

BVGer C-2696/2018 vom 31. Juli 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-07-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2696_2018

FR: TAF C-2696/2018 du 31 juillet 2019

IT: TAF C-2696/2018 del 31 luglio 2019

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Der Beschwerdeführer ist zufolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege von der Leistung eines Kostenvorschusses befreit worden (vgl. Sachverhalt, Bst. C.b hievor); auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 Abs. 1 ATSG).

E. 2

In formeller Hinsicht ist vorab festzuhalten, dass die von der Vorinstanz mit Beschwerdevernehmlassung vom 22. Juni 2018 eingereichten Vorakten (act. 1 - 302) nicht durchwegs chronologisch erfasst respektive nummeriert worden und teilweise auch unvollständig sind.

E. 2.1

Nach ständiger Rechtsprechung bildet die Aktenführungspflicht von Verwaltung und Behörden das Gegenstück zum (aus Art. 29 Abs. 2 BV fliessenden) Akteneinsichts- und Beweisführungsrecht, indem die Wahrnehmung des Akteneinsichtsrechts durch die versicherte Person eine Aktenführungspflicht der Verwaltung voraussetzt (BGE 130 II 473 E. 4.1; 124 V 372 E. 3b; 124 V 389 E. 3a). Der verfassungsmässige Anspruch auf eine geordnete und übersichtliche Aktenführung verpflichtet die Behörden und Gerichte, die Vollständigkeit der im Verfahren eingebrachten und erstellten Akten sicherzustellen (SVR 2011 IV Nr. 44 [8C_319/2010] E. 2.2.1; Urteil des BGer 5A_341/2009 vom 30. Juni 2009 E. 5.2). Die Unterlagen sind von Beginn weg in chronologischer Reihenfolge abzulegen; bei Vorliegen eines Gesuchs um Akteneinsicht und spätestens im Zeitpunkt des Entscheids ist das Dossier zudem durchgehend zu paginieren. In der Regel ist auch ein Aktenverzeichnis zu erstellen, welches eine chronologische Auflistung sämtlicher in einem Verfahren gemachter Eingaben enthält (Urteil des BGer 2C_327/2010 vom 19. Mai 2011 E. 3.2 [nicht publiziert in BGE 137 I 247]; Urteil des BGer 8C_616/2013 vom 28. Januar 2014 E. 2.1).

E. 2.2

Das von der Vorinstanz im Beschwerdeverfahren eingereichte Dossier genügt den dargelegten Anforderungen an eine vollständige und systematische Aktenführung nicht, da die Akten verschiedentlich nicht chronologisch geordnet und teilweise gar lückenhaft sind (vgl. insbesondere act. 39, S. 61 - 63; act. 88, S. 12 - 15 und S. 152 - 157; act. 127, S. 18 - 23; act 171, S. 1 - 4; act. 269, S. 4). Dadurch wird zum einen die effiziente Wahrung der Rechtsansprüche des Beschwerdeführers unnötig erschwert. Zum andern wird hiermit auch für die Rechtsmittelbehörde(n) die Erarbeitung der Übersicht über den massgeblichen Sachverhalt und die verlässliche Referenzierung der Akten erschwert. Die Vorinstanz wird daher angehalten, in künftigen Fällen sämtliche Akten chronologisch und vollständig zu führen und im Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren stets eine systematische Paginierung vorzunehmen.

E. 2.3

Nachdem dem Beschwerdeführer dennoch über sämtliche relevanten Akten verfügt, ist ihm durch das Vorgehen der Vorinstanz im Ergebnis kein Rechtsnachteil erwachsen. Eine in diesem Sinn mangelhafte Aktenführung bewirkt keine nicht heilbare Verletzung des rechtlichen Gehörs (Urteil des BGer 8C_319/2010 vom 15. Dezember 2010 E. 2.3.1). Dem bei der Rechtsvertretung entstandenen Mehraufwand kann immerhin im Rahmen der Bemessung der Parteientschädigung angemessen Rechnung getragen werden (vgl. hierzu nachfolgende E. 11.3).

E. 3.1

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 27. März 2018 in Kraft standen.

E. 3.2

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

E. 4

Zunächst sind nachfolgend die gesetzlichen Grundlagen sowie die massgebenden Grundsätze der Rechtsprechung darzulegen.

E. 4.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist

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

E. 4.2

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b), und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

E. 4.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

E. 4.4

Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV [SR 831.201]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 E. 2).

E. 4.5

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR

2011 IV Nr. 2 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1).

E. 4.6

Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist die Rente bei einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrades von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Revisionsbegründend kann unter anderem eine Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen sein (BGE 141 V 9 E. 2.3). Nach Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. In Art. 88a IVV wird konkretisiert, welche Dauer oder Intensität die Sachverhaltsänderung aufweisen muss, um revisionsrechtlich relevant zu werden. Dabei handelt es sich letztlich um Konkretisierungen des für den Rentenanspruch massgebenden Invaliditätsbegriffs (BGE 133 V 67 E. 4.3.3).

E. 4.7

Ob eine anspruchs begründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren - analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG - durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3).

E. 4.8

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 4.9

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGR

9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

E. 4.10

Soll über einen Rentenanspruch ohne Einholung eines externen Gutachtens, sondern gestützt auf im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich vom Versicherungsträger intern eingeholte medizinische Unterlagen entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des BGer 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.2).

E. 4.11

Geht es um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4 - 3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). Nach bisherigem Recht eingeholte Gutachten verlieren dabei nicht per se ihren Beweiswert, sondern es ist im Einzelfall zu prüfen, ob die Expertisen eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309).

E. 5

Die IV-Stelle ist auf die Neuanmeldung vom April 2014 eingetreten und hat den Rentenanspruch des Beschwerdeführers nach einer materiellen Prüfung mit der angefochtenen Verfügung vom 27. März 2018 verneint. Die Eintretensfrage ist damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b). Ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 2. Mai 2012 und der angefochtenen Verfügung vom 27. März 2018 (vgl. E. 4.7) eine anspruchsrelevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, ist nachfolgend zu prüfen.

E. 6.1

Die Vorinstanz hat in der angefochtenen Verfügung ausgeführt, laut Einschätzung ihres ärztlichen Dienstes vermöchten die neu eingereichten Arzt- und Befundberichte an der bisherigen Beurteilung nichts zu ändern. Die Gesundheitsbeeinträchtigungen beständen unverändert seit dem ersten Unfall des Beschwerdeführers, und das Unfallereignis vom 28. April 2016 sei durch eine Arthroskopie korrekt und abschliessend behandelt worden. Die

Schmerzen in den Knien und am Rücken seien durch degenerative alters- und traumaspezifische Veränderungen zu erklären. Zusammenfassend sei er aufgrund seiner degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat nicht mehr in der Lage, seine angestammte Tätigkeit als Schaler/Bauschreiner auszuüben. Eine angepasste Verweistätigkeit (in wechselnder, sitzender und stehender Körperposition, ohne Heben von Gewichten von mehr als 15 kg, nur mit eingeschränkten Gehstrecken, unter Ausschluss von schweren Arbeiten) sei ihm seit dem Unfallereignis vollumfänglich zumutbar (act. 302). In ihrer Vernehmlassung vom 22. Juni 2018 hält die Vorinstanz ergänzend fest, in arbeitsmedizinischer Hinsicht sei ihr ärztlicher Dienst in Übereinstimmung mit den Feststellungen der deutschen Gutachter und der deutschen Rentenversicherung zum Schluss gekommen, dass für eine leidensangepasste leichte bis mittelschwere Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Auch im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren sei das Versicherungsgericht E._____ zu denselben Feststellungen gelangt (BVGer act. 11).

E. 6.2

Der Beschwerdeführer macht geltend, laut orthopädischem Gutachten vom 9. Februar 2017 leide er an einem chronischen Schmerzsyndrom, bei leichtgradiger Gonarthrose links, bei Zustand nach dreimaliger Arthroskopie mit Innenmeniskusteilresektion und Knorpelschaden, Innenmeniskusresektion am rechten Knie sowie an einem degenerativen HWS- und LWS-Syndrom, wobei eine deutlich vermehrte Degeneration der HWS festgestellt worden sei. Er leide an starken Schmerzen in den Knien und am Rücken. Nach dem jahrelangen Verlauf sei zusätzlich von einer somatoformen Schmerzstörung auszugehen. Sowohl aus dem orthopädischen Gutachten als auch aus der Erstbeurteilung des Kantonsspitals E._____ vom 15. Juli 2015 gehe hervor, dass er neben den somatischen Beschwerden zusätzlich an einer chronischen Schmerzkrankheit leide. Seit der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 2. Mai 2012 habe sich sein Gesundheitszustand deutlich verschlechtert. Insbesondere leide er zusätzlich an Schmerzen im rechten und im linken Knie; zudem hätten sich auch seine Rückenschmerzen verstärkt. Es könne deshalb auch in einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit lediglich von einer Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % ausgegangen werden. Falls das Gericht gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten nicht eine halbe Rente (Invaliditätsgrad: 58 %) zusprechen könne, sei die Sache eventualiter zur Einholung eines polydisziplinären Gutachtens unter Beachtung der Vorgaben des strukturierten Beweisverfahrens und der Indikatorenprüfung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Schliesslich sei die ihm verbleibende Restarbeitsfähigkeit nicht verwertbar (BVGer act. 26).

E. 7

Die Verfügung vom 2. Mai 2012 beruht auf der Annahme, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Schaler zwar nicht mehr möglich sei. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihm jedoch zu 100 % zumutbar (act. 52). Sie basiert im Wesentlichen auf folgenden ärztlichen Einschätzungen:

E. 7.1

Im Anschluss an einen stationären Rehabilitationsaufenthalt vom 3. November bis 14. Dezember 2010 diagnostizierten die verantwortlichen Ärzte der Rehaklinik J._____ mit Austrittsbericht vom 28. Dezember 2010 eine Prellung mit Innenbandzerrung des linken Knies, eine Kontusion/Zerrung der LWS mit Lumbovertebralsyndrom, eine Schädelprellung mit leichter Commotio und Übelkeit sowie ein Zervikalsyndrom. Bezogen

auf die bisherige Tätigkeit attestierten sie dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %; für mittelschwere Tätigkeiten bescheinigten sie ihm eine volle Arbeitsfähigkeit. In ihrer zusammenfassenden Beurteilung kamen sie zum Schluss, dass rund fünf Monate nach der unfallbedingten Kniedistorsion persistierende, belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen am linken Knie bestünden. Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden im Schulter-Nacken-Bereich und an der LWS seien mit Ausnahme der Kreuzschmerzen rückläufig. Für den vom Beschwerdeführer vor allem zu Beginn des Aufenthaltes geklagten Schwindel und die Kopfschmerzen hätten keine zentralen oder peripheren neurologischen Ausfälle nachgewiesen werden können; für den Schwindel bestehe kein organisches Korrelat (act. 21, S. 4 - 17).

E. 7.2

Dr. med. K._____, Facharzt FMH für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt mit Bericht vom 19. Januar 2011 eine posteromediale Meniskusläsion links nach Arbeitsunfall fest. Ferner führte er aus, die Indikation zur operativen Versorgung sei nicht eindeutig gegeben; denn zum einen sei der Leidensdruck relativ erträglich, zum anderen würde eine Resektion mittel- bis langfristig zu einer vorzeitigen Gonarthrose führen (act. 39, S. 81).

E. 7.3

Mit medizinischer Stellungnahme vom 10. Februar 2011 führte RAD-Arzt Dr. med. L._____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Manuelle Medizin, insbesondere aus, laut den Schlussfolgerungen im Austrittsbericht der Rehaklinik J._____, bestehe für eine mittelschwere Arbeit, unter Ausschluss von Tätigkeiten auf den Knien oder in der länger dauernden Hocke, ab dem 15. Dezember 2010 eine volle Arbeitsfähigkeit (act. 44, S. 4 f.).

E. 7.4

Prof. Dr. med. M._____, SUVA-Kreisarzt-Stellvertreter und Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, hielt mit Bericht vom 18. März 2011 (Eingang IV-Stelle; in den Vorakten nur unvollständig aufgeführt; act. 39, S. 61 - 63) fest, die Abklärungen hätten im Bereich der Neurologie keine Auffälligkeiten ergeben. Ein MRI der LWS vom 27. Juli 2010 habe keine traumatischen oder posttraumatischen Folgen aufgezeigt. Als unfallkausal könnten nur die Meniskusprobleme am linken Kniegelenk eingestuft werden. Der operative Eingriff bezüglich der Meniskusläsion werde am 28. März 2011 erfolgen. Die bisherige berufliche Tätigkeit als Schaler werde dem Versicherten in Zukunft kaum zumutbar sein. Die Einschränkungen würden sich aber nicht als Folge des Unfalls, sondern vielmehr aufgrund «gesamtmedizinischer Überlegungen» ergeben (act. 39, S. 61 - 63).

E. 7.5

Dr. med. N._____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, führte mit Bericht vom 12. Mai 2011 aus, nach der im März 2011 am linken Knie durchgeführten medialen Meniskusresektion seien eine freie Beweglichkeit und ein stabiler Bandhalt, ohne intraartikulären Erguss, zu befunden. Bezüglich der (krankheitsbedingten) Beschwerden an der LWS bestünden keine äusserlichen Auffälligkeiten. Beim Seitneigen nach links sowie bei der Flexion gebe der Beschwerdeführer Schmerzen (tief lumbal rechts) an. Neurologisch bestünden - bei seitengleicher Sensibilität und Muskelkraft sowie negativem Lasègue-Test - keine Auffälligkeiten (act. 39, S. 34 f.).

E. 8

Bezogen auf den Zeitraum zwischen dem Erlass der Verfügung vom 2. Mai 2012 und der angefochtenen Verfügung vom 27. März 2018 liegen im Wesentlichen die folgenden ärztlichen Einschätzungen in den Akten:

E. 8.1

Mit Bericht vom 17. April 2013 führte der SUVA-Kreisarzt, Dr. med. O._____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, insbesondere aus, als Folge des Unfallereignisses vom 9. Juli 2010 sei eine Knie-distorsion links, bei Status nach Teilmeniskektomie des linken Knies (2001 und 2004) sowie MRT-morphologisch am 1. März 2013 verifizierter zentraler Signalsteigerung des medialen Innenmeniskushinterhornes links mit Einstrahlungen in die tibiale Oberfläche, zu diagnostizieren. Die Verletzung führe zu Bewegungs- und Belastungsschmerzen im linken Knie. Als Folge des (weiteren) Unfallereignisses vom 3. Dezember 2012 diagnostizierte er eine Ellbogenkontusion mit Burssektomie (Schleimbeutelentfernung) beim Ellbogen rechts, welche kein Funktionsdefizit zur Folge habe. Als unfallfremde Diagnosen hielt er eine Epicondylopathia humeri radialis und ulnaris rechts, ein Schulter-/Arm-Syndrom rechts (bei radiologisch Acromion Typ II) sowie Cervico-Brachialgien rechts bei Funktionsstörung im cervicothorakalen Übergang fest. Gestützt auf seine Untersuchung kam er zum Schluss, dass bezüglich des linken Knie- und des rechten Ellbogengelenks eine 100%ige Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe (act. 88, S. 132 - 135 sowie S. 152 - 157).

E. 8.2

Gestützt auf eine erneute persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers hielt Dr. med. O._____ mit Bericht vom 2. Juni 2014 fest, dass bezüglich der Knie-distorsion noch eine Residualsymptomatik mit Belastungsschmerzen im linken Kniegelenk bestehe. Mit Blick auf die Leistungsfähigkeit kam er zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten, ohne überwiegendes Stehen, ohne häufiges Einnehmen der Kniebeugung sowie ohne überwiegendes Gehen im Gelände, wechselbelastend vollschichtig möglich und zumutbar seien (act. 88, S. 12 - 17).

E. 8.3

Dr. med. P._____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in seinem Bericht vom 17. Dezember 2014 im Wesentlichen aus, dass die Knieschmerzen des Beschwerdeführers durch die bildgebenden Verfahren (MRI) nicht ganz geklärt seien. Aufgrund der nur partiellen Schmerzreduktion durch die Infiltration habe sich nach seiner Ansicht eine gewisse Automatisierung der Schmerzen ergeben. Falls die weiteren bildgebenden Verfahren (Ganzkörperszintigrafie respektive Spect-CT des linken Knies und MRI der HWS) negative Ergebnisse zeigen würden, müsste allenfalls auch eine multimodale Schmerztherapie initiiert werden (act. 110, S. 14 f.).

E. 8.4

Mit Bericht vom 13. Januar 2015 hielt Dr. med. Q._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, als Diagnosen eine Lumboischialgie, eine Arthralgie im linken Kniegelenk (bei Status nach zweimaliger Kniegelenksarthroskopie und Status nach Kniegelenksdistorsion), einen Verdacht auf eine Cervicocephalgie (linksbetont) sowie einen Verdacht auf eine dekompenzierte

Schmerzverarbeitungsstörung fest. Bezogen auf das Kniegelenk schliesse er sich vollumfänglich der Beurteilung von Dr. med. O. _____ im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 16. April 2013 an. Mit Blick auf die bisher frustrane Therapie empfehle er die erneute Beurteilung im Rahmen eines Gutachtens sowie eine psychosomatische psychiatrische Beurteilung (act. 125, S. 14 f.).

E. 8.5

Dr. med. R. _____, Facharzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie, Allergologie, klinische Immunologie und Arbeitsmedizin FMH, kam mit Aktenbeurteilung vom 26. Januar 2015 zum Schluss, dass die vom behandelnden Spezialarzt Dr. med. S. _____, Facharzt FMH für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, nachgewiesene cochleo-vestibuläre Funktionsstörung nicht überwiegend wahrscheinlich mit dem Unfallereignis vom 9. Juli 2010 in einem Kausalzusammenhang stehe (act. 107, S. 46 f.).

E. 8.6

Dr. med. T. _____, Versicherungsmediziner bei der SUVA und Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, kam mit Bericht vom 13. April 2015 zum Schluss, dass die von Dr. med. O. _____ getroffenen Feststellungen in Bezug auf den medizinischen Endzustand, den Integritätsschaden und die Zumutbarkeit von weiteren Behandlungsmassnahmen korrekt seien, so dass er dessen Auffassung vollumfänglich teile. Ferner sei die vom Beschwerdeführer verlangte Abklärung betreffend Knorpelregeneration am Kniegelenk nicht indiziert (act. 127, S. 18 - 23 und act. 125, S. 5 - 8).

E. 8.7

Die Ärzte des Schmerzzentrums am Kantonsspital E. _____, Dr. med. U. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, und Dr. med. V. _____, Fachärztin für Neurologie, hielten mit Bericht vom 15. Juli 2015 ein chronifiziertes arthralgisches Kniegelenkschmerzsyndrom links (Stadium II nach Gebershagen), einen anulären Riss der Bandscheibe (LWK5/SWK1) mit linksmediolateraler Protrusio ohne Lumboischialgie mit fraglich neuem motorischem Defizit der Fuss-/Zehensenkler, ein subacromiales Impingement-Syndrom nach Schulter-/Ellbogenkontusion rechts mit Status nach Bursektomie 02/2013 sowie einen Verdacht auf eine dekompenzierte Schmerzverarbeitungsstörung fest. In ihrer Beurteilung kamen sie zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer ein chronisches nozizeptives Schmerzsyndrom mit somatischen und sicherlich auch psychischen Faktoren des linken Kniegelenkes mit Ausstrahlung nach proximal bis gluteal mit dorsaler Schmerzausstrahlung bis gluteal vorliege. Bei einem Anulus fibrosus Riss der Bandscheibe LWK 5/ SWK 1 mit Protrusio ohne Polaps zeigten sich aktuell keine Nervendehnungszeichen, jedoch eine gewisse Fuss-/Zehensenklerschwäche. Zudem gebe der Beschwerdeführer an der linken Hand intermittierendes Kribbeln an und beklage sich über Schwindel, Übelkeit und teilweise Oberbauchbeschwerden. Als weiteres Procedere würden psychosomatische Assessments im Rahmen einer bio-psycho-sozialen Betrachtungsweise empfohlen, zumal die Schmerzen nicht hinreichend erklärt werden könnten und mehrfach der Verdacht auf eine psychosomatische Beteiligung geäussert worden sei (act. 148, S. 2 - 5).

E. 8.8

Dr. med. U._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, und Dr. med. W._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, bestätigten in ihrem (undatierten) Bericht (Eingang IV-Stelle: 31. August 2015) die bisherigen Diagnosen und empfahlen mit Blick auf die Frage der Leistungsfähigkeit bei Bedarf die Durchführung einer EFL-Testung (act. 143, S. 1 - 8).

E. 8.9

Mit medizinischer Stellungnahme vom 5. April 2016 kam Dr. med. X._____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH und zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, zum Schluss, dass die medizinische Aktenlage unvollständig sei und es sich vorliegend um ein pathogenetisch-ätiologisch-unklares Beschwerdebild ohne hinreichende organische Grundlage im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handle. Es bedürfe deshalb einer psychiatrischen Beurteilung im Wohnland des Beschwerdeführers (act. 165).

E. 8.10

Mit Bericht vom 10. Mai 2016 hielt Dr. med. Y._____ als vorläufige Diagnose eine Kniegelenksdistorsion rechts sowie eine mutmassliche Behandlungsdauer bis voraussichtlich 22. Mai 2016 fest (act. 217, S. 8 - 11).

E. 8.11

Am 18. Juli 2016 erstattete die von der Vorinstanz über die Deutsche Rentenversicherung mit der Begutachtung beauftragte Dr. med. G._____, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, ihr psychiatrisches Gutachten. Darin hielt sie als Diagnose ein chronisches Schmerzsyndrom auf dem Boden orthopädischer Diagnosen, und zwar ein atralgisches Kniegelenkschmerzsyndrom links und rechts, sowie eine mediolaterale Protrusio LWK 5/SWK 1 (ICD-10 R 52.2) fest. In ihrer Leistungsbeurteilung kam sie zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer aus neurologisch-psychiatrischer Sicht sämtliche Tätigkeiten, einschliesslich seiner zuletzt ausgeübten Arbeit als Schreiner, auf dem Arbeitsmarkt vollschichtig zugemutet werden könne. Eine stationär rehabilitative Massnahme sei nicht indiziert (act. 207, S. 3 - 11).

E. 8.12

Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädie, hielt in seinem zuhanden des Sozialgerichts I._____ erstellten orthopädischen Gutachten vom 9. Februar 2017 insbesondere fest, es sei ein chronisches Schmerzsyndrom, bei leichtgradiger Gonarthrose links (bei Zustand nach dreimaliger Arthroskopie mit Innenmeniskusteilresektion und Knorpelschaden, Innenmeniskusteilresektion am rechten Kniegelenk), degenerativem HWS-Syndrom sowie bei degenerativem LWS-Syndrom (ohne radikuläre Zeichen), zu diagnostizieren. Die Gesundheitsstörungen beeinträchtigten die Einsatzfähigkeit im Erwerbsleben in qualitativer Hinsicht. Es bestehe eine Unzumutbarkeit von Schwer-, Zeitdruck-, Einzel- und Gruppenakkordarbeit, Fließband- und taktgebundenen Arbeiten, Arbeiten überwiegend im Gehen oder in Zwangshaltungen, Arbeiten mit häufigem Heben und Tragen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel, Arbeiten mit häufigem Bücken und Treppen- und Leitersteigen, Arbeiten überwiegend im Freien sowie Arbeiten unter Einwirkung von Kälte, Hitze, starken Temperaturschwankungen, Zugluft und Nässe. Zumindest leichte Arbeiten könne der Beschwerdeführer täglich noch im Umfang von sechs Stunden und mehr ausüben. Positiv formuliert könne er leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten im Sitzen oder Stehen, mit der Möglichkeit, die Position zu ändern, ausüben. Weitere fachfremde Untersuchungen halte er nicht für erforderlich (act. 267, S. 1 - 15).

E. 8.13

RAD-Arzt Dr. med. X._____ hielt mit Schlussbericht vom 12. April 2017 fest, dass die medizinische Aktenlage vollständig sei. Beim Beschwerdeführer bestehe eine chronische Schmerzsymptomatik nach einer Knie-distorsion (2010) mit einem Minitrauma. Aus somatischer Sicht seien die Schmerzen nicht klar zu erklären, es sei denn durch degenerative Veränderungen in den Knien und am Rücken, welche aber alters- und traumaspezifisch seien. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine invalidisierende Erkrankung; der Beschwerdeführer sei so gut verankert, dass er ohne weiteres mit diesen Schmerzen umgehen könne (act. 236, S. 1 - 3).

E. 8.14

In seinem Bericht vom 13. Dezember 2017 kam RAD-Arzt Dr. med. X._____ zum Schluss, dass die medizinische Aktenlage aus seiner Sicht genügend sei. Die neu eingereichten medizinischen Unterlagen würden keine neuen Aspekte aufzeigen; sie vermöchten an seiner Beurteilung vom 12. April 2017 nichts zu ändern. Die zusätzliche Diagnose der HWS-Veränderungen sei eine rein radiologische und würde an den erwähnten funktionellen Einschränkungen nichts ändern (act. 286).

E. 9

Die Vorinstanz vertritt die Auffassung, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat zwar in seiner angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig sei. Demgegenüber seien ihm Tätigkeiten in wechselnder Körperposition (sitzend/stehend), ohne Heben von Gewichten von mehr als 15 kg, mit nur eingeschränkten Gehstrecken, unter Ausschluss von schweren Arbeiten, zu 100 % möglich und zumutbar (act. 302).

E. 9.1

Wie vorstehend dargelegt (E. 4.11 hievor), ist bei somatoformen Schmerzstörungen und bei psychischen Leiden unabhängig von der diagnostischen Einordnung auf objektivierter Beurteilungsgrundlage zu prüfen, ob eine rechtlich relevante Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit nachzuweisen ist. Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2 S. 306 f.). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 6 S. 426 f.). Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 E. 5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden (BGE 141 V 281 E. 5.2.3), sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen (BGE 141 V 281 E. 6 S. 307 f.; Urteil des BGer 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.4).

Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann (BGE 144 V 50 E. 4.3 S. 53 f.).

E. 9.2

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraster erübrigt sich rechtsprechungsgemäss dort, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Notwendigkeit fehlt ganz allgemein in Fällen, die sich durch die Erhebung prägnanter Befunde und übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkungen im Rahmen beweiswertiger Arztberichte und Gutachten auszeichnen (BGE 143 V 418 E. 7.1). Gleiches gilt, wenn etwa die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen (siehe auch BGE 141 V 281 E. 2.2; Urteil des BGER 9C_534/2015 E. 2.2.2 mit Hinweisen). Wie das Bundesgericht im Urteil 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 festgehalten hat, ist aber die Grenzziehung zwischen einer anspruchsausschliessenden Aggravation und einer blossen Verdeutlichungstendenz - welche nicht gleichgesetzt werden dürfen - heikel. Zum einen prägt die (unbewusste) Tendenz zur Schmerzausweitung und -verdeutlichung das Wesen von Schmerzstörungen und vergleichbaren Leiden gerade mit, welche sich bekanntlich dadurch charakterisieren, dass für die geklagten Beschwerden kein ausreichendes organisches Korrelat gefunden werden kann. Zum andern dürfen die Besonderheiten des sozialversicherungsrechtlichen Abklärungsverfahrens nicht ausser Acht gelassen werden. Die versicherte Person, welche mit ihrer Anmeldung bei der Invalidenversicherung die Zusprechung von Versicherungsleistungen bezweckt, wird vielfach (wenn auch nicht ausnahmslos) - bewusst oder unbewusst - ihre Beschwerden und Einschränkungen im Hinblick auf dieses Ziel präsentieren (Urteil 9C_899/2014 E. 4.2.1 m.H.). Ferner bleibt ein strukturiertes Beweisverfahren dort entbehrlich, wo im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann. Dies alles zeigt, dass es hinsichtlich Notwendigkeit des strukturierten Beweisverfahrens stets einer einzelfallweisen Beurteilung aufgrund der konkreten Fallumstände und der jeweiligen Beweisproblematik bedarf (BGE 143 V 418 E. 7.1).

E. 9.3.1

Vorliegend hat bereits RAD-Arzt Dr. med. X. _____ in seiner Stellungnahme vom 5. April 2016 festgestellt, dass ein pathogenetisch-ätiologisch-unklares Beschwerdebild ohne hinreichende organische Grundlage im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur Diskussion steht (act. 165). Die Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms wurde zudem von mehreren Ärzten - eigenständig und voneinander unabhängig - festgehalten (Bericht der Dres. med. U. _____ und V. _____ vom 15. Juli 2015, act. 148, S. 5; Gutachten von Dr. med. G. _____ vom 18. Juli 2016, act. 207, S. 8; Gutachten von Dr. med. H. _____ vom 9. Februar 2017, act. 267, S. 11). Ausschlussgründe im Sinne einer überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruhenden Leistungseinschränkung werden von der Vorinstanz nicht geltend gemacht und sind auch nicht ersichtlich. Zudem kann auch nicht aus Gründen der Verhältnismässigkeit von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden. Dies wäre nur statthaft, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar

begründeter Weise verneint würde und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden könnte (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 428). Wie nachfolgend darzulegen ist, kann eine invalidisierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gestützt auf die vorliegende Aktenlage nicht von vornherein ausgeschlossen werden. Es bedarf vielmehr einer Begutachtung nach den Vorgaben des strukturierten Beweisverfahrens (BGE 141 V 281).

E. 9.3.2

Zwar besteht mit Blick auf das Ergebnis der Gutachten von Dr. med. G. _____ vom 18. Juli 2016 und von Dr. med. H. _____ vom 9. Februar 2017 die Vermutung, dass dem Beschwerdeführer auf dem Arbeitsmarkt eine vollschichtige angepasste Tätigkeit zumutbar ist (vgl. act. 207, S. 9 und act. 267, S. 13). Die genannten Gutachten wurden indes offensichtlich nicht unter Beachtung der Vorgaben des strukturierten Beweisverfahrens erstellt. Insbesondere fehlen präzise Angaben zur Diagnose. Zum einen fehlt es diesbezüglich an einer Bezugnahme der Gutachter auf ein wissenschaftlich anerkanntes Klassifikationssystem (vgl. zu diesem Erfordernis BGE 141 V 281 E. 2.2, E. 3.2 S. 289). Im psychiatrisch-neurologischen Gutachten von Dr. med. G. _____ wird lediglich im Zusammenhang mit der Diagnose der Protrusio LWK 5/SWK 1 der Verweis auf die ICD-10 (R 52.2, sonstiger chronischer Schmerz; < <http://www.icd-code.de/suche/icd/code/R52.-.html?sp=SR52.2> >, abgerufen am 26.06.2019) vorgenommen (act. 207, S. 8), und im orthopädischen Gutachten von Dr. med. H. _____ fehlt die Bezugnahme auf ein anerkanntes Klassifikationssystem vollständig (act. 267, S. 11). Zum andern mangelt es auch an verlässlichen Angaben zur Ausprägung des diagnoseinhärenten Schweregrades des Schmerzsyndroms (vgl. dazu act. 207, S. 8; BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 286; Michael E. Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter vom 11. Juli 2016 S. 15, Rz. 38). Ferner fehlen in Bezug auf das chronische Schmerzsyndrom auch konkrete Feststellungen zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 299), zum Behandlungs- und Eingliederungserfolg respektive zur -resistenz, zu den Komorbiditäten, zur Persönlichkeit sowie zu den mobilisierbaren Ressourcen.

E. 9.3.3

Die Vorinstanz hat mithin von einer Überprüfung im Lichte der Standardindikatoren gänzlich abgesehen. Einerseits hat sie kein Administrativgutachten unter Beachtung der Vorgaben des strukturierten Beweisverfahrens veranlasst. Andererseits hat sie den medizinischen Sachverhalt unter Berücksichtigung der bestehenden ärztlichen Berichte und Gutachten auch ohne Bezugnahme auf den Indikatorenkatalog gemäss BGE 141 V 281 geprüft. Daraus folgt, dass weitere medizinische Abklärungen unter Beachtung der Vorgaben des strukturierten Beweisverfahrens zu veranlassen sind.

E. 9.4

Aus der Beurteilung durch den Kreisarzt der SUVA, Dr. med. R. _____, vom 26. Januar 2015 geht zudem hervor, dass der behandelnde HNO-Facharzt beim Beschwerdeführer eine cochleo-vestibuläre Funktionsstörung (rechts) befundet hat (act. 107, S. 46). Damit kann sich der Beschwerdeführer für die von ihm geklagten Schwindelbeschwerden (vgl. dazu Bericht der Dres. med. U. _____ und V. _____ vom 15. Juli 2015, act. 146, S. 4) auf eine objektive Grundlage stützen. Eine umfassende Klärung der Frage, inwiefern diese Gesundheitsbeeinträchtigung die Leistungsfähigkeit beeinträchtigt, wurde von der

Vorinstanz bis dato ebenfalls unterlassen.

E. 9.5

Aus dem Gesagten folgt, dass die medizinische Aktenlage unvollständig ist. Den medizinischen Akten ist keine umfassende Darstellung aller Befunde, Diagnosen und Leistungsbeurteilungen zu entnehmen. In Bezug auf das chronische Schmerzsyndrom hat die Vorinstanz zu Unrecht von der Einholung eines Gutachtens nach den Vorgaben des strukturierten Beweisverfahrens (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4 - 3.6 und 4.1) abgesehen. Es fehlt zudem auch eine fachübergreifende, polydisziplinäre Gesamtschau der verschiedenen geltend gemachten somatischen und psychischen bzw. psychosomatischen Beeinträchtigungen respektive der allenfalls darauf zurückzuführenden Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Nicht rechtsgenügend abgeklärt ist zudem die Frage, inwiefern sich die cochleo-vestibuläre Funktionsstörung auf die Leistungsfähigkeit auswirkt. Darüber hinaus fehlt es in den vorliegenden Akten auch an einer medizinischen Beurteilungsgrundlage, welche den besonderen Anforderungen des revisionsrechtlichen Kontextes Rechnung trägt und zu Art und Umfang der Veränderung des Gesundheitszustandes seit dem Erlass der Verfügung vom 2. Mai 2012 verlässliche Aussagen macht (vgl. dazu E. 4.5 - 4.7 hievore). Damit bestehen zumindest geringe Zweifel an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den medizinischen Dienst der Vorinstanz (Schlussbericht von RAD-Arzt Dr. med. X. _____ vom 12. April 2017 (act. 236, S. 1 - 3)). Aus diesen Gründen kann auf die Aktenbeurteilungen des medizinischen Dienstes als Grundlage für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht abgestellt werden.

E. 9.6

Soweit sich die Vorinstanz in ihrer Beschwerdevernehmlassung auf die im Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons E. _____ UV 2015/48 vom 8. September 2017 festgehaltene Leistungsfähigkeitsbeurteilung (act. 291) beruft (BVGer act. 11, S. 2), ist darauf hinzuweisen, dass vorliegend zahlreiche krankheitsbedingte Gesundheitsbeeinträchtigungen (namentlich die HWS-, LWS- und Schwindelbeschwerden) bestehen, welche im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren - mangels (natürlicher und/oder adäquater) Unfallkausalität (vgl. dazu insbesondere E. 2.5 - 2.7 des Urteils) - von vornherein nicht zu berücksichtigen waren. Mit Blick auf die (im Invalidenversicherungsrecht massgebliche) Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung sämtlicher (auch nicht unfallkausaler) Gesundheitsbeeinträchtigungen (vgl. zu den Voraussetzungen für die Annahme eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhanges im UVG im Allgemeinen BGE 134 V 109 E. 2.1 sowie BGE 115 V 133 bei psychischen Unfallfolgen im Speziellen; vgl. auch Urteil des BGer 8C_96/2017 vom 24. Januar 2018 [SVR 2018 UV Nr. 21] E. 4 und 5) ergeben sich aus dem genannten Urteil des Versicherungsgerichts keine wesentlichen neuen Erkenntnisse. Schliesslich ist der Vollständigkeit halber darauf hinzuweisen, dass nach der konstanten Rechtsprechung keine Bindung der IV an die Invaliditätsschätzung der UV besteht (BGE 133 V 549 E. 6.1 S. 553 m. H., bestätigt mit Urteil des BGer 8C_549/2016 vom 19. Januar 2017 E. 5.1).

E. 9.7

Schliesslich vermag auch die Gewährung der deutschen Berufsunfähigkeitspension (act. 301, S. 3 f.) die IV-rechtliche Beurteilung nach schweizerischem Recht nicht zu

präjudizieren, zumal der Begriff der Berufsunfähigkeit der schweizerischen Invalidenversicherung fremd ist (Urteil des EVG I 430/00 vom 19. Juni 2001 E. 3a m.H.).

E. 10.1

Zusammengefasst folgt aus dem Gesagten, dass die Vorinstanz ihrer Untersuchungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht hinreichend nachgekommen ist und sie den rechtserheblichen Sachverhalt unvollständig festgestellt hat. Die angefochtene Verfügung ist deshalb aufzuheben. Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), wenn die Vorinstanz - wie vorliegend in Bezug auf die chronische Schmerzstörung - den Leistungsanspruch noch nicht nach der geänderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung geprüft hat und die massgeblichen Fragen im Zusammenhang mit erhöhten Anforderungen an die Diagnosestellung und dem strukturierten Beweisverfahren in Nachachtung dieser neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung noch ungeklärt sind (vgl. Urteil des BGer 9C_450/2015 vom 29. März 2016 E. 4.2.2; Urteile des BVGer C-4329/2014 vom 11. Januar 2017 E. 10.2, C-5000/2014 vom 21. Oktober 2016 E. 7 und C-4265/2014 vom 21. Januar 2016 E. 7). Die Beurteilung des Leistungsanspruchs muss sich für alle Fachbereiche auf eine aktuelle Aktenlage stützen, weshalb die Vorinstanz nach Aktualisierung der medizinischen Akten bei bisher nicht mit der Beurteilung des Beschwerdeführers befassten medizinischen Fachpersonen in der Schweiz ein interdisziplinäres MEDAS-Gutachten einzuholen haben wird.

E. 10.2

Nach Vorliegen einer beweiskräftigen medizinischen Beurteilungsgrundlage wird die Vorinstanz - mit Blick auf die absehbare Pensionierung des Beschwerdeführers - zudem die Frage der Verwertung der Restarbeitsfähigkeit zu prüfen haben. Erst wenn aufgrund einer beweiskräftigen Expertise verlässlich feststeht, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang dem Beschwerdeführer spezifisch umschriebene Verweistätigkeiten noch möglich und zumutbar sind, kann zu dieser Frage abschliessend Stellung bezogen werden. Dies gilt auch bei fortgeschrittenem Alter der versicherten Person und nurmehr relativ kurzer Aktivitätsdauer (statt vieler: Urteile des BGer 9C_183/2017 vom 30. Oktober 2017 E. 5.2.1; 9C_253/2017 vom 6. Juli 2017 [SVR 2017 IV Nr. 85] E. 3.3.1; 9C_536/2015 vom 21. März 2016 E. 4.2; 9C_847/2015 vom 30. Dezember 2015 E. 4.1.2).

E. 10.3

Bei komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen muss die Einschätzung der Leistungsfähigkeit auf umfassender, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierender Grundlage erfolgen (BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Angesichts der multiplen Beeinträchtigungen ist erneut eine polydisziplinäre Begutachtung in der Schweiz durchzuführen; dabei sind insbesondere für die Fachbereiche der Psychiatrie und Neurologie sämtliche Vorgaben des strukturierten Beweisverfahrens zu beachten (BGE 141 V 281; 143 V 418 E. 6 ff.; vgl. auch Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVGer C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3). Aufgrund der

zur Diskussion stehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen drängt sich ein interdisziplinäres Gutachten insbesondere unter Einbezug der Fachbereiche der Orthopädie (Gonarthrose links, Innenmeniskusteilresektion rechts, annulärer Riss LWK 5/SWK 1 mit linksmediolateraler Protrusio, degeneratives HWS- und LWS-Syndrom, Impingement-Syndrom nach Schulter-/Ellbogenkontusion rechts), der Otolaryngologie (cochleo-vestibuläre Funktionsstörung) sowie der Psychiatrie und Neurologie (chronisches Schmerzsyndrom, Defizit der Fuss-/Zehensenker) auf. Ob daneben noch Spezialisten aus weiteren Fachgebieten beizuziehen sind, wird dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter überlassen.

E. 10.4

Im Rahmen der erneuten Begutachtung in der Schweiz ist die neue Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem zu ermitteln und sind dem Beschwerdeführer die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

E. 10.5

Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerde insoweit gutzuheissen ist, als die angefochtene Verfügung vom 27. März 2018 aufgehoben und die Streitsache zur Durchführung ergänzender Abklärungen und zur Neubeurteilung im Sinne von Ziff. 10.1 - 10.4 der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

E. 11.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 7.1; 132 V 215 E. 6; Urteil des BGer 8C_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 4.1). Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Zuzufolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (BVGer act. 10) wurde im Übrigen kein Kostenvorschuss erhoben. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 11.2

Der Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Vorinstanz zu leisten ist (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

E. 11.3

Er macht mit Honorarnote vom 15. November 2018 eine Entschädigung von Fr. 4'085.50 (14.59 Stunden à Fr. 250.- zuzüglich Barauslagen von Fr. 145.90 und Mehrwertsteuer von Fr. 292.10; Beilage zu BVGer act. 30) geltend. Vor dem Hintergrund, dass nur der notwendige Aufwand zu entschädigen ist (Urteil des BGer 8C_426/2018 vom 10. August 2018 E. 5.3), erscheint der geltend gemachte Aufwand von insgesamt 14.59 Stunden unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache, des Umfangs der Akten und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens als zu hoch, weshalb die Honorarnote zu kürzen ist. Mit Blick auf ähnlich gelagerte Fälle und die im Sozialversicherungsrecht geltende Untersuchungsmaxime (vgl.

dazu Urteil des EVG I 786/05 vom 12. September 2006 E. 4.1) ist der geltend gemachte Aufwand im Zusammenhang mit der Erarbeitung nur einer Rechtsschrift (Triplik vom 18. Oktober 2018, BVGer act. 26) von total 14.59 Stunden auf 11 Stunden zu reduzieren. Darin ist der Umstand berücksichtigt, dass die Verwendung eines Aktendossiers mit teilweise unsystematischer Paginierung und zum Teil unvollständigen Akten die Übersicht erschwert und damit den notwendigen Aufwand für die Vertretung etwas erhöht hat (vgl. dazu E. 2.1 - 2.3 hievor). Dementsprechend ist ein Aufwand von 11 Stunden zum geltend gemachten (tarifkonformen) Ansatz von Fr. 250.- pro Stunde zu entschädigen, was ein Honorar von Fr. 2'750.- ergibt. Die geltend gemachten Auslagen von Fr. 145.90, die nach Art. 9 Abs. 1 Bst. b VGKE grundsätzlich zu ersetzen sind, werden zwar nicht detailliert ausgewiesen, erscheinen aber angemessen und sind daher zu entschädigen. Die Mehrwertsteuer ist nur für Dienstleistungen geschuldet, die im Inland gegen Entgelt erbracht werden, nicht jedoch im vorliegenden Fall, in dem die Dienstleistung für den Beschwerdeführer mit Wohnsitz im Ausland erbracht worden ist (vgl. Urteil des BVGer C-6983/2009 vom 12. April 2010 E. 3.2). Dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ist somit zu Lasten der Vorinstanz eine Entschädigung von Fr. 2'895.90 (inkl. Auslagen; ohne Mehrwertsteuerzuschlag) zuzusprechen. (Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen).

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