



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 8. September 2016 (720 16 47 / 720 16 68)

Invalidenversicherung

Abweisung der beiden Beschwerden. Würdigung der medizinischen Aktenlage: Die IV-Stelle hat sich zu Recht auf die Berichte des behandelnden Orthopäden sowie auf die Stellungnahmen der RAD-Ärztin gestützt. Dass die IV-Stelle dem Versicherten demzufolge eine befristete Dreiviertelsrente ausgerichtet hat, ist nicht zu beanstanden.

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiberin Olivia Reber

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Dr. Michael Kull, Advokat, Marktplatz 18, 4001 Basel

ATISA Personalvorsorgestiftung der Tschümperlin-Unternehmungen, Oberneuhofstrasse 5, 6340 Baar, Beschwerdeführerin, vertreten durch Andreas Gnädinger, Rechtsanwalt, Hubatka Müller Vetter, Seestrasse 6, Postfach 1544, 8027 Zürich

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A. Der 1976 geborene A._____ war zuletzt bis 31. Juli 2013 bei der B._____ AG als Bauisoleur tätig. Bereits am 11. März 2013 (Eingang) meldete er sich unter Hinweis auf eine Arthrose der rechten Schulter nach einem Unfall vor 18 Jahren bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle des Kantons Basel-Landschaft (IV-Stelle) klärte zunächst die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse des Versicherten ab und nahm erfolglos berufliche Massnahmen vor. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren sprach sie A._____ sodann mit Verfügung vom 12. Januar 2016 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 67% eine vom 1. Januar 2014 bis 31. Dezember 2014 befristete Dreiviertelsrente zu.

B.1 Hiergegen erhob die damalige berufsvorsorgerechtliche Versicherung von A._____, die ATISA Personalvorsorgestiftung der Tschümperlin-Unternehmungen (ATISA), vertreten durch Andreas Gnädinger, Rechtsanwalt, am 11. Februar 2016 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, es sei die Verfügung der Vorinstanz vom 12. Januar 2016 aufzuheben und die Rentenberechtigung des Beschwerdegegners zu verneinen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Vorinstanz. Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, dass es sich bei den Schulterbeschwerden links nicht um invalidisierende Gesundheitsbeschwerden handle, beim Versicherten nach dem Wartejahr kein zu einer Rente gereichender Invaliditätsgrad bestehe und die IV-Stelle einen zu hohen behinderungsbedingten Abzug vorgenommen habe.

B.2 Am 25. Februar 2016 erhob auch A._____, vertreten durch Dr. Michael Kull, Advokat, Beschwerde gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 12. Januar 2016. Er beantragte darin, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und ihm eine Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Verfügung aufzuheben und zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte er, es sei ihm Frist zur Nachbesserung der Beschwerdebegründung anzusetzen und ihm die unentgeltliche Rechtspflege mit dem Unterzeichneten als Rechtsbeistand zu bewilligen; unter o/e-Kostenfolge zuzüglich Spesen und Mehrwertsteuer zu Lasten der Beschwerdegegnerin. In seiner ergänzenden Beschwerdebegründung vom 16. März 2016 brachte er im Wesentlichen vor, dass die Behandlung der linken Schulter noch nicht abgeschlossen sei und dass die Kombination seiner Gesundheitsbeschwerden zu einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% – selbst für leichte Belastungen – führe.

C. Mit Verfügung vom 26. Februar 2016 legte das Kantonsgericht die beiden Beschwerdeverfahren 720 16 47 und 720 16 68 aus prozessökonomischen Gründen zusammen.

D. Mit Verfügung vom 19. April 2016 bewilligte das Kantonsgericht dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Dr. Kull als Rechtsvertreter.

E. In ihrer Vernehmlassung vom 22. April 2016 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der beiden Beschwerden.

F. In einem zweiten Schriftenwechsel hielten die ATISA mit Replik vom 14. Juni 2016, der Beschwerdeführer mit Replik vom 23. Juni 2016 und die IV-Stelle mit Duplik vom 6. Juli 2016 an ihren Rechtsbegehren fest.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerden zuständig.

1.2 Bevor die Rechtsmittelinstanz eine materielle Beurteilung der Streitsache vornimmt, hat sie von Amtes wegen zu prüfen, ob die Sachurteilsvoraussetzungen erfüllt sind. Zu diesen gehört nebst anderem auch die Frage der Aktivlegitimation der Beschwerde führenden Partei. Vorliegend hat nicht nur die versicherte Person, sondern auch deren berufsvorsorgerechtliche Versicherung, die ATISA, Beschwerde gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 12. Januar 2016 eingereicht. Gemäss Art. 49 Abs. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 hat ein Versicherungsträger eine Verfügung, welche die Leistungspflicht eines anderen Trägers berührt, diesem ebenfalls zu eröffnen. Der betroffene Versicherungsträger kann dieselben Rechtsmittel ergreifen wie die versicherte Person. Vorliegend umstritten ist die Verfügung vom 12. Januar 2016, mit welcher die IV-Stelle dem Versicherten eine befristete Dreiviertelsrente zugesprochen hat. Erwächst diese Verfügung in Rechtskraft, hat der berufsvorsorgerechtliche Versicherer ebenfalls Invalidenleistungen auszurichten. Die ATISA ist demnach durch die Verfügung der IV-Stelle ohne weiteres im Sinne von Art. 49 Abs. 4 ATSG berührt und im vorliegenden Verfahren aktivlegitimiert. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde der ATISA ist einzutreten.

1.3 Was die Beschwerde des Versicherten anbelangt, ist festzuhalten, dass diesem die angefochtene Verfügung nicht eingeschrieben zugestellt wurde. Deshalb ist aus den Akten nicht ersichtlich, wann die Verfügung bei ihm genau eingegangen ist. Die Tatsache, dass die Verfügung nicht per Einschreiben versendet wurde, hat zu Lasten der IV-Stelle zu gehen. Zumal auch von keiner der Parteien gerügt wird, dass der Versicherte die Frist zur Einreichung der Beschwerde nicht eingehalten habe, ist auf die ansonsten formgerecht erhobene Beschwerde des Versicherten ebenfalls einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 12. Januar 2016

entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2).

3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

3.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Diese Legaldefinition stimmt im Wesentlichen mit dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit überein, wie ihn die Rechtspraxis vor dem Inkrafttreten des ATSG entwickelt hatte (vgl. etwa BGE 129 V 53 E. 1.1 in fine mit Hinweisen). Die bis zum 31. Dezember 2002 ergangene diesbezügliche Rechtsprechung des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] bleibt folglich weitestgehend anwendbar (BGE 130 V 345 E. 3.1.1).

3.3 Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach dem im Rahmen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

4.1 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist.

4.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad 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. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 104 V 136 E. 2a und b).

5. Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsfähig ist.

5.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

5.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

5.3 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung des Bundesgerichts mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte

und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b und in AHl-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit zahlreichen Hinweisen). So erkennt die Rechtsprechung auch Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen und (Akten-) Berichten von Sachverständigen, die nicht im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt werden, Beweiswert zu. Sie sind soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7). Des Weiteren darf und soll das Gericht in Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc).

6. Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers liegen folgende (ärztliche) Unterlagen vor:

6.1 Im März 2013 berichtete der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, dass der Versicherte aufgrund eines Motorradunfalles 1995 an einer posttraumatischen Omarthrose rechts leide. Unmittelbar nach dem Unfall sei die rechte Schulter nach hinten verschoben gewesen. Der Patient habe sie selbst zurückgerückt und dabei ein schnappendes Geräusch gehört. Von den Ärzten sei eine Verletzung des Handgelenks rechts festgestellt worden, weswegen er einen Gips erhalten habe. Erst sechs Monate später sei an der rechten Schulter wegen dauernden Schmerzen in diesem Gelenk die Verletzung festgestellt worden. Der Beschwerdeführer habe daraufhin eine Schraube in der rechten Schulter erhalten. Unter dem Abschnitt „ärztlicher Befund“ hielt Dr. C.____ fest, dass an der rechten Schulter eine Atrophie des Musculus deltoideus rechts bestehe. Es zeige sich eine Operationsnarbe anterior. Phasenweise liege eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit (je nach Schmerzen) vor. Radiologisch bestehe eine deutliche Omarthrose. Des Weiteren führte Dr. C.____ aus, dass am 28. Februar 2013 eine Operation stattgefunden habe, bei der eine Schulterprothese eingesetzt worden sei. Der Hausarzt schrieb den Versicherten in seinem angestammten Beruf als Flachdachisoleur ab dem 21. Januar 2013 bis zum aktuellen Zeitpunkt als 100% arbeitsunfähig. Schwere körperliche Arbeit sei ihm nicht mehr möglich.

6.2 Am 16. April 2013 berichtete Dr. med. D.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, von seiner ambulanten Konsultation vom 15. April 2013. Als Diagnosen stellte er einen Status nach Implantation einer Kurzschaftprothese der rechten Schulter am 28. Februar 2013 bei posttraumatischer Omarthrose rechts bei Status nach Glenoidverschraubung der rechten Schulter vor circa 17 Jahren mit noch einliegender Schraube und vorbestehender Deltoideus Atrophie und iatrogenen Axillarisläsion fest. Dr. D.____ hielt unter anderem fest, dass er die IV-Bestrebungen der Umschulung unterstütze. Längerfristig sei bei einer Schultertotalprothese und vorbestehender Axillarisparese eine schwere körperliche Tätigkeit auf Dächern medizinisch nicht sinnvoll. Ab dem 1. Februar 2013 bis auf weiteres sei der Versicherte zu 100% arbeitsunfähig.

6.3 Am 18. Juli 2013 hielt Dr. C.____ fest, dass der Versicherte als Bausoleur definitiv zu 100% arbeitsunfähig sei. Körperliche Schwerarbeit mit Belastung des Schultergürtels sei nicht

mehr möglich. Leichte Arbeit, den Schultergürtel nicht repetitiv belastend, sei nach Abschluss der Rehabilitation denkbar. Durch prothetischen Gelenkersatz sei die Voraussetzung geschaffen worden, dass der Patient an einem neuen Arbeitsplatz mit weniger Belastung des Schultergürtels wieder eingesetzt werden könne. Die Belastbarkeit des rechten Schultergelenks könne erst nach definitivem Abschluss der orthopädischen Behandlung festgelegt werden. Es sei einmal mehr darauf hinzuweisen, dass neben der Omarthrose auch eine posttraumatische Atrophie des Musculus deltoideus rechts bestehe, welche trotz Gelenkersatz weiter bestehen werde. Obwohl der Versicherte über keinen Berufsabschluss verfüge, habe er sich bei seiner langjährigen Tätigkeit als Isoleur Kenntnisse erworben, die der Berufsbildung ebenbürtig seien. Für die Langzeitprognose bezüglich beruflicher Tätigkeit halte er es für wichtig, dass dem Patienten die Möglichkeit gegeben werde, wieder eine ähnliche Stellung in einem anderen Beruf zu finden, das heisse, ihm eine Ausbildung zu vermitteln. Der Zusatzfragebogen am Schluss des Berichts sei erst nach Abschluss der Behandlung beantwortbar. Für leichte Arbeiten ohne repetitive Belastung im rechten Schultergelenk sei der Versicherte bereits jetzt ganztags einsetzbar.

6.4 Dr. D.____ berichtete am 27. August 2013 von seiner Sprechstunde vom 26. August 2013. Unter Berücksichtigung der Gesamtsituation bestehe aus seiner Sicht dennoch ein erstaunlich guter funktioneller Zustand. Die Einschätzung der Concordia Versicherung, dass der Versicherte nun zu 100% arbeits- und vermittlungsfähig sei (z.B. als LKW-Chauffeur), sei aber absolut unrealistisch. Eine kurzfristige Belastung von 5kg sei zwar möglich, eine repetitive Dauerbelastung sei zurzeit aber nur ca. eine Stunde durchführbar. Danach seien Erholungspausen notwendig. Entsprechend sei das von der IV durchgeführte Belastungstraining mit Steigerung in kleinen Schritten absolut notwendig.

6.5 Dr. D.____ beurteilte die Arbeitsfähigkeit am 16. Dezember 2013 wie folgt: Vom 1. Januar 2014 bis 28. Februar 2014 sei der Versicherte zu 50% arbeitsfähig für Tätigkeiten ohne starken Krafteinsatz der Arme, idealerweise z.B. Lastwagenfahren mit Servo-Lenkung. Ab dem 1. März 2014 sei er zu 100% arbeitsfähig. Die körperliche Krafteinschränkung bleibe bestehend. Eine Wiederaufnahme der Arbeit als Flachdachisolierer sei nicht mehr möglich und aus medizinischer Sicht auch nicht sinnvoll.

6.6 Am 31. März 2014 hielt Dr. D.____ als Diagnosen einen Status nach Implantation einer Kurzschaft-Schultertotalprothese rechts am 28. Februar 2013, eine vorbestehende vollständige Axillarisparese rechts nach Stabilisierungsoperation vor 17 Jahren sowie ein mässiggradiges subacromiales Impingement links (nichttransmurale Partialläsion der Supraspinatussehne nicht ausgeschlossen) fest. Der Versicherte melde sich zur Verlaufskontrolle nach der Schultertotalprothesenoperation rechts. Da bestehe ein stabiler Zustand. Aufgrund der vorbestehenden bekannten Deltamuskelparese sei eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 70% (Verpackungsarbeit) nicht realisierbar gewesen. Mit der Reduktion auf die jetzigen 50% mit anschliessendem Training für Bewerbungsschreiben sei es für ihn tolerierbar. Neu beklage der Patient seit circa zwei Monaten zunehmende Beschwerden im Bereich der linken Schulter. Dr. D.____ führte aus, auf der rechten Seite bestehe unter Berücksichtigung der vollständigen Axillarisparese nach wie vor ein durchaus guter Zustand. Dass die rechte Seite nicht stärker körperlich belastet werden könne, sei anatomisch durchaus erklärbar und erscheine ihm adäquat. Im Bereich der

linken Schulter interpretiere er die Beschwerden im Sinne eines beginnenden Impingements. Als erste Massnahme habe er ein Physiotherapie Rezept zur Kräftigung der Aussenrotatoren und Scapulaführung ausgestellt. Wenn sich bei einer klinischen Verlaufskontrolle in zwei Monaten keine Besserung zeigen sollte, müsste mittels MRI eine allfällige nicht-transmurale Partiaalläsion der Supraspinatussehne ausgeschlossen werden. Aufgrund des Alters des Versicherten wäre er mit einem operativen Vorgehen tendenziell zurückhaltend.

6.7 Im Schlussbericht „Arbeitstraining im Rahmen der IV-Integrationsmassnahmen“ der Stiftung Jugend Sozialwerk wurde festgehalten, dass die Eingliederungsmassnahme vom 19. August 2013 bis zum 30. Juni 2014 gedauert habe. Der Versicherte sei mit einem Pensum von 50% jeweils am Vormittag gestartet. Danach sei eine sukzessive Steigerung des Pensums bis 100% (im Juni 2014) erreicht worden. Während seines gesamten Einsatzes habe der Versicherte an 56 Tagen wegen Krankheit und starken Schulterschmerzen gefehlt. Seine Arbeitsfähigkeit habe zu Beginn etwas unter 50% gelegen. Am Ende des Arbeitstrainings habe er jeweils vormittags gearbeitet und am Nachmittag intensiv nach einer geeigneten Stelle gesucht. Er habe dadurch eine „Arbeitsfähigkeit“ von 100% erzielt. Im Arbeitstraining habe der Versicherte eine leichte und einfache Tätigkeit ausgeübt. Der Versicherte könne nur leichte Arbeiten ausführen. Schliesslich wurde als Fazit festgehalten, dass der Versicherte nicht arbeitsmarktfähig und somit auch nicht vermittelbar sei. Mit seinen Schmerzen und seiner geringen Arbeitsfähigkeit werde er kaum eine geeignete Stelle finden. Es stelle sich aber die Frage, wie der Versicherte es geschafft habe, von 2005 bis 2013 als Flachdachisolierer zu arbeiten, wenn er den Motorradunfall 1995 erlitten habe.

6.8 Am 21. November 2014 nahm Dr. med. E.____, FMH Physikalische und Rehabilitative Medizin, Regionaler ärztlicher Dienst beider Basel (RAD), Stellung zur medizinischen Aktenlage und hielt fest, dass der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit ab 21. März 2013 dauerhaft bleibend zu 100% arbeitsunfähig sei. Eine leidensangepasste Verweistätigkeit müsste folgendes Belastungsprofil aufweisen: „Eine leichte Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Gewichten rechts und ohne repetitiven Einsatz des rechten Armes über Schulter-Niveau. Linksseitig ohne repetitiven Krafteinsatz über Schulter-/Kopfniveau. Keine Tätigkeiten auf Baustellen/Gerüsten/Leitern, keine Vibrations- und Schlagbelastungen an den oberen Extremitäten.“ In einer diesem Profil angepassten Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Zum Beginn und Verlauf hielt Dr. E.____ fest, dass ab dem 21. Januar 2013 bis 17. Juli 2013 wegen der Schulteroperation rechts vom 28. Februar 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit gegeben sei. Ab 18. Juli 2013 bis 25. August 2013 sei der Versicherte hingegen zu 100% arbeitsfähig. Vom 26. August 2013 bis 28. Februar 2014 sei der Patient 50% arbeitsfähig; diesbezüglich verwies Dr. E.____ auf das Belastbarkeitstraining der IV. Ab 1. März 2014 bis 27. März 2014 sei der Versicherte 100% arbeitsfähig. Vom 28. März 2014 bis 11. September 2014 sei der Versicherte sodann wiederum 50% arbeitsunfähig wegen des interkurrenten Schulterimpingements links ab März 2014. Schliesslich sei der Versicherte ab 12. September 2014 bis auf weiteres zu 100% arbeitsfähig. Dr. E.____ führte dazu aus, dass bei komplikationslosem Heilverlauf nach Einbau der Schulterprothese rechts und guter post-OP Schulterfunktion rechts trotz Axillarisparese (wie vom Hausarzt Dr. C.____ attestiert) ab 18. Juli 2013 in einer angepassten Verweistätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit wieder gegeben gewesen wäre. Dr. D.____ sei am

26. August 2013 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit ausgegangen, welche aus seiner Sicht ab 1. März 2014 auf 100% habe gesteigert werden können. Ab März 2014 habe der Versicherte neu über ein Schulterimpingement links geklagt, weswegen die Arbeitsfähigkeit ab Ende März 2014 wieder auf 50% reduziert worden sei. Das Schulterimpingement links habe konservativ behandelt werden können; am 12. September 2014 sei klinisch kein Impingement links mehr objektivierbar gewesen, so dass die Behandlung durch Dr. D._____ habe abgeschlossen werden können.

6.9 Im Rahmen des Einwandverfahrens holte die IV-Stelle weitere medizinische Berichte ein:

6.9.1 Am 24. März 2015 berichtete Dr. D._____ von seiner Untersuchung vom 25. Juli 2014. Im MRI-Befund zeige sich nicht wie befürchtet eine Partialläsion der Supraspinatussehne, es zeigten sich in diesem Bereich lediglich leicht unregelmässige ödematöse Veränderungen. Passend dazu läge ein relativ scharfkantiges anterolaterales Acromion mit Sklerose im Bereich des Ansatzes des Lig. Coracoacromiale, prädisponierend zum Impingement vor. Dr. D._____ hielt fest, dass er eine subacromiale Infiltration mit Bupivacain und Kenacort durchgeführt habe. Am 24. März 2015 führte Dr. D._____ aus, dass er den Beschwerdeführer am 12. September 2014 gesehen habe und dieser auf die zuletzt durchgeführte Infiltration sehr positiv angesprochen habe. Nach etwa vier Wochen seien die Schmerzen teilweise wieder zurückgekommen. Dennoch bestünden aber deutlich weniger Schmerzen im Vergleich zum Vorzustand. Insbesondere könne der Versicherte nun auch weitgehend schmerzfrei auf der linken Seite schlafen. Dr. D._____ befand, dass links nun praktisch eine volle aktive Beweglichkeit bestehe. Er könne aktuell kein Impingementzeichen auslösen. Auch palpatorisch lägen keine Druckdolenz vor.

6.9.2 Am 28. August 2015 berichtete Dr. D._____ von seiner Sprechstunde vom 24. März 2015. Er hielt unter anderem fest, dass er dem Patienten erneut erklärt habe, dass im Bereich der rechten Schulter bei vollständigem Deltamuskelverlust eine schwierige Situation vorliege. Die Kräftigung müsse sehr sorgfältig mit kleinen Gewichten erfolgen. Ansonsten komme es sehr rasch zur Dekompensation der überforderten Rotatorenmanschettenmuskeln. Bei fehlendem Muskel gebe es dennoch keine Alternativen, die Situation relevant zu verbessern. Bei jüngeren Patienten sei eine glenohumerale Arthrodesis ebenso eine sehr schlechte Alternative mit häufig chronischer Schmerzhaftigkeit der periskapulären Muskulatur. Auf der linken Seite dränge der Patient auf eine operative Behandlung. Bei absolut blandem MRI Befund und klinisch diskretem Befund sehe er dies nur als allerletzte Option bei hohem Leidensdruck. Die Gefahr der definitiven „Invalidisierung“ sehe er dann als zu gross an. Entsprechend werde der Patient versuchen, dieses Problem der linksseitigen Überlastung mit entsprechender Kräftigung der posterioren Schultergürtelmuskulatur zu kompensieren.

6.10 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte der Versicherte einen weiteren medizinischen Bericht ein. Dr. med. F._____, FMH Chirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht bezüglich seiner Sprechstunde vom 17. Juni 2015 die folgenden Diagnosen auf: Eine segmentale Dysfunktion der mittleren und oberen BWS, Myogelosen im Infraspinatus und Teres minor links, eine Impingementproblematik der

linken Schulter bei Protraktion sowie einen Status nach Schulterprothese rechts 2013 bei O-marthrose und vorbestehender Axillarisparese. Dr. F._____ hielt fest, dass er sich Dr. D._____ anschliesse, der von einer Arthroskopie der linken Schulter Abstand nehme. Im Vordergrund stehe seiner Meinung nach die segmentale Dysfunktion der BWS mit Protraktion der linken Schulter, sowie den Myogelosen. Eine Verordnung an die Physiotherapie zur Manualmedizinischen Behandlung, Mobilisation der BWS und einem posturalen Training sei mitgegeben worden. Zusätzlich empfehle er Triggerung und Dryneedling. Eine operative Intervention sehe er nicht.

6.11 Schliesslich nahm Dr. E._____ am 28. September 2015 erneut Stellung zur medizinischen Aktenlage und hielt an ihrer Beurteilung vom 21. November 2014 fest. Der Versicherte sei zuletzt am 24. März 2015 von Dr. D._____ untersucht worden, weitere Kontrollen seien nicht mehr vereinbart worden. Der Gesundheitszustand des Patienten sei seit dem Vorbescheid weiterhin stabil und verändert (recte: unverändert), wie die objektiven klinischen und radiologischen Befunde seither zeigen würden. Eine OP-Indikation an der linken Schulter bestehe nicht, trotz dem Wunsch des Versicherten nach einer Schulter-OP auch linksseitig. Es resultiere somit keine Veränderung in Bezug auf die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit gemäss abschliessender RAD Stellungnahme vom 21. November 2014.

7.1 Die IV-Stelle stützte sich bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten auf die Berichte der behandelnden Ärzte sowie auf die Stellungnahmen der RAD-Ärztin. Sie ging demzufolge davon aus, dass dem Versicherten nach Ablauf des Wartejahres im Januar 2014 die Ausübung einer leichteren Tätigkeit im Umfang von 50% zumutbar sei. Ab dem 12. September 2014 seien solche adaptierten Verweistätigkeiten ganztags zumutbar.

7.2 Die ATISA macht hingegen geltend, dass die IV-Stelle bei ihrer Invaliditätsbemessung fälschlicherweise nicht invalidisierende Gesundheitsbeschwerden – namentlich die Beschwerden an der linken Schulter – miteinbezogen habe. Die ATISA geht weiter davon aus, dass spätestens bei Ablauf des Wartejahrs eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit anzunehmen sei. Ausserdem sei der leidensbedingte Abzug von 20% bzw. 15% nicht gerechtfertigt; damit würden die Gesundheitsbeschwerden des Versicherten in doppelter Hinsicht berücksichtigt. Zusammengefasst hätte die Vorinstanz feststellen müssen, dass kein zu einer Rente berechtigender Invaliditätsgrad vorliege.

7.3 Der Versicherte stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass nicht von einem erfolgreich abgeschlossenen Therapieverlauf ausgegangen werden könne, auch wenn eine kurzzeitige Linderung habe erreicht werden können. Dass es sich beim linksseitigen Leiden um einen objektivierbaren Befund handle, ergebe sich aus diversen Arztberichten sowie den MRI-Daten. Die Schmerzsituation der linken Schulter hindere ihn daran, die bestehende Belastungseinschränkung der rechten Schulter durch kompensatorische Mehrbelastung des linken Arms auszugleichen. Hieraus ergebe sich eine Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50% selbst für leichte Belastungen. Er sei aus der Kombination seiner Gesundheitsbeschwerden nicht arbeitsfähig und habe Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

7.4 In ihrer Stellungnahme zu den medizinischen Einwänden der ATISA hielt Dr. E._____ am 29. Februar 2016 unter anderem fest, dass es durch die Interaktion der dauerhaft bleibenden Belastungseinschränkung der rechten Schulter nach Prothesenimplantation rechts im Februar 2013 und der ab Januar 2014 zunehmenden akuten Schmerzproblematik der linken Schulter aus medizinischer Sicht nachvollziehbar erscheine, dass es dem Versicherten nicht gelungen sei, die bis Januar 2014 von Dr. D._____ attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit ab Januar 2014 weiter zu steigern. Die bestehenden Belastungseinschränkungen der rechten Schulter hätten aufgrund der akuten Schmerzsituation an der linken Schulter nicht durch eine kompensatorische Mehrbelastung des linken Armes aufgefangen werden können. Die Argumente, es sei in der MRT kein objektivierbarer Befund festzustellen gewesen, und dass sich der Verdacht auf ein Impingement an der linken Schulter nicht bestätigt hätte, seien nicht korrekt. Korrekt sei, dass nach Abschluss der Schulterbehandlung links im September 2014 keine relevanten Funktionseinschränkungen der linken Schulter mehr vorhanden gewesen seien und somit von Seiten der linken Schulter ab diesem Zeitpunkt auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr habe attestiert werden können. Des Weiteren führte Dr. E._____ aus, dass seitens der linken Schulter im Zeitraum vom 28. März 2014 bis 12. September 2014 von einem instabilen Gesundheitszustand auszugehen sei, da die medizinischen Massnahmen (Diagnostik und Therapie) in diesem Zeitraum noch nicht abgeschlossen und der medizinische Endzustand noch nicht erreicht gewesen seien. Ausserdem könne auf die Beurteilung von Dr. C._____ vom 18. Juli 2013 nicht abschliessend abgestellt werden, da diese zu einem Zeitpunkt erfolgt sei, als noch kein medizinischer Endzustand erreicht gewesen sei. Seine Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit sei eine rein prognostische Einschätzung für die Zeit nach Abschluss der Rekonvaleszenz/Rehabilitation. Diese Einschätzung gelte erst, wenn ein stabiler Endzustand erreicht sein würde, was im retrospektiven Verlauf erst ab September 2014 der Fall gewesen sei. Zusammenfassend hielt Dr. E._____ fest, dass auch die Schulterproblematik links bezüglich der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen sei. Aufgrund der dauerhaft bleibenden Einschränkung seitens der rechten Schulter im Hinblick auf manuelle Tätigkeiten während der Dauer der akuten Impingementsymptomatik links resultiere eine relevante Funktionseinschränkung. Eine kompensatorische Mehrbelastung des linken Armes im Zeitraum von Januar 2014 bis September 2014 sei bis zum Abklingen des schmerzhaften Impingements links nicht möglich gewesen. Rein formal handle es sich zwar bei dem akut aufgetretenen subacromialen Impingement links nicht um ein invalidisierendes Leiden, da es nur vorübergehend aufgetreten sei. Allerdings spiele hier die dauerhaft bleibende Einschränkung der Schulterbelastbarkeit rechts eine derart grosse Rolle, dass die vorübergehende zusätzliche Belastungseinschränkung der linken Schulter den Versicherten in seiner Funktionalität bezüglich manueller Tätigkeiten über Schulterniveau relevant beeinträchtige. Es erscheine medizinisch nachvollziehbar, dass er seine Arbeitsfähigkeit ab Januar 2014 nicht über 50% habe steigern können. Ab dem 12. September 2014 hingegen sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer der rechten Schulter angepassten Tätigkeit auszugehen.

7.5 Am 21. April 2016 nahm Dr. E._____ Stellung zu den medizinischen Einwänden des Versicherten. Sie hielt insbesondere fest, dass eine IV-relevante, das heisse dauerhafte, Einschränkung der linken Schulterbelastbarkeit in einer leichten Verweistätigkeit ohne Überkopfar-

beiten bis dato weiterhin nicht ausgewiesen sei. Für die Dauer der akuten Impingementsymptomatik linksseitig zwischen März 2014 und September 2014 könne eine zusätzliche funktionelle Einschränkung der linken Schulter, aufgrund kompensatorischer Mehrbelastung dieser während der Rekonvaleszenz bzw. dem muskulären Wieder-Aufbau der rechten Schulter, bei Status nach Schulterprothesenimplantation rechts im Februar 2013, anerkannt werden. Daraus resultiere, dass von März 2014 bis 12. September 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 50% in einer Verweistätigkeit plausibel erscheine. Nach der Konsultation vom 12. September 2014 spreche der dokumentierte klinische Verlauf hingegen gegen eine relevante Funktionseinschränkung der linken Schulter. So seien klinische Zeichen einer Schulterschonung links bei subjektiv seit März 2014 weiterhin geklagten Beschwerden nicht objektivierbar. Dies lasse darauf schliessen, dass der Versicherte den linken Arm bzw. die linke Schulter im Alltag nicht schone. Nach Abklingen der lokalen Reizung an der linken Schulter könne anhand der im weiteren Verlauf dokumentierten objektiven Befunde von Dr. D.____ vom 10. Februar 2015 und 24. März 2015 sowie von Dr. F.____ vom 17. Juni 2015 eine anhaltende quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit ohne Überkopparbeiten nicht mehr medizinisch begründet werden.

8.1 In pflichtgemässer Würdigung der medizinischen Aktenlage ist – entgegen den Auffassungen der beiden Beschwerdeführenden – festzuhalten, dass sich die IV-Stelle für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu Recht auf die Berichte der behandelnden Ärzte – insbesondere auf Dr. D.____ – sowie auf die Stellungnahmen der RAD-Ärztin stützte. Die vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Nach der Rechtsprechung kommt zwar dem Bericht eines versicherungsinternen Arztes nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. Ein solcher Bericht ist aber, wie oben ausgeführt (vgl. E. 5.3 hiervor), soweit zu berücksichtigen, als keine – auch nur geringe – Zweifel an der Richtigkeit seiner Schlussfolgerungen bestehen (vgl. BGE 135 V 471 E. 4.7). Wie nachfolgend aufgezeigt wird, besteht vorliegend kein Anlass, an der Richtigkeit der Feststellungen von Dr. E.____ zu zweifeln.

8.2 Zunächst ist mit der IV-Stelle und dem Beschwerdeführer festzustellen, dass für die Beurteilung der Beschwerden des Versicherten der Schultergürtel als Ganzes zu betrachten ist. Es erscheint im vorliegenden Fall wesentlich, dass die rechte und die linke Schulter interagieren; offensichtlich hat das zunächst vorgelegene Problem an der rechten Schulter mit der Zeit auch zu Beschwerden an der linken Schulter geführt. Insofern können die beiden Schultern jeweils nicht isoliert angeschaut werden. Es sind sämtliche Beeinträchtigungen sowie deren Wechselwirkungen zu berücksichtigen. Dies bringt auch Dr. E.____ insbesondere in ihrer Stellungnahme vom 29. Februar 2016 nachvollziehbar zum Ausdruck (vgl. E. 7.4 hiervor). Darauf kann abgestellt werden.

8.3 Der Beschwerdeführer macht geltend, dass er noch immer an Beschwerden der linken Schulter leide und daher höchstens zu 50% in einer leichten Tätigkeit arbeiten könne. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass ab dem 12. September 2014 in Bezug auf die linke Schulter keine Beschwerden mehr bestanden haben, die zu einer rentenrelevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt hätten. Insofern waren die Beschwerden ab jenem Zeitpunkt nicht mehr invali-

disierend. Entgegen dem Vorbringen des Versicherten ist den medizinischen Akten auch nicht zu entnehmen, dass eine Operation der linken Schulter indiziert wäre bzw. gewesen wäre. Eine operative Behandlung wurde nicht wegen des Alters des Beschwerdeführers zugunsten konservativer Behandlungsmethoden durch Physiotherapie aufgeschoben. Vielmehr geht aus den Akten hervor, dass der Beschwerdeführer selber auf einen operativen Eingriff drängte, obwohl der behandelnde Dr. D.____ davon Abstand nahm (vgl. E. 6.9.2 hiervor). Zudem ist festzuhalten, dass sich Dr. F.____ – im vorliegend aktuellsten Arztbericht vom 17. Juni 2015 – der Meinung von Dr. D.____ anschliesst und von einer Operation abrät. Eine Verordnung an die Physiotherapie zur Manualmedizinischen Behandlung, Mobilisation der BWS und einem posturalen Training sei mitgegeben worden. Zusätzlich empfehle er Triggerung und Dryneedling. Eine operative Intervention sehe er nicht (vgl. E. 6.10 hiervor). Zudem bleibt anzumerken, dass Dr. F.____ den Versicherten in seinem Bericht nicht arbeitsunfähig geschrieben hat. Ebenso wenig liegen andere, aktuellere ärztliche Unterlagen vor, welche eine immer noch bestehende Erwerbsunfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten bescheinigen würden.

8.4 Dr. E.____ hielt ausserdem fest, dass ab dem 12. September 2014 eine freie Beweglichkeit und Kraft der linken Schulter und nach der Therapie kein Impingement mehr vorgelegen habe. Ab diesem Zeitpunkt ist dem Versicherten eine leidensangepasste Verweistätigkeit durchaus ganztags zumutbar. Der Beschwerdeführer bringt vor, dass nicht von einem erfolgreich abgeschlossenen Therapieverlauf ausgegangen werden könne, auch wenn eine kurzzeitige Linderung habe erreicht werden können. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass es durchaus denkbar ist, dass der Versicherte aktuell immer noch konservative Therapien in Anspruch nehmen muss; sei es hinsichtlich der linken oder der rechten Schulter. Dies allein vermag jedoch keine rentenrelevante Arbeitsunfähigkeit in einer leichten, adaptierten Tätigkeit zu begründen. Gestützt auf die vorliegenden ärztlichen Unterlagen ist eine über den 12. September 2014 hinaus bestehende invalidisierende Einschränkung in einer leidensangepassten Verweistätigkeit nicht mehr nachvollziehbar. Das Belastungsprofil für eine zumutbare Verweistätigkeit wurde den noch bestehenden Beschwerden entsprechend auch ausformuliert und berücksichtigt die bleibende Kraft- bzw. Belastungseinschränkung angemessen. Worauf sich der Beschwerdeführer stützt, wenn er geltend macht, dass er bereits bei leichten Tätigkeiten mindestens zu 50% eingeschränkt ist, ist nicht nachvollziehbar.

8.5 Sofern die ATISA auf der anderen Seite vorbringt, dass an der linken Schulter keine Gesundheitsbeschwerden hätten objektiviert werden können, kann ihr auch nicht gefolgt werden. Ihr muss diesbezüglich entgegengehalten werden, dass Dr. D.____ am 31. März 2014 als Diagnosen unter anderem ein mässiggradiges subacromiales Impingement links (nichttransmurale Partialläsion der Supraspinatussehne nicht ausgeschlossen) festhielt. Neu beklage der Patient seit circa zwei Monaten zunehmende Beschwerden im Bereich der linken Schulter. Insofern ist dem Beschwerdeführer Recht zu geben, wenn er geltend macht, dass die Beschwerden in der linken Schulter bereits im Januar 2014 vorhanden gewesen seien. Am 24. März 2015 berichtete Dr. D.____ von seiner Untersuchung vom 25. Juli 2014. Als Diagnose hielt er wiederum ein mässiggradiges subacromiales Impingement links (nichttransmurale Partialläsion der Supraspinatussehne nicht ausgeschlossen) fest. Im MRI-Befund zeige sich nicht wie befürchtet eine Partialläsion der Supraspinatussehne, es hätten sich in diesem Bereich lediglich leicht unregel-

mässige ödematöse Veränderungen gezeigt. Passend dazu läge ein relativ scharfkantiges anterolaterales Acromion mit Sklerose im Bereich des Ansatzes des Lig. Coracoacromiale, prädisponierend zum Impingement vor. Den Akten sind demnach sehr wohl objektivierbare Beschwerden der linken Schulter zu entnehmen. Auch wenn diese – isoliert betrachtet – gering erscheinen mögen, führten sie, wie bereits dargestellt, in Verbindung mit den Beschwerden der rechten Schulter von Januar 2014 bis September 2014 zu einer Arbeitsunfähigkeit von 50% für Verweistätigkeiten.

8.6 Entgegen dem Vorbringen der ATISA können Beschwerden durchaus bloss vorübergehend invalidisierend sein, wie dies bei der linken Schulter der Fall war. Durch das Zusammenspiel mit der rechten Schulter hat sich jedenfalls eine längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit des Versicherten ergeben. Seit Ablauf des Wartejahres (Januar 2014) bis zum 11. September 2014 war der Beschwerdeführer deswegen selbst für leichte Tätigkeiten im Umfang von 50% in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Im Ergebnis führt die vorübergehende Invalidisierung auch korrekterweise zu der zeitlich befristeten Rente. Rentenrelevante gesundheitliche Beschwerden müssen nicht zwingend dauernde sein. Nach dem 12. September 2014 konnte in Bezug auf die linke Schulter kein invalidisierendes Leiden mehr festgestellt werden (vgl. E. 8.3 hiavor). Die bleibenden Einschränkungen in Bezug auf die rechte Schulter wurden ab dem 12. September 2014 sodann bei der Umschreibung des zumutbaren Belastungsprofils berücksichtigt. Eine leidensangepasste Tätigkeit ist dem Versicherten aber ab diesem Zeitpunkt zu 100% zuzumuten. Der genaue Verlauf der Arbeits(un)fähigkeit des Versicherten wird von Dr. E.____ in ihrem Bericht vom 21. November 2014 (vgl. E. 6.8 hiavor) nachvollziehbar und sehr sorgfältig aufgeführt. Die IV-Stelle hat korrekterweise darauf abgestellt.

8.7 Die ATISA stützte sich in ihrer Replik insbesondere auf den Bericht von Dr. C.____ vom 18. Juli 2013, wonach bereits per 18. Juli 2013 eine volle Arbeitsfähigkeit anzunehmen sei. Beim Bericht von Dr. D.____ handle es sich hingegen um ein Gefälligkeitszeugnis eines behandelnden Arztes. Dem ist entgegenzuhalten, dass der Bericht von Dr. C.____ in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit widersprüchlich ist. Denn einerseits hält er fest, dass leichte Arbeit, den Schultergürtel nicht repetitiv belastend, erst nach Abschluss der Rehabilitation denkbar sei. Andererseits führt er auch aus, dass der Versicherte für leichte Arbeiten ohne repetitive Belastung im rechten Schultergelenk bereits aktuell ganztags einsetzbar sei. Ausserdem verweist Dr. C.____ für eine abschliessende bzw. definitive Aussage zweimal auf den Abschluss der (orthopädischen) Behandlung (vgl. E. 6.3 hiavor). Diesbezüglich ist auch auf die Stellungnahme von Dr. E.____ vom 29. Februar 2016 (vgl. E. 7.4 hiavor) hinzuweisen, in der sie ausführt, dass auf die Beurteilung von Dr. C.____ vom 18. Juli 2013 nicht abschliessend abgestellt werden könne, da diese zu einem Zeitpunkt erfolgt sei, als noch kein medizinischer Endzustand erreicht gewesen sei. Es kommt hinzu, dass Dr. C.____ als Hausarzt des Versicherten und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin weniger kompetent ist, die Schulterbeschwerden zu beurteilen, als Dr. D.____ als behandelnder Orthopäde.

8.8 Schliesslich ist anzumerken, dass der Versicherte erst im Beschwerdeverfahren vorgebracht hat, dass er aufgrund der Schmerzen in den Schultern unter Schlafstörungen leide. Diese sind jedoch in den Akten nicht dokumentiert. Einzig im Bericht von Dr. D.____ vom 24. März

2015 (vgl. E. 6.9.1 hiervor) wurde festgehalten, dass der Versicherte wieder weitgehend schmerzfrei schlafen könne. Ein aktueller ärztlicher Bericht, welcher sich mit einer allfälligen Schlafproblematik befasst, ist den Akten nicht zu entnehmen. Deshalb ist davon auszugehen, dass der Versicherte wegen der angeblichen Schlafstörungen nicht in Behandlung ist. Vor diesem Hintergrund stellt dieses Vorbringen des Beschwerdeführers lediglich eine Parteibehauptung dar.

8.9 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die IV-Stelle zu Recht auf die Berichte des behandelnden Orthopäden sowie auf die verschiedenen, sehr ausführlich und nachvollziehbar begründeten Stellungnahmen von Dr. E._____ gestützt hat. Unter diesen Umständen sind keine weiteren medizinischen Abklärungen notwendig. Demnach ist davon auszugehen, dass der Versicherte nach Ablauf des Wartejahres bis zum 11. September 2014 in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 50% eingeschränkt ist. Ab dem 12. September 2014 hingegen ist ihm eine solche Tätigkeit im Umfang von 100% zumutbar.

9.1 Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.2 hiervor), ist gemäss Art. 16 ATSG der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Die IV-Stelle ging in der angefochtenen Verfügung vom 12. Januar 2016 – auf der Basis einer 100%igen Erwerbstätigkeit – von einem Valideneinkommen von Fr. 80'789.-- und ab 26. August 2013 bzw. nach Ablauf der einjährigen Wartefrist (23. Januar 2014) – unter Annahme eines zumutbaren Pensums in einer leidensangepassten Tätigkeit von 50 % – von einem Invalideneinkommen von Fr. 26'712.-- aus. Anhand einer Gegenüberstellung dieser Zahlen errechnete sie einen Invaliditätsgrad des Versicherten von 67 %.

Ab dem 12. September 2014 ging die IV-Stelle sodann von einem zumutbaren Pensum von 100% in einer leidensangepassten Verweistätigkeit und einem jährlichen Invalideneinkommen von Fr. 56'235.-- aus. Aus dem Vergleich mit dem obgenannten Valideneinkommen von Fr. 80'789.-- resultierte ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 30%.

9.2 Die ATISA beanstandet im Zusammenhang mit der konkreten Berechnung, dass der von der IV-Stelle vorgenommene leidensbedingte Abzug von 20% bzw. 15% nicht gerechtfertigt sei; damit würden die Gesundheitsbeschwerden des Versicherten in doppelter Hinsicht berücksichtigt. Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass ein leidensbedingter Abzug in voller Höhe von 25% hätte vorgenommen werden müssen.

9.2.1 Gesundheitlich beeinträchtigte Versicherte, die nicht mehr voll leistungsfähig sind, haben erfahrungsgemäss eine Reduktion des üblichen Lohnansatzes hinzunehmen. Von einem anhand der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) erhobenen Invalideneinkommen sind deshalb praxisgemäss verschiedene Abzüge zulässig. Im Entscheid 126 V 75 ff. hat das damalige EVG seine Rechtsprechung zu den Abzügen vom Tabellenlohn bereinigt und weiterentwickelt. Dabei hat es betont, dass die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles abhängt (leidensbedingte Einschränkung, Lebensalter, Anzahl Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäfti-

gungsgrad), welche nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Dabei ist der Abzug vom statistischen Lohn unter Berücksichtigung aller jeweils in Betracht fallenden Merkmale letztlich aber auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen (BGE 126 V 80 E. 5b).

9.2.2 Vorliegend hat die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung für die Zeit ab dem 26. August 2013 bzw. nach Ablauf der einjährigen Wartefrist (23. Januar 2014) einen Abzug vom Tabellenlohn von insgesamt 20% (bestehend aus 15% für die invaliditätsbedingte Beeinträchtigung und 5% Teilzeitabzug) vorgenommen. Für die Zeit ab dem 12. September 2014 hat die IV-Stelle einen 15%igen Abzug aufgrund der invaliditätsbedingten Beeinträchtigung vorgenommen.

Entgegen der Auffassung der ATISA lässt sich im vorliegenden Fall ein Abzug im vorgenommenen Umfang rechtfertigen, obwohl er doch relativ hoch angesetzt erscheint. Wie es sich damit verhält, kann letztlich aber offen bleiben. Denn mit der IV-Stelle ist festzuhalten, dass im Ergebnis auch bei einem Abzug von lediglich 5% (Teilzeitabzug Männer) – wenn man also keinen Abzug für die invaliditätsbedingte Beeinträchtigung vornehmen würde – ein Invaliditätsgrad von 61% und somit ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente resultieren würde. Für den Zeitraum ab dem 12. September 2014 ergibt sich ohnehin kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 40 %.

9.3 Die vorinstanzliche Bemessung des massgebenden Validen- und des zumutbaren Invalideneinkommens erweist sich in den übrigen Punkten als korrekt. Die von der IV-Stelle ermittelten Zahlen sind denn auch – abgesehen vom vorstehend erörterten Einwand – in den vorliegenden Beschwerden nicht weiter beanstandet worden. Unter diesen Umständen kann hier von weiteren Ausführungen zum Einkommensvergleich abgesehen und stattdessen vollumfänglich auf die entsprechenden Ausführungen der IV-Stelle in der Verfügung vom 12. Januar 2016 verwiesen werden.

10. Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die angefochtene Verfügung vom 12. Januar 2016 nicht zu beanstanden und somit zu bestätigen ist. Im Ergebnis sind daher sowohl die Beschwerde der ATISA als auch diejenige des Versicherten abzuweisen.

11.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 600.-- fest. Da es sich im vorliegenden Fall jedoch um zwei Beschwerdeverfahren handelt, welche aus prozessökonomischen Gründen zusammengelegt worden sind, rechtfertigen sich Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.--. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend sind der Beschwerdeführer sowie auch die ATISA unterliegende Partei, weshalb ihnen die Verfahrenskosten je hälftig aufzuerlegen sind. Da dem Versicherten mit Verfügung vom 19. April 2016 die unentgeltliche Prozessführung

bewilligt wurde, gehen seine Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 400.-- vorläufig zu Lasten der Gerichtskasse. Die Verfahrenskosten der Beschwerdeführerin in der Höhe von Fr. 400.-- werden mit dem von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- verrechnet. Der zu viel geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 200.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

11.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Da dem Beschwerdeführer ebenfalls mit Verfügung vom 19. April 2016 die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter bewilligt wurde, ist dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 9. August 2016 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 24 Stunden und 55 Minuten sowie Auslagen von Fr. 152.-- geltend gemacht. Dem beigelegten Deservitenblatt ist zu entnehmen, dass sich darunter diverse kleinere Bemühungen befinden, welche auf den Kontakt des Rechtsvertreters mit der Rechtsschutzversicherung des Versicherten zurückzuführen sind. Diese Bemühungen im Umfang von einer Stunde und 30 Minuten sowie Spesen von Fr. 9.50 würden im Falle einer nicht rechtsschutzversicherten Person nicht anfallen. Damit aber wird dieser Aufwand zu Unrecht geltend gemacht. Die entsprechenden Bemühungen, welche mithin auf die Instruktion des Rechtsschutzversicherers zurückzuführen sind und nicht im Zusammenhang mit dem Versicherten selbst stehen, sind von der Rechtsschutzversicherung zu übernehmen. Demnach sind die erwähnten Bemühungen in Abzug zu bringen. Es verbleibt ein Zeitaufwand von 23 Stunden und 25 Minuten für die anwaltliche Tätigkeit sowie Auslagen in der Höhe von Fr. 142.50. Dies erscheint insgesamt in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen immer noch zu hoch angesetzt. Es ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass bereits der Zeitaufwand für die Bemühungen in Sachen Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit mehr als drei Stunden relativ hoch erscheint. Zudem hat die ATISA für ihre Bemühungen im vorliegenden Fall in ihrer Honorarnote einen Zeitaufwand von lediglich 18 Stunden ausgewiesen. Unter diesen Umständen ist der geltend gemachte Zeitaufwand des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers auf ebenfalls 18 Stunden herabzusetzen. Daraus ergibt sich, dass dem Rechtsvertreter des Versicherten ein reduziertes Honorar in der Höhe von Fr. 4'041.90 (18 Stunden à Fr. 200.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 142.50 plus 8% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet wird.

11.3 Der Beschwerdeführer wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerden werden abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden den beiden Beschwerdeführenden je hälftig auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten des Beschwerdeführers in der Höhe von Fr. 400.-- vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

Die Verfahrenskosten der Beschwerdeführerin in der Höhe von Fr. 400.-- werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- verrechnet. Der zu viel geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 200.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein reduziertes Honorar in der Höhe von Fr. 4'041.90 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.