektive Beschwerden und objektiver Befund würden ausführlich dargestellt und in der Einschätzung von Funktionsfähigkeit und -einschränkung und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausreichend einbezogen. Die Beurteilung und begründeten Schlüsse seien nachvollziehbar. Es könne auf die Gutachten abgestellt werden. Einzig hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit sei von der gutachterlichen Schätzung abzuweichen: Da der Beschwerdeführer fertigestellte Häuser inspizieren und nicht auf unebenem Boden gehen müsse, könne eine derartige Tätigkeit, wie heute geleistet, zu 80% bezogen auf ein Ganztagspensum durchgeführt werden. Eine gemischte Bürotätigkeit sei zu 100% zumutbar. Das Profil einer *Verweistätigkeit* umfasse eine Tätigkeit bezüglich Knie links, bei welcher er nicht knien, nicht kauern, nicht auf Leitern oder Gerüste steigen müsse, vorwiegend sitzend arbeiten und gelegentlich aufstehen könne, dann auch die Position wechseln könne. Von Seiten des Ellbogens rechts könne er nicht repetitiv über 2 kg heben, stossen oder ziehen, vereinzelt könne er auch einmal ein Gewicht bis 5 kg heben, dies sei jedoch nicht ratsam, da dadurch starke Muskelkrämpfe ausgelöst würden, gefolgt von Schmerzen. Eine Tätigkeit, bei welcher diese Restriktionen berücksichtigt würden, sei ihm aus rheumatologischer Sicht zu einem Ganztagspensum zumutbar.

**5.4.12** Nach erfolgter Implantation einer Totalprothese am linken Knie am 10. April 2013 führte Dr. Aa.\_\_\_\_\_, Kreisarzt der Unfallversicherung C.\_\_\_\_\_, in seiner Untersuchung des Beschwerdeführers am 22. Januar 2014 aus, es bestehe objektiv eine reizlose Situation am linken Kniegelenk ohne Ergussbildung, bei Status nach Knie-Totalprothesenimplantation. Es bestehe noch ein leichtes Streckdefizit von ca. 5°. Subjektiv würden noch geringgradige Restbeschwerden im Bereich des medialen Femurcondylus und medialen Tibiaplateaus linksseitig angegeben. Die aktuelle Zumutbarkeit in der angestammten Tätigkeit sehe eine ganztägige Tätigkeit, wechselbelastend, leicht bis mittelschwer, vor. Ein Gehen in unebenem Gelände sei nicht mehr zumutbar. Ebenfalls nicht mehr zumutbar seien kniende oder kauernde Tätigkeiten in Kniezwangshaltung. Zurzeit bestehe keine Zumutbarkeit bezüglich des Besteigens von Leitern und Gerüsten. Dieser Punkt der Zumutbarkeitsbeurteilung werde sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bis Ende Februar 2014 bessern. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei ab 1. März 2014 das Besteigen von Leitern und Gerüsten möglich. Mit der vorliegenden Zumutbarkeitsbeurteilung könne der Versicherte seine Tätigkeit als Bauleiter wieder ausüben. Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeiten hielt er fest: Zurzeit sei der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig in seiner angestammten Tätigkeit. Ab dem 1. März 2014 bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bezüglich der angestammten Tätigkeit. Ab 1. April 2014 sei eine 75%ige Arbeitsfähigkeit möglich, mit Steigerung bis zur 100%igen Arbeitsfähigkeit bis Ende April 2014 (IVB.\_\_\_\_\_-act. 188.28).

**5.4.13** In einer Stellungnahme vom 22. September 2014 führte Dr. Bb.\_\_\_\_\_, orthopädische Chirurgie, des RAD aus, seit dem interdisziplinären rheumatologisch-neurologischen Gutachten vom 14. März 2011 lägen erst wieder ab 16. Dezember 2013 bzw. 27. Mai 2014 valide medizinische Unterlagen vor. So bleibe zum einen unklar, ob die empfohlene Revisions-Operation der distalen Bizepssehne rechts durchgeführt worden sei, und zum anderen fehle der Operationsbericht betreffend linkes Kniegelenk vom 10. April 2013. Bezüglich des linken Kniegelenks sei der Verlauf der Arbeitsunfähigkeiten ab 18. Januar 2013 mit 50% und ab Operationsdatum mit 100% bis Ende Dezember 2013 plausibel. Von Januar 2014 bis Ende April habe eine Arbeitsunfähigkeit von 50% und ab Mai 2014 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit für die Bauaufsicht bestanden. Es könne weiterhin vollumfänglich auf das Gutachten der Dres. W.\_\_\_\_\_/ X.\_\_\_\_\_ bezüglich der aufgelisteten Arbeits(un)fähigkeiten abgestellt werden. Neu seien folgende Arbeitsunfähigkeiten zu berücksichtigen: Arbeitsunfähigkeit

von 50% ab 18. Januar 2013, von 100% ab 10. April 2013, von 50% ab Januar 2014 und von 0% ab Mai 2014 (IVB. \_\_\_\_\_-act. 182).

**5.4.14** Mit weiterer Stellungnahme vom 10. März 2015 nannte Dr. Bb. \_\_\_\_\_ des RAD als Diagnosen einen Status nach Knie-TP links vom 18. April 2013 (recte: 10. April 2013) nach posttraumatischer Gonarthrose, eine Re-Ruptur der distalen Bizepssehne rechts mit Retraktion des Bizeps nach proximal. Er hielt eine Arbeitsunfähigkeit als Bauleiter ab November 2002 fest. Zumutbare Verweistätigkeiten hätten das linke Knie und den rechten Ellenbogen zu berücksichtigen, d.h. ohne Knien, Kauern, Leitern-/Gerüste Steigen, sowie kein repetitives Heben mit dem rechten Arm über 2 kg, vereinzelt seien auch mal Gewichte bis 5 kg möglich. Adaptierte Tätigkeiten mit obgenanntem Profil seien ab Gutachten von Dr. W. \_\_\_\_\_ von März 2011 bis 17. April 2013 (recte: bis 9. April 2013) und wieder ab 16. Dezember 2013 ganztags zumutbar (IVB. \_\_\_\_\_-act. 186).

**5.4.15** Im von der Versicherung G. \_\_\_\_\_ für die Unfallversicherung in Auftrag gegebenen interdisziplinären Gutachten des Zentrums Cc. \_\_\_\_\_ in (...) vom 20. Oktober 2016 (IVB. \_\_\_\_\_-act. 200 S. 31 ff.) stellten Dr. Dd. \_\_\_\_\_, Innere Medizin, Dr. Ee. \_\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie, und Prof. Dr. Ff. \_\_\_\_\_, Psychiatrie, gestützt auf persönliche Untersuchungen vom 2. bis 8. September 2016, folgende Diagnosen (Gutachten Ziff. 7.4):

- leichte Minderbelastbarkeit des rechten Armes bei
  - distaler Abriss Bizepssehne 15.08.2008
  - Refixation mittels zweier Mitek-Anker an Tuberositas radii 17.09.2008
  - Logenspaltung. Resektion eines Narbenstranges und Neurolyse Nervus medianus 27.04.2009
  - Rekonstruktion Bizepssehne bei Reruptur mittels freiem Semitendinosus-Transplantat und Lösung von Verwachsungen sowie Myolyse 27.11.2014
- Sekundäre Gonarthrose links
  - Motorradunfall 1977 mit mehrfachen Operationen
  - Knie-TP 2013
- Diabetes mellitus Typ 2
  - Erstdiagnose: 2012
  - Therapie mit Janumet
  - HbA1c vom 13.5.2016: 8 %
- Übergewicht (BMI 27.2)
- Unklares Systolikum

– Status nach Tonsillektomie 1991.

Dr. Dd. \_\_\_\_\_ stellte aus *internistischer* Hinsicht einen Diabetes mellitus Typ 2 fest, der keiner beruflichen Massnahmen bedürfe (Gutachten Ziff. 4.1). Von *orthopädischer* Seite diagnostiziert Dr. Ee. \_\_\_\_\_ eine leichte Minderbelastbarkeit des rechten Armes und eine sekundäre Gonarthrose links. Bei Untersuchung des rechten Armes finde sich ein Hochstand des Muskelbauches im Bereich des Musculus biceps und eine S-förmige Narbe über dem Ellbogengelenk, welche reizlos sei. Druckdolenzien seien nicht vorhanden. Der Verlauf der Bizepssehne im distalen Bereich könne gut getastet werden. Der ganze Sehnenverlauf sei intakt. Bei Anspannung der Sehne sei diese bis zum Ansatz zu verfolgen. Dieser refixierte Sehnenansatz sei noch druckdolent. Die Kraftentwicklung im Bereich des rechten Musculus biceps sei etwas abgeschwächt gegenüber der gesunden linken Gegenseite, wobei anzumerken sei, dass der Beschwerdeführer Rechtshänder sei. Die Fingergelenke seien seitengleich und unauffällig. Die grobe Kraft in der Hand sei ebenfalls seitengleich. Arbeitsspuren fänden sich an beiden Händen. Sensibilitätsstörungen hätten keine festgestellt werden können. Bei der kursorischen neurologischen Untersuchung (Motorik, Tonus, Trophik) sei eine regelrecht bis leicht verminderte Kraftentwicklung im Bereich des Musculus biceps rechts infolge der stattgehabten Sehnenverletzung festzustellen. Sensibilitätsstörungen seien nicht vorzufinden. Die Reflexe seien mittellebhaft, seitengleich auslösbar und es bestünden keine pathologischen Reflexe. Der postoperative Verlauf nach der Bizepssehnenrekonstruktion am 27. November 2014 sei sehr erfreulich und es bestehe eine freie Beweglichkeit bezüglich Flexion/Extension bei nur diskreter Einschränkung der Supination. Die vorbestehenden Schmerzen seien verschwunden, es bestünden noch eine erhöhte Ermüdbarkeit und ein Kraftverlust beim Heben schwerer Lasten. Mit Blick auf die Wiederaufnahme der ursprünglichen Tätigkeit als Bauführer im Frühjahr 2015 (4,5 Tage und 42 Stunden/Woche), wobei er auf Pausen angewiesen sei, die er als Selbständigerwerbender im Wesentlichen selber einteilen könne, schliesst der Gutachter auf eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Zum Schweregrad hält er fest, dass eine leichte Minderbelastbarkeit des rechten Armes, vor allem beim Heben schwerer Lasten, sowie bei feinmotorischen Tätigkeiten bestehe. Daraus resultiere eine Minderbelastbarkeit beim Heben schwerer Lasten und eine leicht gestörte Feinmotorik beim Schreiben und bei der PC-Arbeit. Es seien grundsätzlich weder medizinische noch berufliche Massnahmen notwendig, da der Beschwerdeführer als selbständig erwerbender Bauleiter am Vormittag sowie am Nachmittag eine Pause von circa 20 Minuten einlegen könne (Gutachten Ziff. 4.2). In *psychiatrischer*

Hinsicht hält Prof. Dr. Ff.\_\_\_\_\_, Psychiatrie, keine Befunde mit Krankheitswert fest (Gutachten Ziff. 4.3).

Die Gutachter kamen zum Schluss, dass mit einer weiteren ärztlichen Behandlung keine Besserung erzielt werden könne. Ab dem 20. Mai 2015 sei durch Dr. O.\_\_\_\_\_ eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert worden, wobei der Beschwerdeführer berichte, dass er tatsächlich zu jenem Zeitpunkt die angestammte Tätigkeit wieder aufgenommen habe. Der Endzustand sei zu jenem Zeitpunkt, am 20. Mai 2015, erreicht worden (S. 39).

**5.4.16** Mit Stellungnahme vom 2. Februar 2017 hielt Dr. Gg.\_\_\_\_\_, orthopädische Chirurgie und Traumatologie, des RAD fest, dass eine post-traumatisch massgebliche und dauerhaft eingeschränkte Funktion des linken Kniegelenkes für einseitig gehende und stehende Tätigkeiten unstrittig ausgewiesen sei. Ausserdem könne die Beurteilung der Einschränkung des rechten Ellbogens weiter gelten. Versicherungsmedizinisch bestehe in bisheriger Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50%, in einer körperlich angepassten Tätigkeit (schwerpunktmässig sitzend) eine solche von 100%. Zumutbare Verweistätigkeiten hätten das linke Knie und den rechten Ellenbogen zu berücksichtigen, d.h. ohne Knien, Kauern, Leitern-/Gerüste Steigen, sowie kein repetitives Heben mit dem rechten Arm über 2 kg, vereinzelt seien auch mal Gewichte bis 5 kg möglich. Zu Beginn und Verlauf letzterer Arbeitsfähigkeit verwies er auf die bisherigen RAD-Stellungnahmen von Dr. Bb.\_\_\_\_\_. Ergänzend bestünden folgende Arbeits(un)fähigkeiten in angepasster Tätigkeit: 100%ige Arbeitsfähigkeit vom 1. August bis 16. September 2008, 0% Arbeitsfähigkeit vom 17. September bis 16. Dezember 2008 (Fixation der distalen Bizepssehne rechts bei St. n. distaler Bizepssehnteilruptur rechts, danach ca. drei Monate Rekonvaleszenz), 100% Arbeitsfähigkeit ab 17. Dezember 2008 bis 26. April 2009, 0% Arbeitsfähigkeit vom 27. April bis 26. Juli 2009 (Logenspaltung und Neurolyse des Nervus medianus am Oberarm rechts, danach ca. drei Monate Rekonvaleszenz), 100% Arbeitsfähigkeit vom 27. Juli 2009 bis 17. April 2013, 0% ab 18. April 2013 (recte: 10.4.2013) bis 16. Dezember 2013 (Knie-TP links, danach Rekonvaleszenz, s.a. RAD Dr. Bb.\_\_\_\_\_), 100% Arbeitsfähigkeit seit 17. Dezember 2013 (IVB.\_\_\_\_\_-act. 199).

**5.4.17** Mit weiterer Stellungnahme vom 6. April 2018 führte Dr. Gg.\_\_\_\_\_ des RAD aus, dass sich aus dem im Auftrag des Unfallversicherers erstellten Gutachten (des Zentrums Cc.\_\_\_\_\_ vom 20. Oktober 2016) keine wegweisenden neuen Befunde oder Eckdaten ergäben, die eine abweichende RAD-Beurteilung nahelegen könnten. Das Gutachten

beurteile die Arbeitsfähigkeit per se und im Verlauf selektiv bezüglich des vom Leistungsträger versicherten Ereignisses vom 15. August 2008 (Bizepssehnenruptur rechts) mit nachfolgend kompliziertem Verlauf. Die RAD-Beurteilung schliesse punkto Arbeitsfähigkeit und deren Verlauf neben der selektiv auf das Ereignis vom 15. August 2008 bezogenen, eingeschränkten Funktion des rechten Armes auch die unfallkausalen Funktionseinschränkungen des linken Kniegelenkes mit ein, für die allerdings ein anderer Leistungsträger, nämlich die Unfallversicherung C.\_\_\_\_\_, zuständig (gewesen) sei. Die eingeschränkte Knie- und Arm/Handfunktion seien auch aus Sicht des RAD bereits hinlänglich ausgewertet und die Arbeitsfähigkeit wie auch deren Verlauf entsprechend beurteilt worden. Vom RAD sei der Beginn der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Bauführer nicht nur bezüglich des Armes, sondern auch im Hinblick auf die Knieproblematik beurteilt und anhand der medizinischen Verlaufsbefunde der Beginn der vollen Arbeitsfähigkeit auf den 17. Dezember 2013 (Abschluss postoperative Rehabilitation) terminiert worden. Ergänzend wären nach dem erneuten Eingriff am rechten Arm vom 27. November 2014 (Bizepssehnen-Rekonstruktion rechts) noch weitere, rein therapeutisch bedingte Arbeitsunfähigkeitsintervalle zu berücksichtigen, nämlich eine Arbeitsunfähigkeit von 100% ab dem Eingriff (27. November 2014), dauernd bis 29. März 2015, dann eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vom 30. März 2015 bis zum Beginn der vollen Wiederaufnahme der Tätigkeit am 20. Mai 2015 (laut KG-Eintragung der Klinik P.\_\_\_\_\_, vom 19. Mai 2015). Für den Zeitraum vom 1. März 2010 bis 25. November 2014 lägen laut den Angaben des Unfallversicherers keine echtzeitlichen Arbeitsunfähigkeitsatteste vor. Dass das Zentrum-Cc.\_\_\_\_\_-Gutachten in diesem Punkt den Beginn der vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erst ab April 2015 datiere, orientiere sich wahrscheinlich daran, dass der Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit erst ab diesem Datum wieder voll aufgenommen habe. Ein direkter Widerspruch zur RAD-Beurteilung lasse sich daraus nicht ableiten, denn für den vom Unfallversicherer (G.\_\_\_\_\_) bestimmten, oben aufgeführten Zeitraum sei wegen der Armproblematik demnach auch keine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, so dass ab dem Zeitpunkt der postoperativ nach Knie-TP abgeschlossenen Rehabilitation Ende 2013 bis zum OP-Zeitpunkt am 24. November 2014 letztlich eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestanden habe, die in der Folge behandlungsbedingt bis Ende März 2015 unterbrochen worden sei.

**5.4.18** Mit ergänzender Stellungnahme vom 16. April 2018 führte Dr. Gg. \_\_\_\_\_ des RAD auf Rückfrage der kantonalen IV-Stelle zum Zeitraum 2003 bis 2008 aus, die im Unfallversicherung-C. \_\_\_\_\_-Kreisarztbericht vom 11. August 2005 erwähnte beidseitige Coxarthrose sei als unfallfremd einzustufen, habe jedoch mangels bis dato diagnostischer und therapeutischer Konsequenzen und nicht zuletzt mangels entsprechender Arbeitsunfähigkeit keine versicherungsmedizinischen Konsequenzen punkto Arbeitsunfähigkeitsverlauf. So sei eine Hüftgelenksproblematik weder in der Folge und auch bis dato offensichtlich kein erwähnenswerter Beschwerdekomples mehr, denn in den nachfolgenden Berichten und auch in der aktuellen Beschwerdeschilderung des orthopädischen Teilgutachtens des Zentrums Cc. \_\_\_\_\_ von 2016 (Dr. Ee. \_\_\_\_\_) werde eine solche ebenfalls mit keinem Wort (mehr) erwähnt. Gemessen am Beschwerdeniveau und unter Einbezug des täglichen Funktionsprofils des Beschwerdeführers spiele sie offensichtlich keine Rolle. Damit sei er gemäss plausibler gutachterlicher Würdigung auch punkto der unfallkausalen Beschwerdebilder in seiner angestammten Tätigkeit als Bauführer wieder als unlimitiert arbeitsfähig einzustufen. Die nebenbei erwähnte beidseitige Coxarthrose habe damit keinen Einfluss auf die bereits differenziert beurteilten Arbeitsfähigkeiten in angestammter oder auch medizinisch-theoretisch angepasster Tätigkeit.

**5.4.19** Im orthopädischen Gutachten vom 18. Dezember 2018 listet Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Oberärztin FMH Handchirurgie, Klinik F. \_\_\_\_\_, folgende Diagnosen auf:

1. Symptomatische SL-Bandläsion links nach Sturz vom 10.03.2017
2. Rhizarthrose links
3. Foveale Läsion des dreieckigen ulnokarpalen Komplexes am Handgelenk (TFCC) rechts, Chondropathie an der Hamatumspitze, Zyste Os skaphoideum und lunatum
  - Status nach Handgelenksarthroskopie, Debridement Hamulusspitze, offene TFCC-Reinsertion foveal (mittels Pushlock-Anker) rechts vom 04.05.2017 (Kantonsspital Hh. \_\_\_\_\_)
4. Carpaltunnelsyndrom beidseits, linksbetont
5. Status nach Ellbogenkontusion links und Ulnarisproblematik nach Treppensturz vom 15.09.2016
6. Distale Bizepssehnenruptur rechts nach Töffunfall vom 15.08.2008
  - Status nach Refixation der distalen Bizepssehne mittels 2 Anker vom 17.09.2008 (Spital K. \_\_\_\_\_)

- Status nach Logenspaltung (Tenomyotomie) und Neurolyse N. medianus Oberarm rechts bei Logensyndrom Oberarm rechts und Medianus-entrapement vom 27.04.2009 (Dr. med. li. \_\_\_\_\_)
- Status nach Bizepssehnenrekonstruktion mittels freiem Semitendinosustransplantat vom 27.11.2014 bei Reruptur der distalen Bizepssehne rechts (Klinik P. \_\_\_\_\_)

#### 7. Sekundäre Gonarthrose links

- Status nach Motorradunfall 1977
- Status nach Knie-TP links 2013

#### 8. Diabetes mellitus Typ 2.

Zusammenfassend zeige sich als erstes von insgesamt vier Ereignissen die distale *Bizepssehnenruptur rechts* (August 2008). Nach einer Refixation der distalen Bizepssehne seien zwei weitere Folgeoperationen (April 2009, November 2014) erfolgt. Der Beschwerdeführer sei im Mai 2015 wieder vollumfänglich arbeitsfähig gewesen. Am 15. September 2016 sei eine zweite Problematik hinzugekommen: Der Beschwerdeführer habe sich durch einen Treppensturz eine *Ellbogenkontusion links mit Ulnarisproblematik* zugezogen. Diesbezüglich sei er nunmehr absolut beschwerdefrei und habe die Arbeit am 1. Januar 2017 wieder vollumfänglich aufgenommen. Drittens sei es am 10. März 2017 zu einem weiteren Unfall gekommen: Der Beschwerdeführer sei von einem Stuhl auf das rechte Handgelenk gestürzt, wobei es zu einer Kontusion des Stuhls mit dem linken Handgelenk/Daumen gekommen sei; zuletzt sei der Beschwerdeführer auf das linke Handgelenk gefallen. Am linken Handgelenk habe eine *foveale TFCC-Läsion* MR-tomographisch gesehen werden können, welche offen mittels Pushlock-Anker am 4. Mai 2017 refixiert worden sei. Mit dem rechten Handgelenk sei der Beschwerdeführer sehr zufrieden und er sei absolut beschwerdefrei. Daraufhin (am 17. August 2017) sei noch eine vierte Problematik, eine *SL-Bandläsion links*, diagnostiziert worden, welche auf den Sturz vom Stuhl zurückzuführen sei. Die Gutachterin empfehle, wie bereits von PD Dr. med. Jj. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und Handchirurgie, vorgeschlagen, eine SL-Bandrekonstruktion sowie in der gleichen Sitzung eine Carpaldachspaltung durchzuführen (S. 74).

Die Gutachterin hielt hinsichtlich des Treppensturzes vom 15. September 2016 Folgendes fest: Der Abschluss der unfallmedizinischen Behandlung sei am 31. Dezember 2016 erfolgt. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit sei dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Projekt- und Bauleiter seit dem 1. Januar 2017 vollumfänglich (100%) möglich, da er diese Arbeit tatsächlich wieder aufgenommen habe und aufgrund der Ellbogenkontusion links keine angepasste Tätigkeit nötig sei (S. 76).

Zum Treppensturz am 10. März 2017 führte die Gutachterin aus: Am *linken* Handgelenk zeige sich eine ausgeprägte Druckdolenz dorsal über dem SL wie über dem CMC I-Gelenk (Carpometacarpal I-Gelenk oder Daumensattelgelenk). Die Beweglichkeit des Handgelenkes sei frei und uneingeschränkt. Unter dem Bildverstärker zeige sich beim Provokationstest mittels Faustschluss eine Erweiterung des SL-Intervalls. Auch könne beim Watson-Test in der lateralen Projektion der proximale Skaphoidpol über den distalen Radius subluxiert werden. Degenerative Gelenksveränderungen radiocarpal bestünden keine. Auf der *rechten* Seite finde sich eine leichte Druckdolenz dorsal über dem DRUG (Distales Radio-Ulnar-Gelenk). Das DRUG sei stabil und zeige keine vermehrte Translation nach dorsal oder palmar. Der Provokationstest für ein ulnokarpales Impaktationssyndrom sei negativ. Die Sensibilität sei in *beiden* Händen in den durch den Nervus medianus versorgten Fingern intakt. Es bestehe ein positives Tinel-Zeichen beim Beklopfen des Carpalkanals links. Auch zeige sich auf der linken Seite ein positiver Phalen-Test (S. 22 f.). Zur *Arbeitsfähigkeit* in der angepassten Tätigkeit als Projekt- und Bauleiter hielt die Gutachterin fest, dass eine solche nicht mehr möglich sei, da der Beschwerdeführer auf Gerüste klettere und dafür beide Hände benötige. Es bestehe auch eine Einschränkung, zumal schwere Gegenstände gehoben werden müssten. In einer angepassten Tätigkeit ohne starke Belastung des linken Handgelenks (Büroarbeiten) bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 84). Da eine volle Arbeitsfähigkeit mit der rechten Hand gegeben sei, seien keine weiteren Heilbehandlungen notwendig. Bezüglich des rechten Handgelenks sei der Abschluss der unfallmedizinischen Behandlung gegeben (S. 81). Zum linken Handgelenk hielt die Gutachterin folgende Prognose fest: Falls eine operative Versorgung im Sinne einer SL-Rekonstruktion stattfinde, so brauche es eine Rehabilitationsphase von 6 - 12 Monaten. Falls es zu keiner SL-Bandrekonstruktion komme, werde sich im Verlauf eine Radioscaphoidarthrose entwickeln, einhergehend mit starken Schmerzen (S. 84). Daher sei eine Operation zur Erhaltung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit in der angestammten oder in einer leidensangepassten Tätigkeit notwendig (S. 86).

**5.4.20** Dr. Gg. \_\_\_\_\_, RAD, gelangte in seinem im Rahmen des Beschwerdeverfahrens erstellten Bericht vom 20. Oktober 2020 zum Schluss, dass sich aus den medizinischen Akten für den vorliegend relevanten Zeitraum von März 2018 (Ablauf Wartejahr nach Handverletzung) bis Mai 2018 (Pensionierung) keine neuen Funktionseinschränkungen ergäben und weiterhin auf die im handchirurgischen Gutachten ermittelte Arbeitsfähigkeit abzustellen sei. Zwar sei kurz nach dem handchirurgischen Gutachten von

Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2018 anlässlich einer Konsultation (Verlaufsbericht vom 29. Januar 2019; IVB. \_\_\_\_\_-act. 231.96) erneut eine Indikation zum operativen Vorgehen betreffend die linke Hand gestellt worden, so dass man auch zum Begutachtungszeitpunkt allenfalls einen behandlungsbedürftigen und damit instabilen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers hätte einräumen können; entsprechend dem Resultat des Gutachtens habe dieser jedoch (trotz OP-Empfehlung) in angepasster Tätigkeit gleichwohl keine Einschränkung ergeben (Gutachten Ziff. 6.2: "In einer angepassten Tätigkeit ohne starke Belastung des linken Handgelenkes besteht eine volle Arbeitsfähigkeit"). In diesem Sinne greife auch der Vorwurf der Beschwerde zu kurz, man habe den Versicherten nicht umfassend genug abgeklärt.

## 6.

Aufgrund des Zeitablaufs zwischen der Anmeldung vom 22. Oktober 2003 bis zum Ergehen der Verfügungen am 12. Mai 2020 und den verschiedenen Unfällen erweist sich eine Prüfung des Rentenanspruchs in zeitlichen Abschnitten als angezeigt. In einem *ersten* Schritt wird die Zeitspanne ab Rückfall im November 2002 bis zur Bizepssehnenruptur im Jahr 2008 und der Knieoperation im Jahr 2013 zu würdigen sein. Hierbei ist zu prüfen, ob dem Beschwerdeführer für diesen Zeitraum zu Recht eine befristete ganze Rente vom 1. November 2008 bis 31. Oktober 2009 und vom 1. September 2013 bis zum 28. Februar 2014 zugesprochen worden ist (s. E. 6.1 hier-nach). In einem *zweiten* Schritt ist zu prüfen, ob der Treppensturz am 15. September 2016 und der Unfall am 10. März 2017 einen neuen Gesundheitsschaden beim Beschwerdeführer herbeigeführt haben, der von der Vorinstanz als nicht anspruchrelevant beurteilt wurde (s. E. 6.2 hier-nach).

### 6.1

**6.1.1** Nach dem «Rückfall» am linken Knie am 4. November 2002 war - nach zuvor langjähriger uneingeschränkter Arbeitstätigkeit des Beschwerdeführers - erneut eine einjährige Wartefrist (vgl. E. 4.7) zu beachten. Bereits vor Ablauf dieser Wartefrist beurteilte der Kreisarzt der Unfallversicherung C. \_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer in angepasster Tätigkeit als uneingeschränkt arbeitsfähig (Bericht vom 14. Juli 2003 [E. 5.4.1]). Mit Bericht vom 25. Oktober 2004 bestätigte derselbe Arzt ergänzend vorübergehende Arbeitsunfähigkeiten vom 8. bis 24. Oktober 2004 und vom 10. Dezember 2004 bis 2 Wochen nach dem 25. Januar 2005 (E. 5.4.1). Im BEFAS-Bericht vom 6. Juni 2005 erachteten die Beurteilenden den Beschwerdeführer

ebenfalls als uneingeschränkt arbeitsfähig in angepasster Tätigkeit (E. 5.4.2). Der Unfallversicherung-C.\_\_\_\_\_-Kreisarzt bestätigte mit Bericht vom 11. August 2005 seine bisherige Einschätzung (E. 5.4.3). Für den nachfolgenden Zeitraum wurde von den behandelnden Ärzten eine gleichbleibende Situation beschrieben und der Beschwerdeführer von der IV umgeschult (E. 5.4.4). Eine rentenrelevante Einschränkung war – unter Berücksichtigung des Einkommensvergleichs – für den Zeitraum ab November 2003 (Ablauf Wartefrist) bis zum Unfall am 15. August 2008 zu verneinen.

**6.1.2** Für die Zusprache einer befristeten ganzen Rente ab dem 1. November 2008 (drei Monate nach Bizepssehnenruptur am 15.8.2008) bis zum 31. Oktober 2009 stützte sich die Vorinstanz im Wesentlichen auf das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte rheumatologische Gutachten vom 8. März 2011 sowie das neurologische Gutachten vom 14. März 2011 (IVB.\_\_\_\_\_-act. 144 f.; s. E. 5.4.9 f.). Letzteres stellt in Bezug auf das linke Kniegelenk fest, dass aus rein neurologischer Sicht keine Einschränkungen bestehen würden und entsprechend die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt sei (IVB.\_\_\_\_\_-act. 144 S. 12). Demgegenüber gehen aus dem rheumatologischen Gutachten aufgrund der Gonarthrose/Pangonarthrose am linken Knie Einschränkungen hervor, die dazu führten, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als selbständiger Bauleiter, der fertigestellte Häuser inspiziere und dabei nicht auf Leitern/Gerüsten klettern sowie auf unebenem Boden gehen müsse, zu 20% eingeschränkt sei. In einer Verweistätigkeit (Bürotätigkeit) sei ihm ein 100%-iges Pensum zumutbar, wobei er wegen des rechten Ellenbogens nicht repetitiv über 2 kg, vereinzelt bis 5 kg, heben, stossen oder ziehen könne. Dies gelte bezüglich Kniegelenk seit Jahren (mit einer Einschränkung von je sechs Wochen nach arthroskopischem Eingriff). Bezüglich des rechten Ellenbogens lägen gemäss Z.\_\_\_\_\_-Unfallschein folgende vorübergehende Arbeitsunfähigkeiten (auch in angepasster Tätigkeit) vor: 100% ab 15. August 2008, 50% ab 26. Januar 2009, 100% ab 19. Februar 2009, 50% ab 1. Juni 2009. Ab Dezember 2009 liege eine Arbeitsunfähigkeit von 25% vor. In Abweichung dazu gehe der Gutachter davon aus, dass das Verweisprofil bezüglich Ellenbogen seit Ende Oktober 2009 (orientierend am letzten Eintrag des Unfallscheins der Z.\_\_\_\_\_- vom 27.10.2009) Gültigkeit habe (IVB.\_\_\_\_\_-act. 144 S. 30 f.). Zu ergänzen ist, dass mit der Refixation der distalen Bizepssehne (Oberarm) rechts am 17. September 2008 keine neue Wartefrist nach Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG zu bestehen war, da gemäss Kreisarzt der Unfallversicherung C.\_\_\_\_\_- am 20. Au-

gust 2008 hinsichtlich der Kniesituation eine insgesamt unveränderte Situation seit November 2003 bestand (Bericht vom 20. August 2008; IVB. \_\_\_\_\_-act. 117 S. 2 f. und 5), der rheumatologische Gutachter Dr. W. \_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Bauleiter krankheitsbedingt, infolge vermehrten Pausenbedarfs respektive Einschränkungen durch die Gonarthrose, als zu 50% eingeschränkt erachtete (vgl. obgenanntes Gutachten vom 8. März 2011; IVB. \_\_\_\_\_-act. 144 S. 27, 30), die Vorinstanz in der Begründung der angefochtenen Verfügung ausführte, «Sie sind seit November 2002 ununterbrochen, jedoch in unterschiedlichem Ausmass arbeits- und erwerbsunfähig» und den ersten (von fünf) Einkommensvergleich für eine angepasste Tätigkeit für den Zeitraum von *November 2003 bis und mit Juli 2008* vornahm (IVB. \_\_\_\_\_-act. 239 S. 3) und das Bundesgericht bei einer länger als ein Jahr dauernden und weiterhin anhaltenden Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit *von ausreichender Ausprägung* das Bestehen einer neuen einjährigen Wartefrist ausschliesst (vgl. Urteile des BGer 9C\_412/2017 vom 5. Oktober 2017 E. 4.3; 9C\_878/2017 vom 19. Februar 2018 E. 5.3 m.w.H.; vgl. auch Urteil des BVGer C-2463/2021 vom 15. März 2022 E. 5.3 und Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], Rz. 2010.1 und 2015 [gültig ab 1.1.2018]). Weiter ist zu beachten, dass der Beschwerdeführer seit Juli 2009 bis zum Begutachtungszeitpunkt bereits wieder vollzeitlich als Bauleiter tätig war (IVB. \_\_\_\_\_-act. 144 S. 21 und 27) und das Abstellen der Vorinstanz auf Ende Oktober 2009 als Zeitpunkt der zu berücksichtigenden Verbesserung (ohne Einräumung einer Wartedauer von drei Monaten, vgl. Art. 88a Abs. 1 Satz 1 IVV) mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu bestätigen ist (vgl. Urteil des BGer 8C\_285/2020 vom 15. September 2020 E. 5.1, 2. Abschnitt).

**6.1.3** Ergänzend stützte sich die Vorinstanz auf die Beurteilungen des RAD vom 10. August 2011 (Dr. V. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädie) und 22. September 2014 (Dr. Bb. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie) (IVB. \_\_\_\_\_-act. 146; 182; s. E. 5.4.11 und 5.4.13). Die beiden Ärzte führten zur Arbeitsfähigkeit in Übernahme und Ergänzung der Gutachten und bis zum Zeitraum Ende 2013 aus, in der *angestammten* Tätigkeit als Bauaufsicht/Bauleiter sei der Beschwerdeführer vom 1. August bis 16. September 2008 zu 50% arbeitsfähig, vom 17. September bis 16. Dezember 2008 zu 0% arbeitsunfähig (recte: arbeitsfähig; Anmerkung Gericht: Fixation distale Bizepssehne rechts am 17. September 2008, Rekonvaleszenz während drei Monaten), vom 17. Dezember 2008 bis 26. April 2009 wiederum zu 50% arbeitsfähig, vom 27. April bis 26. Juli 2009 zu 0% arbeitsfähig (Operation und drei Monate Rekonvaleszenz), danach bis 17. April 2013

zu 50% arbeitsfähig, vom 18. April bis 16. Dezember 2013 zu 0% arbeitsfähig (OP Knie totalprothese und Rekonvaleszenz) und seit 17. Dezember 2013 wieder zu 100% arbeitsfähig gewesen. In einer *angepassten* Tätigkeit – unter Berücksichtigung des linken Knies und des rechten Ellenbogens d.h. ohne Knien, Kauern, Steigen auf Leitern und Gerüste sowie ohne repetitives Heben des rechten Armes über 2 kg, vereinzelt bis 5 kg – sei eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit seit März 2011 (Gutachten W. \_\_\_\_\_) bis 17. April 2013 (recte: 9. April 2013), eine volle Arbeitsunfähigkeit von diesem Zeitpunkt an (OP Knie totalprothese) bis 15. Dezember 2013 und eine volle Arbeitsfähigkeit ab 16. Dezember 2013 (Arztbericht Dr. Kk. \_\_\_\_\_, Klinik P. \_\_\_\_\_, (...), in welchem festgestellt wurde, die präoperativ bestehenden Schmerzen seien gänzlich verschwunden, bei Wetterwechsel bestünden noch leichte Schmerzen, die Behandlung werde damit abgeschlossen bis zur 1-Jahres-Verlaufskontrolle [IVB. \_\_\_\_\_-act. 179]) gegeben. Zum einen weist das bidisziplinäre Gutachten die formellen Anforderungen an ein Gutachten auf und ist in seinen Schlüssen widerspruchsfrei und überzeugend. Die Stellungnahmen des RAD bestätigen ihrerseits die gutachterlichen Würdigungen und setzen sich detailliert mit den einzelnen Ereignissen, ihren gesundheitlichen Folgen und den damit verbundenen Einschränkungen auseinander. Ihnen kommt daher volle Beweiskraft zu (s. E. 4.10.2 hiervor).

**6.1.4** Es bleibt zu ergänzen, dass nach dem Zeitpunkt des 16. Dezember 2013 aus den medizinischen Akten keine Hinweise auf eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit infolge Erkrankung oder Unfall zu entnehmen sind: Gemäss Stellungnahme von Dr. B.b. \_\_\_\_\_ des RAD vom 22. September 2014 (IVB. \_\_\_\_\_-act. 182) bestand zwar in der Tätigkeit als Bauaufsicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50% von Januar bis April 2014 (danach eine solche von 0%), jedoch ergänzte Dr. Bb. \_\_\_\_\_ des RAD diese Beurteilung am 10. März 2015 mit dem Hinweis, dass eine den Leiden am linken Knie und rechten Ellenbogen angepasste Tätigkeit (d.h. ohne Knien, Kauern, Leitern-/Gerüste Steigen, sowie kein repetitives Heben mit dem rechten Arm über 2 kg, vereinzelt auch mal Gewichte bis 5 kg möglich) ab 16. Dezember 2013 (recte: 17. Dezember 2013) ganztags ausgeübt werden können (IVB. \_\_\_\_\_-act. 186). Die Folgen der operativen Bizepssehnen-Rekonstruktion am rechten Arm am 27. November 2014 (IVB. \_\_\_\_\_-act. 197 S. 119/196) hat er insoweit berücksichtigt, als er bezüglich des rechten Arms – nach abgeschlossener Rehabilitation – die obgenannten funktionellen Einschränkungen bezüglich des Gebrauchs des rechten Arms in angepasster Tätigkeit anerkannte. Zudem hat der Beschwerdeführer bereits im Mai 2015 seine bisherige Tätigkeit als Bauleiter

wieder aufgenommen und diese bis zum Treppensturz im September 2016 ausgeübt, womit für den hier interessierenden Zeitraum zum einen keine längerdauernde Einschränkung i.S.v. Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG und auch keine rentenrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden hat.

**6.1.5** Ergänzend dazu ist dem für die Unfallversicherung erstellten polydisziplinären Gutachten des Zentrums Cc. \_\_\_\_\_ vom 20. Oktober 2016 nach eingehenden Untersuchungen vom 2. bis 8. September 2016 (d.h. eine Woche vor dem Treppensturz am 15. September 2016) zu entnehmen, in psychiatrischer Hinsicht lägen keine Beschwerden vor, ebensowenig im Fachbereich Innere Medizin. Hinsichtlich des rechten Armes finde sich heute eine freie Beweglichkeit bezüglich Flexion/Extension, bei nur diskreter Einschränkung der Supination. Die vorbestehenden Schmerzen seien verschwunden, es beständen noch eine erhöhte Ermüdbarkeit und ein Kraftverlust beim Heben schwerer Lasten. Auch würden bei feinmotorischen Tätigkeiten (Zeichnen, längeres Schreiben, PC-Arbeit) noch Gefühlsstörungen und Verkrampfungen im Handbereich auftreten. Resultierende Funktionsstörungen seien: Minderbelastbarkeit beim Heben schwerer Lasten, leicht gestörte Feinmotorik beim Schreiben und bei PC-Arbeit. Zur Arbeitsfähigkeit hielten sie fest, der Endzustand sei am 20. (recte: 19.) Mai 2015 erreicht worden; der Versicherte habe damals seine Tätigkeit als Bauleiter an viereinhalb Tagen pro Woche wieder aufgenommen; gleichzeitig berichte er aber, er arbeite mehr als 42 Stunden pro Woche. Er habe ausgeführt, noch auf Pausen angewiesen zu sein, die er aber gut einlegen könne, da er als Selbständigerwerbender im Wesentlichen seine Arbeit selber einteilen könne. Somit sei im ursprünglichen Beruf als Bauführer von einer Arbeitsfähigkeit von 100%, mit der Möglichkeit, vermehrte Pausen einzulegen, auszugehen (IVB. \_\_\_\_\_-act. 200 S. 31 ff.).

**6.1.6** Ergänzend hielt Dr. med. Gg. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, des RAD in seinem Bericht vom 6. April 2018 fest, dass sich aus dem Gutachten vom 20. Oktober 2016 keine wegweisenden neuen Befunde oder Eckdaten ergeben würden. Insbesondere sei die eingeschränkte Knie- und Arm-/Handfunktion aus Sicht des RAD bereits hinlänglich ausgewertet und die Arbeitsfähigkeit wie auch deren Verlauf entsprechend beurteilt worden. Die RAD-Beurteilung schliesse punkto Arbeitsfähigkeit und deren Verlauf neben der selektiv auf das Ereignis vom 15. August 2008 (Bizepssehnenruptur rechts) bezogenen, eingeschränkten Funktion des rechten Armes auch die unfallkausale Funktionseinschränkung des linken Kniegelenkes mit ein. Vom RAD werde der Beginn der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit

als Bauführer nicht nur bezüglich des Armes, sondern auch im Hinblick auf die Knieproblematik beurteilt und anhand der medizinischen Verlaufsbeurteilung den Beginn der vollen Arbeitsfähigkeit auf den 17. Dezember 2013 (Abschluss der postoperativen Reha) terminiert. Ergänzend zu berücksichtigen seien nach dem erneuten Eingriff am rechten Arm vom 27. November 2014 noch weitere, rein therapeutisch bedingte Arbeitsunfähigkeitsintervalle: eine Arbeitsunfähigkeit von 100% ab dem 27. November 2014, dauernd bis 29. März 2015, dann bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50% vom 30. März 2015 bis zum Beginn der vollen Wiederaufnahme der Tätigkeit am 20. Mai 2015 (laut Eintrag der Klinik P. \_\_\_\_\_: vom 19. Mai 2015). Dazu führt er aus, dass das Zentrum-Cc. \_\_\_\_\_-Gutachten den Beginn der vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erst ab April 2015 datiere. Dies orientiere sich wahrscheinlich daran, dass der Versicherte seine angestammte Tätigkeit erst ab diesem Datum wieder voll aufgenommen habe. Ein direkter Widerspruch zur RAD-Beurteilung lasse sich daraus aber nicht ableiten, denn für den vom Unfallversicherer (G. \_\_\_\_\_) bestimmten, o.a. Zeitraum sei wegen der Armproblematik auch keine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. So habe ab dem Zeitpunkt der abgeschlossenen Rehabilitation nach Knie-TP Ende 2013 bis zum erneuten OP-Zeitpunkt am 24. November 2014 eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestanden, die in der Folge behandlungsbedingt bis Ende März 2015 unterbrochen gewesen sei. Damit habe nach der Knie-TP Rehabilitation Ende 2013 bis zum Operationszeitpunkt am 24. November 2014 eine volle Arbeitsfähigkeit und danach – behandlungsbedingt – bis Ende März 2015 eine befristete Arbeitsunfähigkeit von 100% vorgelegen (IVB. \_\_\_\_\_-act. 209 S. 6).

**6.1.7** Mit RAD-Bericht vom 16. April 2018 ergänzte Dr. med. Gg. \_\_\_\_\_ seine Beurteilung hinsichtlich der unfallfremden Coxarthrose; dies mit überzeugender Begründung: Die Coxarthrose habe keinen Einfluss auf die bereits beurteilte Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit sowie in der medizinisch-theoretisch angepassten Tätigkeit gehabt. Zwar werde im Unfallversicherung-C. \_\_\_\_\_-Kreisbericht vom 11. August 2005 auf Seite 1 eine beidseitige Coxarthrose erwähnt, jedoch sei eine Hüftgelenksproblematik in der Folge offensichtlich kein erwähnenswerter Beschwerdekomples mehr gewesen, zumal sie weder in den nachfolgenden Berichten noch in der aktuellen Beschwerdeschilderung des orthopädischen Teilgutachtens des Zentrums Cc. \_\_\_\_\_ vom 20. Oktober 2016 (vgl. E. 5.4.15) erwähnt werde. Gemessen am Beschwerdeniveau und unter Einbezug des täglichen Funktionsprofils des Beschwerdeführers spiele eine Coxarthrose

offensichtlich keine Rolle, sondern der Beschwerdeführer sei gemäss plausibler gutachterlicher Würdigung in seiner angestammten Tätigkeit als Bauführer wieder als unlimitiert arbeitsfähig einzustufen (IVB.\_\_\_\_\_act. 211).

## 6.2

**6.2.1** Für den Zeitraum ab 15. September 2016 (Treppensturz, bei welchem der Beschwerdeführer sich am rechten und linken Schienbein verletzte und eine Ellenbogenkontusion links mit Ulnarisproblematik erlitt) bis anfangs März 2017 (vor Unfall rechtes Handgelenk) stellte die Vorinstanz gemäss RAD-Bericht vom 20. Oktober 2020 (IVB.\_\_\_\_\_act. 245 S. 3) auf das orthopädische Gutachten vom 18. Dezember 2018 von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Oberärztin FMH Handchirurgie, Klinik F.\_\_\_\_\_, ab (s. E. 5.4.19 hiavor).

**6.2.2** Im oben erwähnten Gutachten führte Dr. E.\_\_\_\_\_ aus, es zeigten sich vier Problematiken: Zum ersten liege eine distale Bizepssehnen-Ruptur rechts seit 2008 vor, die letztmalig 2014 operiert worden sei. Seit Mai 2015 sei der Explorand wieder voll arbeitsfähig gewesen. Zum zweiten sei eine Ellbogenkontusion links mit Ulnarisproblematik nach Treppensturz am 15. September 2016 zu würdigen. Diesbezüglich sei der Explorand absolut beschwerdefrei und habe seine Arbeit ab dem 1. Januar 2017 wieder vollumfänglich aufnehmen können. Zum dritten habe der Explorand am 10. März 2017 einen weiteren Unfall erlitten, mit Sturz von einem Bürostuhl initial auf das rechte Handgelenk, danach mit Kontusion des linken Handgelenks/Daumen am Stuhl und anschliessendem Sturz auf das linke Handgelenk. Der Sturz habe eine foveale TFCC-Läsion am rechten Handgelenk zur Folge gehabt, welche offen mittels Pushlock-Anker am 4. Mai 2017 refixiert worden sei. Mit dem rechten Handgelenk sei der Explorand sehr zufrieden und absolut beschwerdefrei. Zum vierten sei im weiteren Verlauf der Behandlung nach Unfall (vom 10. März 2017) eine SL-Bandläsion links diagnostiziert worden, welche auf das letzte Unfallereignis zurückzuführen sei. Da es noch zu keinen degenerativen Veränderungen gekommen sei, könne die SL-Bandruptur nicht mehrere Jahre zurückliegen, ansonsten bereits ein SLAC-Wrist (scapholunate advanced collapse) radiologisch ersichtlich wäre. Auch habe die Bildverstärkerverwandlung dynamisch den erweiterten SL-Abstand darstellen können. Zudem beständen keine Anzeichen für eine Chondrokalzinose. Deshalb liege hier eine *posttraumatische* SL-Bandruptur links vor. Zur Arbeitsfähigkeit hielt er fest, der Beschwerdeführer sei nach dem Unfallereignis vom 15. September 2016 bis zum 31.

Dezember 2016 arbeitsunfähig geschrieben worden. Seither bestehe aufgrund des Ellbogens links eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit. Es brauche aufgrund der Ellbogenkontusion links keine angepasste Tätigkeit. Der Explorand habe die Arbeit als Projekt- und Bauleiter ab dem 1. Januar 2017 zu 100% wiederaufgenommen. Er sei seit dem 1. Januar 2017 absolut beschwerdefrei. Zum Unfall vom 10. März 2017 führte der Gutachter weiter aus, das Handgelenk rechts sei mit Arthroskopie behandelt und mit Reinsertion des fovealen Ansatzes im TFCC behandelt worden. Hier sei der Beschwerdeführer absolut beschwerdefrei. Die linke Seite sei dann im Anschluss behandelt und eine SL-Bandläsion diagnostiziert worden. Da leide der Explorand immer noch unter starken Beschwerden im Bereich des dorsalen Handgelenkes. Auch schmerzhaft sei die Rizarthrose auf der linken Seite. Die Kribbelparästhesien in den vom Nervus medianus versorgten Fingern würden nur intermittierend auftreten. Eine SL-Rekonstruktion bei guten Knorpelverhältnissen sollte zeitnah erfolgen, da sich bei längerem Warten die Knorpelsituation radioscapoidal und im Verlauf verschlechtere und somit nur noch eine Rückzugsoperation im Sinne einer Entfernung der proximalen Handwurzelreihe oder aber eine Skaphoidexzision und midkarpale Versteifung (4-cornerfusion) in Frage komme. Der Explorand sei zu 100% arbeitsunfähig für belastende Tätigkeiten der linken Hand; Büroarbeiten (hingegen) seien zu 100% durchführbar. Eine Arbeit als Projekt- und Bauleiter sei wegen der linken Hand nicht möglich, da Masse genommen sowie schwere Gegenstände gehoben werden müssten. Der Explorand klettere auf Gerüste und müsse sich dafür mit beiden Händen festhalten. In einer angepassten Tätigkeit ohne starke Belastung des linken Handgelenkes bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit.

**6.2.3** Da dieses Gutachten im Auftrag der Unfallversicherung erstellt wurde, ist vorab zu prüfen, ob sich Dr. Gg. \_\_\_\_\_ des RAD in seinem Bericht vom 20. Oktober 2020 (IVB. \_\_\_\_\_-act. 245 S. 3) zu Recht auf die unfallrechtliche Einschätzung abgestützt hat.

Dr. E. \_\_\_\_\_ stellt in ihrem handchirurgischen Gutachten zum Untersuchungszeitpunkt am 12. November 2018 fest, dass der Status quo ante (Stand vor dem infrage kommenden Tatbestand oder Ereignis) erreicht sei und der Beschwerdeführer in der Tat am 1. Januar 2017 seine angestammte Tätigkeit als Projekt- und Bauleiter wiederaufgenommen habe. Er sei nach dem Unfall vom 15. September 2016 bis zum 31. Dezember 2016 für belastende Tätigkeiten der linken Hand voll arbeitsunfähig gewesen, Büroarbeiten seien jedoch zu 100% möglich gewesen (IVB. \_\_\_\_\_-act. 231.78 S. 21). Auch sei nicht zu erkennen, dass andere Krankheiten oder

krankhafte Vorzustände oder Folgen früherer Unfälle mitgewirkt hätten (Gutachten Ziff. 7.4). Das MRI vom 11. Oktober 2016 zeige eine regelrechte Darstellung des Gelenkknorpels im Ellbogen, ohne auffällige degenerative Veränderungen, auch hätten keine auffälligen Verkalkungen abgegrenzt werden können.

Dr. Gg. \_\_\_\_\_ würdigt den im Gutachten vom 18. Dezember 2018 umschriebenen medizinischen Sachverhalt aus IV-rechtlicher Perspektive in seiner Stellungnahme vom 20. Oktober 2020 wie folgt (IVB. \_\_\_\_\_-act. 245 S. 4): Zwar sei kurz nach dem Gutachten anlässlich einer Konsultation (Verlaufsbericht vom 29. Januar 2019) erneut eine Indikation zum operativen Vorgehen betreffend die linke Hand gestellt worden, so dass man auch zum Begutachtungszeitpunkt allenfalls einen behandlungsbedürftigen und damit instabilen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers einräumen könnte. Dieser habe jedoch entsprechend dem Resultat des handchirurgischen Gutachtens in angepasster Tätigkeit gleichwohl keine Einschränkung ergeben, wobei die Behandlungsbedürftigkeit jedoch berücksichtigt und in diesem Sinne auch eine entsprechende Bandrekonstruktion (SL-Band) empfohlen worden sei (IVB. \_\_\_\_\_-act. 231 S. 58 [S. 26 des Gutachtens]).

**6.2.4** Diese Würdigung ist begründet und einleuchtend. Damit ist mit Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Oberärztin FMH Handchirurgie, wie auch mit Dr. med. Gg. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ab dem 1. Januar 2017 bis zum Eintritt ins Rentenalter (Mai 2018) von einer vollen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen. Dass dieser nach dem Sturz im Treppenhaus am 15. September 2016 bis zum 31. Dezember als Rechtshänder (vgl. dazu IVB. \_\_\_\_\_-act. 144 S. 29) Büroarbeiten erledigen konnte, erscheint nachvollziehbar, zumal nach dem Sturz bis zur faktischen Arbeitsaufnahme am 1. Januar 2017 nur für schwere Arbeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit bestand. Mit Blick auf die Tatsache, dass der Beschwerdeführer seit 1. Januar 2017 wieder in seiner angestammten Tätigkeit als Projekt- und Bauleiter tätig war, überzeugt die im Gutachten ermittelte Arbeitsfähigkeit auch aus IV-rechtlicher Sicht. Damit bleibt festzuhalten, dass der Beschwerdeführer – trotz Treppensturz am 15. September 2016 und weiterem Unfall am 10. März 2017 – in der Periode bis zum 1. Januar 2017 und auch danach in einer Verweistätigkeit im Sinne von Büroarbeiten voll arbeitsfähig war. Eine rentenrelevante gesundheitliche Verschlechterung ist damit nicht zu erkennen.

**6.3** Insgesamt erweist sich der medizinische Sachverhalt als rechtsgenügend abgeklärt. Ein willkürliches Vorgehen, wie vom Beschwerdeführer gerügt, ist offensichtlich nicht zu erkennen (B-act. 1 Rz. 7). Deshalb ist in antizipierter Beweismündigung (vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3) festzuhalten, dass weitere Abklärungen nicht zu einem anderen Schluss führen könnten. Eine Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit zu 100% ist lediglich für den Zeitraum der Bizepssehnenruptur und dessen Heilung nach der Refixation, d.h. ab August 2008 bis zum 31. Oktober 2009, und nach der Operation des linken Kniegelenkes bis zur abgeschlossenen Rehabilitation, d.h. ab April bis Ende Dezember 2013, erstellt. Weitere kürzere Arbeitsunfähigkeitsperioden erfüllen die Voraussetzungen von Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG nicht.

**6.4** Es bleibt, auf einzelne Rügen des Beschwerdeführers einzugehen:

**6.4.1** Der Beschwerdeführer rügt replikweise, der Abschluss der unfallmedizinischen Behandlung sei noch nicht erreicht, respektive gestützt auf das orthopädische Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Oberärztin FMH Handchirurgie, Klinik F. \_\_\_\_\_, vom 18. Dezember 2018 müsse zuerst die operative Versorgung des linken Handgelenks durchgeführt werden (B-act. 13 Rz. 2).

Dem handchirurgischen Gutachten ist zu entnehmen, dass in einer angepassten Tätigkeit (Büroarbeiten) eine volle Arbeitsfähigkeit mit der rechten Hand gegeben sei und keine weiteren Heilbehandlungen notwendig seien. Zudem merkte die Gutachterin an, dass in Bezug auf das linke Handgelenk die Prognose einer behandelten SL-Bandruptur mässig sei; meist müsse mit einer Bewegungseinschränkung gerechnet werden (IVB. \_\_\_\_\_-act. 231 S. 86). Konnte damit nicht auf eine zu erwartende namhafte Besserung des Gesundheitszustands geschlossen werden, durfte auch davon ausgegangen werden, der Endzustand im Zeitpunkt der Leistungseinstellung sei erreicht gewesen (vgl. dazu die Urteile des BGer 8C\_142/2017 vom 7. September 2017 E. 5.2.1 m.w.H.; 8C\_58/2010 vom 28. Juni 2010 E. 2.2). Damit erweist sich der Fallabschluss und die anschliessende Rentenprüfung aus IV-rechtlicher Sicht als rechters.

**6.4.2** Weiter rügt der Beschwerdeführer, dass der Beschwerdeführer nach den Unfällen nie mehr einen stabilen Gesundheitszustand erreicht habe und bei der Beurteilung des Rentenanspruches deshalb nicht auf Verweistätigkeiten abgestellt werden dürfe. Als Invalideneinkommen sei deshalb immer die angestammte Tätigkeit als Grafiker einzusetzen, in der er

aber vollständig arbeitsunfähig gewesen sei (B-act. 1 Rz. 6; B-act. 13 Ziff. 1).

Gemäss ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung muss sich der Versicherte in Nachachtung der ihm obliegenden Schadenminderungslast (vgl. hierzu BGE 130 V 97 E. 3.2; 129 V 460 E. 4.2, je mit Hinweisen; Urteil 9C\_117/2020 vom 3. Juni 2020 E. 5.4) diejenige Tätigkeit anrechnen lassen, bei der der geringste Invaliditätsgrad resultiert (Urteil 9C\_672/2019 vom 12. August 2020 E. 7.2.2). Wie oben dargelegt, wurde dem Beschwerdeführer – mit Ausnahme im Zeitraum der Rentengewährung – gutachterlich eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit attestiert; darauf ist abzustellen. Vorliegend verfügt der Beschwerdeführer zudem, zusätzlich zu seiner Berufserfahrung als Graphiker, über ein Bürofachdiplom der Schule LI. \_\_\_\_\_ von 2007 (IVB. \_\_\_\_\_-act. 93). Später versuchte der Beschwerdeführer im Rahmen der beruflichen Massnahmen zweimal erfolglos, zusätzlich das Handelsdiplom VSH zu erlangen; trotz fehlendem Abschluss hat er mit Absolvieren des Lehrgangs zusätzliche Kenntnisse für eine Bürotätigkeit erworben (IVB. \_\_\_\_\_-act. 118; 173 S. 8). Bei dieser Sachlage ist es ihm zumutbar, aufgrund des erworbenen Fachwissens in Verbindung mit seinen reichen beruflichen Vorkenntnissen, in einer an seine Leiden angepassten Bürotätigkeit zu arbeiten (vgl. auch IVB. \_\_\_\_\_-act. 118).

**6.4.3** Mit Blick auf die angestammte Tätigkeit (und die Forderung des Beschwerdeführers, es sei die Tätigkeit als Grafiker zu berücksichtigen) ist ergänzend Folgendes festzuhalten: Bereits in den Jahren 1982 und 1983 war der Beschwerdeführer als Bauleiter in der Architekturabteilung, Mm. \_\_\_\_\_, tätig. Von 1984 bis 1986 arbeitete er als angestellter Architekt und Projektleiter in einem Architekturbüro (IVB. \_\_\_\_\_-act. 144 S. 20). Gemäss Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende vom 10. Oktober 2013 ging er seit dem Jahr 1998 einer selbständigen Erwerbstätigkeit nach (IVB. \_\_\_\_\_-act. 173 S. 4). Nachdem die Nn. \_\_\_\_\_ GmbH, deren Gesellschafter der Beschwerdeführer war, im Jahr 2011 liquidiert wurde (IVB. \_\_\_\_\_-act. 155 S. 1), arbeitete er als Bauleiter in der Y. \_\_\_\_\_ GmbH (IVB. \_\_\_\_\_-act. 153; 154). Diese Tätigkeit nahm er im Jahr 2015 wieder auf und ging dieser bis im Jahre 2017 nach (IVB. \_\_\_\_\_-act. 209 S. 6; 231.58 S. 76). Im Lichte der Erwerbsbiographie des Beschwerdeführers und der zuletzt ausgeübten Tätigkeit ist für die angestammte Tätigkeit daher auf die Tätigkeit als Bauleiter und nicht als Graphiker abzustellen.

Ergänzend kann festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer laut LinkedIn seit dem *Jahr 1984 bis heute* Dienstleistungen als Projekt- und Bauleiter Managementberatung, Projektmanagement, Immobilien, Gewerbeimmobilien, Immobilienbewertung, Innenarchitektur & Raumgestaltung und Wohngebäudeversicherungen anbietet (<https://ch.linkedin.com>, abgerufen am 26. September 2022).

## 7.

Es bleibt die Ermittlung des Invaliditätsgrades zu überprüfen.

### 7.1

**7.1.1** 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).

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; Urteil des BGer 8C\_61 vom 23. März 2018 E. 6.1). Für die Bemessung der Invalidität einer im Ausland wohnhaften versicherten Person sind Validen- und Invalideneinkommen grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2; Urteil des BGer 8C\_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.1).

**7.1.2** Für die Ermittlung des *Valideneinkommens* ist nach der Rechtsprechung 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. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 134 V 322 E. 4.1; Urteil des BGer 8C\_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 3.1). Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Dabei kann das Einkommen von Selbstständigerwerbenden angesichts der in Art. 25 Abs. 1 IVV vorgeschriebenen Parallelisierung der IV-rechtlich massgebenden hypothetischen Vergleichseinkommen mit den AHV-rechtlich beitragspflichtigen Einkommen grundsätzlich aufgrund der IK-Einträge bestimmt werden. Weist das erzielte Einkommen starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen auf, ist dabei auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen. Der versicherten Person als auch der IV-Stelle steht jedoch der Gegenbeweis offen, dass das tatsächlich erzielte (beitragspflichtige) Einkommen höher oder tiefer ist als die verabgabten IK-Einkünfte (Urteil des BGer 9C\_771/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.6.1 mit Hinweisen).

Lässt sich das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht konkret ermitteln oder ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Urteil des BGer 8C\_934/2015 vom 9. Mai 2016 E. 2.2; Urteil des BGer 8C\_379/2017 vom 8. September 2017 E. 3.2.1). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b bb). 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).

**7.1.3** Für die Festsetzung des *Invalideneinkommens* ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches, tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können auch beim Invalideneinkommen insbesondere Tabellenlöhne gemäss LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C\_422/2017 vom 17. Mai 2017 E. 4.1), wobei grundsätzlich immer die aktuellsten statistischen Daten zu verwenden sind (BGE 143 V 295 E. 2.3).

## 7.2

**7.2.1** Die Vorinstanz berechnete gestützt auf einen Einkommensvergleich ("Einkommensvergleich 2003") einen Invaliditätsgrad von rund 19% im November 2003 (IVB. \_\_\_\_\_-act. 239). Dabei ging sie von einem *Valideneinkommen* von Fr. 71'692 aus. Quelle für diesen Betrag sei der «Abklärungsbericht Selbständigerwerbende» vom 10. Oktober 2013 (IVB. \_\_\_\_\_-act. 173), in welchem der Durchschnitt der Einkommen von 1999 bis 2001 ermittelt wurde ("gemäss IK: 1999, Fr. 75'516; 2000, Fr. 69'000; 2001, Fr. 61'200"), jedoch zuzüglich Teuerung im Jahr 2003. Dieses Vorgehen ist bei schwankenden Einkommen (die nach 2001 erzielten Einkommen liegen gemäss IK-Auszug – mit Ausnahme von 2010 – deutlich unter diesen Beträgen) nicht zu kritisieren (s. E. 7.1.2). Jedoch ist die Berechnung der Vorinstanz mangels Angabe des Teuerungsfaktors und der konkreten Berechnung nicht nachzuvollziehen.

Werden die jeweiligen Einkommen, unter Berücksichtigung der Entwicklung der Nominallohne gemäss Statistik des BFS auf das Jahr 2003 indiziert, ergibt sich folgendes (hier zu berücksichtigendes) *Valideneinkommen*: Fr. 80'577.84 (Fr. 75'516 [Lohn 1999] / 1835 [Index für das Jahr 1999] x 1958 [Index für das Jahr 2003]) + Fr. 72'792.03 (Fr. 69'000 [Lohn 2000] / 1856 [Jahr 2000] x 1958 [Jahr 2003]) + Fr. 63'001.89 (Fr. 61'200 [Lohn 2001] / 1902 [Jahr 2001] x 1958 [Jahr 2003]) / 3 (Durchschnitt für 1 Jahr),

ergebend Fr. 72'123.92, gerundet Fr. 72'124. Für die Berechnung des *Invalideinkommens* stellte die Vorinstanz auf die Schweizerische Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) des Jahres 2002, Tabelle TA1, Total Männer, Anforderungsniveau 4 ("Einfach und repetitive Tätigkeiten"), 40 Stundenwoche, ab. Das durchschnittliche statistische Einkommen beträgt, unter Berücksichtigung der branchenüblichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden und einer Nominallohnentwicklung (von 2002 bis 2003), gerundet Fr. 4'812 (Fr. 4'557 / 40 x 41.7 / 1'933 [Jahr 2002] x 1'958 [Jahr 2003]). Ausgehend von der 100%-igen Arbeitsfähigkeit in einer Hilfstätigkeit mit Trage- und Hebelimit von 2 kg ergibt sich ein (Jahres-) Invalideinkommen von Fr. 57'745. Einen Leidensabzug gewährte die Vorinstanz nicht mit der Begründung, mit dem Anforderungsniveau seien die (damaligen) leidensbedingten Einschränkungen bereits berücksichtigt worden und die übrigen einkommensbeeinflussenden Merkmale seien beim Beschwerdeführer nicht vorhanden. Aus der Gegenüberstellung von Invalidenlohn und Valideneinkommen resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 14'379 (Fr. 72'124 - Fr. 57'745), was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 19.94% (Fr. 14'379 / Fr. 72'124 x 100), gerundet 20%, entspricht. Anzumerken bleibt, dass auch bei Berücksichtigung eines Leidensabzugs von (maximal als angemessen zu erachtenden) 10% infolge funktioneller Einschränkungen auch in angepasster Tätigkeit (Urteil des BGer 8C\_827/2009 vom 26. April 2010 E. 4.2.1), der Einkommensvergleich einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 28% ergeben würde (Valideneinkommen: Fr. 72'124, Invalideinkommen: Fr. 51'971, Erwerbseinbusse: Fr. 20'153; ergebend einen Invaliditätsgrad von 27.94% [Fr. 20'153 / Fr. 72'124 x 100]).

**7.2.2** Zum Zeitraum ab August 2008 ("Einkommensvergleich 2008") hielt die Vorinstanz fest, dass infolge Bizepssehnen(teil-)ruptur am 15. August 2008 und der darauffolgenden Logenspaltung sowie Neurolyse des Nervus medianus am rechten Oberarm der Beschwerdeführer in jeglichen Tätigkeiten der freien Wirtschaft zu 100% arbeitsunfähig gewesen sei. Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 100%, der Anspruch auf eine ganze Rente gebe. Diese Beurteilung ist aufgrund des in E. 6.1 Ausgeführten und in Vornahme eines Prozentvergleichs (vgl. Urteil des BGer 9C\_310/2009 vom 14. April 2010 E. 3.2) zu bestätigen.

**7.2.3** Nach der Rekonvaleszenz verbesserte sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers dergestalt, dass er ab 1. November 2009 wieder in einer Verweistätigkeit mit Trage- und Hebelimit von 2 kg zu 100% ar-

beitsfähig war (vgl. E. 5.4.5). Im "Einkommensvergleich 2009" hat die Vorinstanz entsprechend einen Invaliditätsgrad von 23% ermittelt (IVB. \_\_\_\_\_-act. 239). Hierzu hat sie als Valideneinkommen das bereits im Einkommensvergleich 2003 erwähnte Einkommen als Selbständigerwerbender der Jahre 1999-2001 berücksichtigt, dieses jedoch auf das Jahr 2009 indexiert (Fr. 76'029). Auch diese Berechnung ist mangels Angabe des Teuerungsfaktors und der konkreten Berechnung nicht nachzuvollziehen und wie folgt zu berechnen:

Fr. 87'903.09 (Fr. 75'516 [Lohn 1999] / 1835 [Index für das Jahr 1999] x 2136 [Index für das Jahr 2009]) + Fr. 79'409.48 (Fr. 69'000 [Lohn 2000] / 1856 [Jahr 2000] x 2136 [Jahr 2009]) + Fr. 68'729.34 (Fr. 61'200 [Lohn 2001] / 1902 [Jahr 2001] x 2136 [Jahr 2009]) / 3 (Durchschnitt für 1 Jahr), ergebend einen *Validenlohn* von Fr. 78'680.64, gerundet Fr. 78'681. Für die Berechnung des Invalideneinkommens ist auf das durchschnittliche statistische Jahreseinkommen der LSE des Jahres 2008, Tabelle TA1, Total Männer, Anforderungsniveau 4, unter Berücksichtigung der branchenüblichen Wochenarbeitszeit von 41.6 Stunden, abzustellen. Ausgehend von der 100%-igen Arbeitsfähigkeit ergibt sich – in Übereinstimmung mit den vorinstanzlichen Berechnungen – ein *Invalideneinkommen* von gerundet Fr. 58'178 (Fr. 4'806 [Lohn 2008] / 40 x 41.6 [Wochenarbeitszeit] / 2092 [Nominallohn Männer für das Jahr 2008] x 2136 [Nominallohn Männer für das Jahr 2009] x 12 [Jahreslohn], x 0.95 [Leidensabzug von 5% "wegen der leidensbedingten Einschränkungen"]). In Gegenüberstellung von Valideneinkommen und Invalideneinkommen ergibt sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 20'503 (Fr. 78'681 - Fr. 58'178). Diese Einbusse entspricht einem Invaliditätsgrad von gerundet 26% (Fr. 20'503 / Fr. 78'681 x 100), der keinen Anspruch auf eine Invalidenrente gibt. Anzuführen bleibt, dass auch die Berücksichtigung eines (höheren) Leidensabzugs von 10% wegen funktioneller Einschränkungen in angepasster Tätigkeit zu keinem rentenrelevanten Invaliditätsgrad führt (Validenlohn: Fr. 78'681, Invalideneinkommen: Fr. 55'116, Erwerbseinbusse: Fr. 23'565, ergebend einen Invaliditätsgrad von 29.95% bzw. gerundet 30%).

**7.2.4** Im Zuge der Operation des linken Knies (Totalprothese) am 10. April 2013 und einer Rekonvaleszenz bis zum 16. Dezember 2013 (vgl. E. 6.1.3 f.) war der Beschwerdeführer in jeglicher Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig. In Anwendung des Prozentvergleichs (s. E. 7.2.2) ist für den Zeitraum ab Juli 2013 (Art. 88a IVV) auf einen Invaliditätsgrad von 100% zu schliessen, womit Anspruch auf eine ganze Invalidenrente besteht.

**7.2.5** Im Anschluss an die Rekonvaleszenz (ab 16. Dezember 2013) war der Beschwerdeführer wieder in einer Verweistätigkeit mit Trage- und Hebelimit von 2 kg zu 100% arbeitsfähig. In ihrem Einkommensvergleich ab Dezember 2013 ("Einkommensvergleich 2013") nennt die Vorinstanz ein Valideneinkommen von Fr. 81'514 ("Durchschnitt der Einkommen von 1999 bis 2001, jedoch mit Stand Teuerung 2013"). Auch dieses Einkommen ist mangels Angabe des Teuerungsfaktors und der konkreten Berechnung nicht nachzuvollziehen und wie folgt zu ermitteln:

Fr. 90'701.51 (Fr. 75'516 [Lohn 1999] / 1835 [Index für das Jahr 1999] x 2204 [Index für das Jahr 2013]) + Fr. 81'937.50 (Fr. 69'000 [Lohn 2000] / 1856 [Jahr 2000] x 2204 [Jahr 2013]) + Fr. 70'917.35 (Fr. 61'200 [Lohn 2001] / 1902 [Jahr 2001] x 2204 [Jahr 2013]) / 3 (Durchschnitt für 1 Jahr), ergebend einen *Validenlohn* von Fr. 81'185.45, gerundet Fr. 81'185. Für die Berechnung des Invalideneinkommens ist auf das durchschnittliche statistische Jahreseinkommen der (zu diesem Zeitpunkt aktuellsten) LSE des Jahres 2010, Tabelle TA1, Total Männer, Anforderungsniveau 4, unter Berücksichtigung der branchenüblichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden, abzustellen. Ausgehend von der 100%-igen Arbeitsfähigkeit ergibt sich – in Übereinstimmung mit den vorinstanzlichen Berechnungen – ein *Invalideneinkommen* von gerundet Fr. 59'681 (Fr. 4'901 [Lohn 2010] / 40 x 41.7 [Wochenarbeitszeit] / 2151 [Index Nominallöhne Männer für das Jahr 2010] x 2204 [Index Nominallöhne Männer für das Jahr 2013] x 12 [Jahreslohn], x 0.95 [Leidensabzug von 5% "wegen der leidensbedingten Einschränkungen"]). In Gegenüberstellung von Valideneinkommen und Invalideneinkommen ergibt sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 21'504 (Fr. 81'185 - Fr. 59'681). Diese Einbusse entspricht einem Invaliditätsgrad von gerundet 26% (Fr. 21'504 / Fr. 81'185 x 100), der keinen Anspruch (mehr) auf eine Invalidenrente gibt. Anzufügen bleibt auch hier, dass die Berücksichtigung eines (höheren) Leidensabzugs von 10% wegen funktio-neller Einschränkungen in angepasster Tätigkeit zu keinem rentenrelevanten Invaliditätsgrad führt (Validenlohn: Fr. 81'185, Invalideneinkommen: Fr. 56'540, Erwerbseinbusse: Fr. 24'645, ergebend einen Invaliditätsgrad von 30.36% bzw. gerundet 30%).

**7.3** Damit kann der Einkommensvergleich im Ergebnis weitgehend bestätigt werden. Zu korrigieren bleibt der Zeitpunkt der Rentenaufhebung: Die Vorinstanz hat in der angefochtenen Verfügung die Rente per Ende Februar 2014 aufgehoben (Verfügung: «Herr A. \_\_\_\_\_ hat Anspruch auf folgende Leistungen vom 01.07.2013 bis 28.02.2014» [IVB. \_\_\_\_\_ -act. 243 S. 9]; Verfügungsbegründung: Einkommensvergleich «ab Dezember

2013», «Nach Ablauf der gesetzlichen dreimonatigen Übergangsfrist, d.h. per 28. Februar 2014, wird die Rente befristet»; IVB. \_\_\_\_\_-act. 239 S. 5 f.). Jedoch hat der RAD unzweifelhaft geschlossen, dass die Rehabilitation nach Knie-Operation vom 10. April 2013 per 16. oder 17. Dezember 2013 (Untersuchungsbericht von Dr. Kk. \_\_\_\_\_ vom 16. Dezember 2013) abgeschlossen und eine adaptierte Tätigkeit tags darauf wieder als zu 100% zumutbar erachtet werden konnte (vgl. die Ausführungen in E. 5.4.16 und 6.1.3). In Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die Vorinstanz hat zwar die Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV beachtet, diese jedoch ab Beginn des Monats Dezember 2013 gerechnet («ab Dezember 2013») und dabei nicht beachtet, dass die Besserung ärztlicherseits (erst) auf den 16./17. Dezember 2013 hin bestätigt wurde. Dr. Bb. \_\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 22. September 2014 gar aus, bezüglich des linken Kniegelenks sei der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit [...] ab Operationsdatum mit 100% bis Ende Dezember 2013 plausibel (IVB. \_\_\_\_\_-act. 182 S. 3). In der angefochtenen Verfügung wurde nicht begründet, weshalb vorliegend keine Dreimonatsfrist eingehalten worden ist. Entsprechend ist daher der Zeitpunkt der Rentenaufhebung auf den 31. März 2014 hin zu korrigieren.

## **8.**

Die Beschwerde vom 15. Juni 2020 wird damit insoweit gutgeheissen, als die ab 1. Juli 2013 (wiederum gewährte) ganze Rente bis zum 31. März 2014 auszurichten ist. Damit besteht ein Anspruch auf eine ganze Rente vom 1. November 2008 bis zum 31. Oktober 2009 und vom 1. Juli 2013 bis zum 31. März 2014. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

## **9.**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteient-schädigung.

**9.1** Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Dem Beschwerdeführer sind im Rahmen seines mehrheitlichen Unterliegens Verfahrenskosten von Fr. 700.– aufzuerlegen. Dieser Betrag ist aus dem von ihm am 23. September 2020 geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.– zu entnehmen. Die Restanz von Fr. 100.– ist ihm nach Eintritt der

Rechtskraft dieses Urteils auf ein von ihm zu bezeichnendes Konto zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind, soweit sie (geringfügig) unterliegt, keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

**9.2** Dem Beschwerdeführer ist in der Höhe seines Obsiegens eine Parteientschädigung zulasten der Vorinstanz zuzusprechen. Unter Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Praxis zum "Überklagen" (Urteile 9C\_995/2012 vom 17. Januar 2013 E. 3 und 9C\_466/2007 vom 25. Januar 2008 E. 5 m.w.H.; vgl. auch Urteil des BVGer C-3300/2016 vom 18. März 2019 E. 10.2) ist diese jedoch ungekürzt zuzusprechen: Im vorliegenden Fall geht es um die erstmalige Prüfung eines Rentenanspruchs. Der Antrag des Beschwerdeführers auf Gewährung einer ganzen Rente ab 1. November 2002 wird zwar nur in geringfügiger Weise gutgeheissen, doch kann ein Anspruch auf eine ganze Rente vom 1. November 2008 bis 31. Oktober 2009 und vom 1. Juli 2013 bis 31. März 2014 bestätigt werden. Vor diesem Hintergrund kann nicht gesagt werden, das Rechtsbegehren des Beschwerdeführers auf Gewährung einer durchgehenden Rente ab November 2002 habe den Prozessaufwand derart beeinflusst, als dass die «Überklagung» eine Reduktion der Parteientschädigung rechtfertigen würde. Es kann vorliegend von einem Obsiegen im Grundsatz und einem lediglich im Masslichen teilweisen Unterliegen des Beschwerdeführers ausgegangen werden (Urteil C-3300/2016 E. 10.2.4). Der Beschwerdeführer hat folglich Anspruch auf eine ungekürzte Parteientschädigung zulasten der Vorinstanz. Der Beschwerdeführer hat keine Kostennote eingereicht. Diese ist daher, unter Berücksichtigung der Schwierigkeit der vorliegenden Streit-sache, des grossen Aktenumfangs, der vorliegend angefallenen Aufwendungen des Rechtsvertreters (knapp fünfseitige Beschwerde, Fristerstreckungsgesuche vom 25. August 2020 und 4. Dezember 2020, knapp dreiseitige Replik, Anzeige der Mandatsniederlegung vom 30. Januar 2021) und in Berücksichtigung vergleichbarer Gerichtsfälle, auf Fr. 2'800.– inklusive Auslagen und exklusive MWST, welche nicht geschuldet ist (Art. 1 Abs. 2 Bst. a des Mehrwertsteuergesetzes [MWSTG, SR 641.20] i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE), festzulegen (Art. 64 VwVG und Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2] e contrario). Die Vorinstanz hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:****1.**

Die Beschwerde vom 15. Juni 2020 wird insoweit gutgeheissen, als die ab 1. Juli 2013 (wiederum gewährte) ganze Rente bis zum 31. März 2014 auszurichten ist. Dem Beschwerdeführer wird damit eine ganze Rente vom 1. November 2008 bis zum 31. Oktober 2009 und vom 1. Juli 2013 bis zum 31. März 2014 zugesprochen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

**2.**

Die Akten gehen an die Vorinstanz mit der Anweisung, die Rente zu berechnen und dem Beschwerdeführer die Rentenbetreffnisse nachzuzahlen. Die Rentenansprüche sind nach den Voraussetzungen von Art. 26 Abs. 2 ATSG gegebenenfalls zu verzinsen.

**3.**

Dem Beschwerdeführer werden Verfahrenskosten von Fr. 700.– auferlegt. Diese werden aus dem bereits geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.– entnommen und die Restanz von Fr. 100.– wird ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils auf ein von ihm bekannt zu gebendes Konto zurückerstattet.

**4.**

Dem Beschwerdeführer wird eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.– zu lasten der Vorinstanz zugesprochen.

**5.**

Dieses Urteil geht an den Beschwerdeführer, die Vorinstanz und das Bundesamt für Sozialversicherungen.

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Beat Weber

Daniel Golta

**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: