

BVGer C-901/2014 vom 12. August 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-08-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-901_2014

FR: TAF C-901/2014 du 12 août 2015

IT: TAF C-901/2014 del 12 agosto 2015

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach den Vorschriften des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32), des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021 [vgl. auch Art. 37 VGG]) sowie des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1 [vgl. auch Art. 3 Bst. dbis VwVG]).

E. 1.2

Gemäss Art. 31 VGG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen im Sinne von Art. 5 VwVG, sofern - wie vorliegend - keine Ausnahme nach Art. 32 VGG gegeben ist. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.3

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, sodass er im Sinne von Art. 59 ATSG beschwerdelegitimiert ist (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht wurde (Art. 60 ATSG; Art. 52 VwVG), ist darauf einzutreten.

E. 2.1

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens können die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids gerügt werden (Art. 49 VwVG).

E. 2.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit

einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BGE 128 II 145 E. 1.2.2; 127 II 264 E. 1b).

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist ein in Spanien wohnhafter schweizerischer Staatsangehöriger, sodass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, im Folgenden: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG).

E. 3.2

Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

E. 3.3

Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

E. 3.4

Nach Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist die vom Träger eines Staates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Dies trifft im Verhältnis der Schweiz zu den einzelnen EU-Mitgliedstaaten nicht zu, weshalb die Frage des Anspruches auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften zu beurteilen ist (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 4.1

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1; 131 V 11 E. 1). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.1). Für die Beurteilung des

Leistungsanspruchs sind bis zum 31. Dezember 2007 das ATSG und das IVG in der Fassung vom 21. März 2003 [4. IV-Revision; AS 2003 3837], ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [5. IV-Revision; AS 2007 5129] und ab dem 1. Januar 2012 in der Fassung vom 18. März 2011 [6. IV-Revision; AS 2011 5659] mit den entsprechenden Fassungen der IVV [AS 2003 3859, 2007 5155, 2011 5679] massgebend.

E. 4.2

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (vorliegend: 15. Januar 2014) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen grundsätzlich Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 9C_803/2009 vom 25. März 2010 E. 5).

E. 5.1

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 geltenden Fassung) bzw. Art. 28 Abs. 2 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) 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. Laut Art. 28 Abs. 1ter IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 geltenden Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) 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 (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

E. 5.2

Nach den Vorschriften der 4. IV-Revision entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b IVG in der von 2004 bis Ende 2007 geltenden Fassung). Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

E. 5.3

Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall. Erwerbsunfähigkeit ist gemäss Art. 7 ATSG der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung

verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. 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. 6.1

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 ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit 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. 6.2

Einem Arztbericht kommt Beweiswert zu, wenn dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 6.3

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 122 V 157 E. 1c; 123 V 331 E. 1c; zur Beweiskraft von Stellungnahmen der Regionalen Ärztlichen Dienste vgl. Urteil des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4; BGE 137 V 210 E. 1.2.1).

E. 7

Umstritten und im vorliegenden Verfahren zu prüfen ist, ob die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen und den massgeblichen Sachverhalt genügend abgeklärt hat.

E. 7.1

Der Beschwerdeführer erlitt am 1. März 1986 beim Skifahren eine Meniskusverletzung am linken Knie. Nach insgesamt zehn Operationen wurde am 4. Januar 2008 eine Totalprothese im linken Kniegelenk implantiert. Daneben ist seit dem Jahr 2010 eine Herzkrankheit dokumentiert. Im Wesentlichen ergibt sich zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus den Akten was folgt:

E. 7.1.1

Bericht Dr. med. Fa. _____, Facharzt Orthopädische Chirurgie, vom 12. Januar 1993 (IVS/2-act. 2 S. 314), Diagnose: Unklare ventro-mediale Knieschmerzen links bei Status nach medialer Menishektomie und nach Riesenzelltumor am Ligamentum patellae links.

E. 7.1.2

Bericht Dr. med. Fb. _____, Facharzt Orthopädische Chirurgie, vom 21. März 2002 (IVS/2-act. 2 S. 312), Diagnose: Verdacht auf mediale Rest-Meniskus-Läsion links.

E. 7.1.3

Bericht Dr. med. Fb. _____, Facharzt Orthopädische Chirurgie, vom 19. Juli 2002 (IVS/2-act. 2 S. 312), Diagnose: Beginnende mediale Gonarthrose.

E. 7.1.4

Operationsbericht Dr. med. Fb. _____ vom 12. November 2002 (IVS/2-act. 2 S. 306 ff.), Diagnose: Status nach partieller vorderer Kreuzbandruptur mit Zyklopsbildung und Notch-Einengung links. Operation: Kniegelenksarthroskopie links mit Abtragung des VKB-Zyklops und Notch-Plastik.

E. 7.1.5

Zwischenberichte Dr. med. Fb. _____ vom 16. Dezember 2002 und 4. Juni 2003 (IVS/2-act. 2 S. 301 ff.), Diagnose: Unklare Kniebeschwerden links mit extensionsnahe Schnappphänomen.

E. 7.1.6

Zwischenbericht Dr. med. Fb. _____ vom 12. Februar 2004 (IVS/2-act. 2 S. 296), Diagnose: Verdacht auf laterale Meniskusläsion.

E. 7.1.7

Zwischenbericht Dr. med. Fb. _____ vom 20. Dezember 2004 (IVS/2-act. 2 S. 293 f.), Diagnose: Status nach Knie-Distorsion links am 20. September 2004.

E. 7.1.8

Zwischenbericht Dr. med. Fb. _____ vom 29. September 2006 (IVS/2-act. 2 S. 291 f.), Diagnose: Verdacht auf mediale Restmeniskusläsion links.

E. 7.1.9

Berichte Dr. med. Fc. _____, Facharzt Orthopädische Chirurgie, Spital G. _____, vom 10. September und 23. August 2007 (IVS/2-act. 2 S. 288 ff.), Diagnosen: Anteromediale Gonarthrose links; Status nach siebenfacher Voroperation mit Arthroskopie, Teilmenishektomie, Patellarsehnenverlängerung und Entfernung eines Riesenzelltumors.

E. 7.1.10

Operationsbericht Dr. med. Fc. _____ vom 13. September 2007 (IVS/2-act. 286 f.), Diagnosen: Narbige Adhäsionen im vorderen Gelenksabschnitt; Chondropathie in der Trochlea Outerbridge III; medialer Femurkondylus Outerbridge III; Status nach mehrmaligen Arthroskopien; Verlängerungstenotomie der Patellarsehne im linken Knie. Operation: Kniearthroskopie links.

E. 7.1.11

Austrittsbericht Dres. Fc. _____ und Fd. _____, Klinik Chirurgie G. _____, vom 8. September 2007 (IVS/2-act. 2 S. 285 f.), Diagnosen: Postoperative und posttraumatische narbige Adhäsionen im vorderen Gelenkabschnitt Knie links; Chondropathie femoropatellär und medialer Femurkondylus.

E. 7.1.12

Bericht Dr. med. Fc. _____ vom 4. Januar 2008 (IVS/2-act. 2 S. 280 f.), Diagnosen: Medial und femoropatellär betonte Gonarthrose mit grossflächiger Chondropathie in den betroffenen Kompartimenten links; Status nach multiplen Knieeingriffen, u.a. Patellarsehnenverlängerung und Arthroskopien; Status nach Skiunfall mit medialer Meniskusläsion und anschliessend arthroskopische Teilmeniskektomie 1986; Status nach bilanzierender KAS links, Adhäsiolyse im vorderen Gelenksabschnitt und Knorpelshaving im medialen und femoropatellären Kompartiment. Operation: Implantation einer zementfreien Knie-Totalprothese links.

E. 7.1.13

Bericht Dres. Fe. _____ und Ff. _____, Klinik H. _____, vom 22. Januar 2008 (IVS/2-act. 2 S. 278 f.), Diagnosen: Knie-Totalprothese links am 4.1.2008 bei Gonarthrose links; arterielle Hypertonie; Hypercholesterinämie; Adipositas; Schlafapnoesyndrom.

E. 7.1.14

Berichte Dr. med. Fc. _____ vom 26. Februar, 14. April und 28. Mai 2008 (IVS/2-act. 2 S. 272 ff.), Diagnosen: Status nach Implantation einer zementfreien Kniegelenks-Totalprothese links wegen posttraumatischer Gonarthrose; Adipositas; arterielle Hypertonie; Hypercholesterinämie; Varikosis beidseits; Status nach Schulterkontusion und Ellbogenkontusion rechts sowie Prellung des rechten Hemithorax nach Sturz am 12. Mai 2008. Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 100% ab 26. Februar 2008 und von 50% ab 14. April 2008.

E. 7.1.15

Berichte Dr. med. Fc. _____ vom 11. Juli, 28. August und 6. November 2008 (IVS/2-act. 2 S. 263 ff.), Diagnosen: Status nach Implantation einer Knie-Totalprothese links; chronisches Schmerzsyndrom links; Schulterbeschwerden rechts. Die Arbeitsfähigkeit betrage 50% für Bürotätigkeiten und kurze Gehstrecken, eine Gewichtsreduktion sei wünschenswert. Längere Gehstrecken über 2 Stunden und Stehen über 30 Minuten seien nicht zumutbar.

E. 7.1.16

Berichte Dr. med. Fc. _____ vom 14. Januar, 17. April und 23. Juli 2009 (IVS/2-act. 2 S. 256 ff.; IV-act. 26), Diagnosen: Status nach Implantation einer Knie-Totalprothese links; chronisches Schmerzsyndrom links; Adipositas (BMI > 35). Mit der Knieprothesenoperation sei der Ruheschmerz verbessert worden. Der Versicherte sei jedoch nach wie vor darauf angewiesen, bei Aktivitäten regelmässig Schmerzmittel einzunehmen, wobei sich die Schmerzmedikation im Rahmen halte. Angesichts des Bodymass-Indexes könnte eine Überbelastungssymptomatik in der Knochenstruktur durch eine Gewichtsreduktion von 20 kg günstig beeinflusst werden.

E. 7.1.17

Konsiliarärztliche Beratung Dr. med. Fg._____, Klinik I._____, vom 3. August 2009 (IV-act. 25), Diagnosen: Chronisches Knieschmerz-syndrom links mit mediolateraler Dysbalance; Status nach Implantation einer zementfreien Knie-Totalprothese links wegen medial betonter Gonarthrose; Status nach multiplen Kniegelenksoperationen, ausgehend von einer posttraumatischen medialen Meniskusläsion 1986; Adipositas. Gewichtsreduktion werde empfohlen. Das Zurücklegen längerer Gehstrecken, Treppensteigen, längeres Stehen und Heben von Lasten sei nicht möglich. Der Versicherte sei in der Tätigkeit als Liegenschaftsverwalter seit 14. April 2008 zu 50%, in einer angepassten Tätigkeit - etwa vermehrter Bürotätigkeit mit Wechselfunktionen zwischen Sitzen und kurzfristigem Stehen/ Herumgehen - zu mindestens 75% arbeitsfähig. Bei einer erfolgreich revidierten Kniegelenksprothese könne die Arbeitsfähigkeit gesteigert werden, jedoch sei mit einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf kaum zu rechnen.

E. 7.1.18

Berichte Dr. med. Fc._____ vom 14. Januar, 6. Juli und 17. August 2010 (IVS/2-act. 2 S. 235 ff.), Diagnosen: Status nach Implantation einer zementfreien Knie-Totalprothese links; chronisches Schmerzsyndrom linkes Knie; Status nach multiplen operativen Eingriffen nach Trauma am linken Knie; Adipositas (BMI > 35). Es bestehe Arbeitsfähigkeit von 50%, welche im Verlauf des Jahres 2010 auf 75% gesteigert werden sollte.

E. 7.1.19

Bericht Dr. med. Fh._____, Allg. Medizin, vom 21. Januar 2010 (IVS/1-act. 28), Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Hypertensive Herzkrankheit; metabolisches Syndrom; essentielle Hypertonie; Dyslipidämie und Hypertriglyceridämie; Adipositas. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Knie-Totalprothese links (2008); Status nach reaktiver Depression (2004); Status nach sensiblem Sulcus ulnaris Syndrom rechts (2006). Zumutbarkeitsprofil: Sitzende, wechselbelastende Tätigkeiten mit Bücken, Über-Kopf-Arbeiten, Heben, Tragen, auf Leitern/ Gerüste Steigen und (bedingt) Treppen steigen, ohne rein stehende und vorwiegend im Gehen ausgeübte Tätigkeiten, Kauern und Knien.

E. 7.1.20

Bidisziplinäres Gutachten der E._____ AG vom 9. November 2010 (IVS/2-act. 3 S. 13 ff.): Dr. med. Fi._____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, führte im orthopädischen Hauptgutachten aus, der Versicherte leide gemäss subjektiven Angaben an mehr oder weniger intensiv anhaltenden Kniegelenkschmerzen über den ganzen Tag verteilt, wegen denen er nachts auch aufwache. Zum Verlauf des 1986 erlittenen Knie-traumas sei kritisch anzumerken, dass zu einer erheblichen intraartikulären Druckbelastung des linken Kniegelenks beitragende Übergewicht habe die Entwicklung einer posttraumatischen Arthrose beschleunigt und gefördert. Die am 4. Januar 2008 infolge der rasch voranschreitenden posttraumatischen Gonarthrose erfolgte Prothesen-Versorgung sei günstig und mit weitgehend gutem Erfolg verlaufen. Die Beweglichkeit des linken Kniegelenks sei annähernd uneingeschränkt, dessen Belastbarkeit in einem geringen bis mässigen Mass eingeschränkt. Die Osteochondrose und Facettenarthrose seien zumindest anteilig auf das Übergewicht zurückzuführen. Knie und Wirbelsäule würden von einer Gewichtsreduktion von 35-40 kg profitieren. Zumutbarkeitsprofil: Zumutbare Sitzdauer 30 Minuten, Stehdauer 20 Minuten, Gehdistanz 20 Minuten. Statisch belastende Aktivitäten wie hockende, kniende oder kauende Tätigkeiten, häufiges Treppensteigen, Aufenthalt auf

unebenem Gelände, Gerüsten und Leitern sowie unfallgefährdete berufliche Verrichtungen seien dauerhaft zu meiden. In der bisherigen Tätigkeit als freischaffender Berater und Dolmetscher in Immobilienangelegenheiten sei der Versicherte optimal in der Lage, den Beeinträchtigungen des Kniegelenks Rechnung zu tragen und könne seine Positionen in freiem Ermessen wechselbelastend ändern. Somit resultiere unter Berücksichtigung des weitgehend erfolgreich verlaufenen Operationsergebnisses eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Dr. med. Fj._____, Facharzt für Neurologie, konnte bis auf eine Hypästhesie unterhalb der Patella links - welche ohne klinische Relevanz sei und vom Versicherte nicht beklagt werde - keine neurologischen Defizite eruieren. Die Knieschmerzen seien nicht neurogener Ursache. Auch aus neurologischer Sicht resultiere keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen oder einer Verweistätigkeit. Unfallabhängige Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Status nach operativer Versorgung des linken Kniegelenks mit Prothese vom 4. Januar 2008 nach umfangreicher operativer und konservativer Vorbehandlung; Kniegelenkpathologie beginnend mit Skiunfall vom 1. März 1986; röntgenologisch aktuell regelrecht liegendes TP-Material, keine Zeichen einer Prothesenlockerung, kein Erguss. Unfallunabhängige Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit blander linksconvexer lumbaler Torsionsskoliose sowie fortgeschrittener Osteochondrose und Spondylose L3/4, weniger ausgeprägte spondylotische Veränderungen in der oberen LWS; Facettenarthrose L3/S1; blander Beckentiefstand zu Gunsten von rechts. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Adipositas mit BMI 36 kg/ m²; komplikationslose mittelgradige konvolutartig verlaufende Varicosis der linken Oberschenkelinnenseite; Status nach Patellaoperation links mit subpatellarer Hypästhesiezone ohne klinische Relevanz; myofasciales Schmerzsyndrom bei Status nach Totalendoprothese linkes Knie (Januar 2008) mit belastungsabhängiger, passagerer Parästhesie linkes Bein ohne segmentalen Bezug; Schlafapnoe, Hypertonie, Hypercholesterinämie.

E. 7.1.21

Gutachten Dr. med. Fk._____, Facharzt für Orthopädie, vom 26. Januar 2011 (IVS/2-act. 3 S. 10 ff.): Der Versicherte beklage schmerzhafte Beschwerden im linken Knie bei einer Gehstrecke unter 20 Minuten und mediziere sich mit bis zu 100 Tropfen Tarmal und Opiaten. Bei der Untersuchung hätten sich reizlose Narbenverhältnisse gefunden ohne Anhalt für Mehrwärme, Schwellung oder Gelenkerguss. Unkomplizierter Heilungsverlauf nach implantierter Prothese im Januar 2008. Die Diskrepanz zwischen objektivierbarem Befund, guter Gelenkbeweglichkeit und der beklagten Schmerzsymptomatik lasse sich mit der Entwicklung einer autonomen Schmerzkrankheit bei 10 Voroperationen, Adipositas mit Überlastungssituation, der Enthesiopathie der linken Patellaspitze und mit Periost- und Trabekelschmerz von Seiten des linken Tibiakopfes erklären. Eine Arthrofibrose sei auszuschließen und es gebe keinen Anhalt für eine signifikante Schonungsatrophie der Beinmuskulatur. Aufgrund von Adipositas, Verdacht auf eine sich verselbständigende Schmerzkrankheit, ein Patellaspitzensyndrom und Zustand nach tiefer Beinvenenthrombose sei seit der letzten Operation vom 4. Januar 2008 Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Immobilienmakler im Aussendienst zu attestieren. Eine leichte körperliche Tätigkeit im Wechselrhythmus von Sitzen, Gehen und Stehen im Innendienst und Bürotätigkeit, ohne Treppensteigen, Heben und Tragen sei vollschichtig zumutbar. Es sei von einem Gesamtbehinderungsgrad von 25% ohne Verbesserungstendenz auszugehen.

E. 7.1.22

Bericht Dr. Ka. _____ vom 11. Januar 2012 (IV-act. 19), Diagnose nach Herzkatheteruntersuchung: Verengung der rechten Koronararterie.

E. 7.1.23

Bericht Dr. Kb. _____ vom 12. Januar 2012 (IV-act. 21), Diagnose: Koronare Mehrgefässerkrankung.

E. 7.1.24

Bericht Kc. _____ vom 16. Februar 2012 (IV-act. 18), Diagnosen: Hypercholesterinämie; essentielle Hypertonie; kardiale Arrhythmie; chronisch-venöse Insuffizienz; Parästhesie; Angst-störung; Gastritis; Duodenitis; ischämische Herzkrankheit mit Verdacht auf Koronarsyndrom.

E. 7.1.25

Bericht Kd. _____ vom 21. Mai 2012 (IV-act. 17), Diagnose: Schmerzen in der Knieprothese.

E. 7.1.26

Bericht Kc. _____ vom 31. Juli 2012 (IV-act. 14), Diagnose: Intermediäres Koronarsyndrom (ICD-9: 411.1).

E. 7.1.27

Stellungnahmen RAD-Arzt Dr. Fl. _____ vom 22. August und 15. November 2012 (IV-act. 36; act. 42): Es lägen folgende gesundheitlichen Probleme vor: Koronare Mehrgefässerkrankung mit erhaltener linksventrikulärer Funktion bei nur leicht eingeschränkter Beweglichkeit der Vorderwand; Status nach Einsetzen einer Knieprothese links bei Arthrose nach Meniskusverletzung 1986 und nachfolgend zahlreichen chirurgischen Eingriffen am Knie, wobei die Prothese eine femoropatelläre Protrusion und leichte Varusfehlstellung mit fraglicher Instabilität aufweise; chronisches Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und Skoliose sowie eine chronische-venöse Insuffizienz der unteren Extremitäten. Hauptdiagnose: Status nach Einsetzen einer Knieprothese links mit fraglicher Stabilität. Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Koronare Mehrgefässerkrankung; Lumbovertebralsyndrom. Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Adipositas; Hypercholesterinämie; arterielle Hypertonie. Der Versicherte sei in der angestammten Tätigkeit als Steuerberater im Umfang von 100%, in derjenigen als Taxifahrer im Umfang von 20% arbeitsfähig. Weitere mögliche Tätigkeiten seien Verkauf, Reparatur von Haushaltgegenständen, Kassierer, Billetverkäufer, Aufnehmen, Klassieren, Archivieren, Empfang, Telephonist, Datenbearbeitung. Infolge der vom Versicherten angegebenen Probleme beim Putzen, Einkaufen und der Wäsche ergebe sich ein Grad der Arbeitsunfähigkeit für Haushaltarbeiten von 17%.

E. 7.1.28

Bericht Ke. _____, Hospital de D. _____ vom 25. Oktober 2012 (IV-act. 47), Diagnosen: Atypischer Thoraxschmerz; chronische ischämische Herzkrankheit; Zweigegefässerkrankung; Adipositas; arterielle Hypertonie; Schlafapnoe-Syndrom.

E. 7.1.29

Bericht Kf. _____ vom 30. Oktober 2012 (IV-act. 48), Diagnosen: Chronische ischämische Herzkrankheit; Adipositas. Gewichtsreduktion sowie Verzicht auf Nikotin und Rauschmittel werde empfohlen.

E. 7.1.30

Bericht Kg. _____ vom 28. Dezember 2012 (IV-act. 57), Diagnose: Intermediäres Koronarsyndrom. 7.1.31 Bericht Kh. _____, Hospital de D. _____, vom 15. März 2013 mit Ergänzung vom 26. März 2013 (IV-act. 80, 82-83), Diagnosen: Chronische ischämische Herzkrankheit; arterielle Hypertonie; Schlafapnoe-Syndrom; Zweigefässerkrankung; Adipositas. Gewichtsreduktion und Verzicht auf Nikotin wird nahegelegt. Die Chirurgie sollte verschoben werden. 7.1.32 Bericht Ki. _____ vom 15. März 2013 (IV-act. 91): Eine Katheteruntersuchung habe, abgesehen von Stents, keine Verletzungen der rechten und linken Koronararterie zutage gebracht. 7.1.33 Bericht Kj. _____ vom 9. April 2013 (IV-act. 81): Die kardiologische Untersuchung sei aufgrund von Brustschmerzen erfolgt. Eine chirurgische Intervention werde abgelehnt, bis es das kardiologische Problem erlaube. Die Klinik des Knies sei unverändert, am rechten Handgelenk bestehe ein Ganglion. 7.1.34 Bericht Dr. Kk. _____, Hospital de D. _____, vom 26. April 2013 (IV-act. 86): Der Versicherte sei Raucher und leide an Allergie auf Pyrazolone sowie Adipositas. Eine Zweigefäss-Erkrankung sei mit 3 Stents versorgt worden. Seither berichte der Versicherte über Schmerzen in linken Hemithorax, der in Ruhe und bei Anstrengung ausstrahle. Eine neue Coronarographie habe keine neue Pathologie aufgezeigt. Diagnose: Thoraxschmerzen; instabile Angina pectoris; Photopsie im rechten Auge. 7.1.35 Bericht Kc. _____ vom 5. August 2013 (Beilage 17 zu BVGer-act. 1), Diagnosen: Angststörung; ischämische Herzkrankheit mit Episoden von Angina pectoris; kardiale Arrhythmie; Thoraxschmerz; Hypercholesterinämie; Gicht; essentielle Hypertonie; morbide Adipositas; intermediäres Koronarsyndrom. 7.1.36 Bericht Kl. _____, Hospital de D. _____, vom 10. Dezember 2013 (Beilage 9 zu BVGer-act. 1): Die Konsultation sei wegen Thoraxschmerzen erfolgt. Diagnose: Angina pectoris; ischämische Herzkrankheit; Zweigefässerkrankung. 7.1.37 Bericht Km. _____, Hospital de D. _____, vom 20. Februar 2014 (Beilage 13 zu BVGer-act. 4): Der Versicherte leide seit drei Monaten an minutenlangen Episoden von Schmerz in der Brust. Episoden von Angina im Belastungs- und Ruhezustand. Diagnose: Ischämische Herzkrankheit; koronare Zweigefässerkrankung. 7.1.38 Berichte Kc. _____ vom 13. März und 26. August 2014 (Beilagen zu BVGer-act. 7 und 22), Diagnosen: Hypercholesterinämie; essentielle Hypertonie, morbide Adipositas; intermediäres Koronarsyndrom; Hypertriglyceridämie; Extrasystolen; kardiale Arrhythmie; Synkope. 7.1.39 Bericht Dr. Kj. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 21. Mai 2014 (Beilage 25 zu BVGer-act. 16): Eine Revisionsoperation des linken Knies sei ausstehend. Der Versicherte weise eine Vorgeschichte und Symptomatik einer ischämischen Herzkrankheit und deshalb ein sehr hohes chirurgisches Risiko aus. Aus traumatologischer Sicht sei von einer chirurgischen Intervention abzuraten. 7.1.40 Bericht Dr. Kn. _____ vom 27. Juni 2014 (Beilage 22 zu BVGer-act. 16), Diagnose: Ischämische Herzkrankheit; Zweigefässerkrankung; Synkopen. Kammerflimmern während Katheterisierung, Defibrilierung durch Elektroschock. Der Versicherte habe erneute Synkopen mit Bewusstseinsverlust erlitten. Er sei stark gefährdet, einen plötzlichen Tod durch Kammerflimmern zu erleiden. Es werde angeraten, eine Referenzklinik aufzusuchen, um nach elektrophysiologischer Untersuchung einen Kardioverter-Defibrillator (ICD) zu implantieren. 7.1.41 Stellungnahme von Dr. Ko. _____, Vertrauensarzt des Schweizerischen Generalkonsulats, vom 3. September 2014 (Beilage zu BVGer-act. 22):

Das Herzleiden des Versicherten sei gravierend, ernsthaft, von hoher Morbidität und polysymptomatisch. Eine Unterstützung für die unentbehrlichsten Haushaltarbeiten sei empfehlenswert, da der Zustand des Herzkreislaufs keine Anstrengungen erlaube. Andererseits sei der Versicherte auch nicht total invalid, weshalb nur eine teilweise Hilfe notwendig sei. Eine Langzeituntersuchung des Herzrhythmus sowie je nach Befund angezeigte Implantation eines intrakardialen Defibrillators sei angezeigt.

8.1 Die Vorinstanz legte die Akten dem RAD zur versicherungsmedizinischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vor.

8.2 RAD-Arzt Dr. Fm. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin, äusserte sich in den Stellungnahmen vom 3. Mai und 4. Dezember 2013 (IV-act. 87; act. 111) dahingehend, gemäss medizinischer Dokumentation sei mit einer operativen Sanierung des linken Knies zuzuwarten. Aufgrund der Behinderung am Knie sei die Tätigkeit als Taxifahrer unzumutbar. Die von der Vorinstanz angenommenen Verweistätigkeiten seien nicht mit einer Belastung für das Knie verbunden. Die spanischen medizinischen Dokumente äusserten sich nicht zur Arbeitsfähigkeit. Bei der neu gestellten Diagnose Prinzmetal-Angina handle es sich um eine Sonderform der Angina pectoris, welche einer medikamentösen Behandlung besonders gut zugänglich sei. Zusätzliche Beeinträchtigungen würden nicht daraus resultieren. Die gesundheitliche Situation erscheine genügend klar, von einer unvollständigen Aktenlage könne nicht gesprochen werden.

8.3 RAD-Arzt Dr. Fn. _____, Facharzt für Innere Medizin, hielt in den Stellungnahmen vom 19. April und 25. September 2014 (Beilagen zu BVGer-act. 11, 20 und 25) fest, der Versicherte leide an belastungsabhängigen Kniegelenksschmerzen links bei Zustand nach Kniegelenksverletzung 1986 mit 10 Folgeoperationen und Implantation einer Totalprothese am 4.1.2008, an wiederholten Episoden von Brustschmerzen bei am 11.1.2012 erfolgreich behandelten Einengungen der Herzkranzgefässe und erhaltener Pumpfunktion, an Rückenbeschwerden sowie an einer nächtlichen Atemstörung, die mit einer Überdruckbeatmung behandelt werde. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Koronare Zweigefässerkrankung (I 120); chronische Schmerzen linkes Knie (M 17); chronisches Lumbovertebralsyndrom (M 47); obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom (G 47.3). Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Morbide Adipositas; chronisch venöse Insuffizienz der unteren Extremitäten; Gicht; Status nach Gastritis und Doudenitis, Operation Nasennebenhöhlenzyste (2000), Operation Wasserbruch (1998), Appendektomie und nach Tonsillektomie; Allergie auf Metamizol/Pyrazolon und Nicomorphin. Die Aktenlage sei vollständig und erlaube eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Die vom Beschwerdeführer eingereichten Unterlagen enthielten keine wesentlichen neuen Informationen und bildeten keine Bestätigung für eine Verschlechterung des Gesundheitszustands. Die Ultraschalluntersuchungen des Herzens wiesen nicht auf eine relevante Durchblutungsstörung hin. Betreffend die wiederholten Episoden von Brustschmerzen habe die Intervention vom 11. Januar 2012 ein gutes Behandlungsergebnis ergeben. Es gebe keine Hinweise auf eine signifikante Einschränkung oder drohende Kompromittierung der Kreislauffunktion. Aus der Stellungnahme von Dr. Ko. _____ vom 3. September 2014 ergebe sich, dass der Beschwerdeführer offenbar wiederholt Bewusstseinsverluste durchlebt habe. Es sei sinnvoll, zunächst zu überprüfen, ob deren Ursache durch Herzrhythmusstörungen bedingt sei. Zur Behandlung gelte es - wie beim Beschwerdeführer geschehen - zunächst allfällige relevante Einengungen der Herzkranzgefässe zu beheben, wobei der anhaltende Erfolg der Behandlung durch wiederholte radiologische Darstellungen der Herzkranzgefässe dokumentiert sei. Falls dies nicht zum Erfolg führe, sei eine Medikation oder je nach Art der Rhythmusstörung die

Implantation eines Herzschrittmachers oder intrakardialen Defibrillators durchzuführen. Unter diesen Umständen sei eine Tätigkeit als Taxifahrer nicht möglich. Eine administrative Tätigkeit sei jedoch weder durch die Herzproblematik bzw. das Auftreten der Bewusstseinsverluste noch die Schmerzmedikation dauerhaft eingeschränkt und gefährde die Gesundheit des Beschwerdeführers nicht. Auch in Bezug auf die Kniegelenksschmerzen sei der Beschwerdeführer eingehend abgeklärt worden. Es sei sinnvoll, die in den eingereichten Akten erwähnte anstehende Revisionsoperation der Knieprothese angesichts der Herzproblematik nicht durchzuführen. Dies habe jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Was das geforderte psychiatrische Gutachten angehe, so sei in der gesamten medizinischen Dokumentation nie ein psychiatrisches Leiden erwähnt worden. Im Ergebnis lasse sich die Arbeitsfähigkeit gestützt auf die vorliegende Dokumentation beurteilen und müsse die Notwendigkeit weiterer medizinischer Abklärungen verneint werden. Zudem könne der Beschwerdeführer aus den Beurteilungen spanischer Ärzte nichts zu seinen Gunsten ableiten, da die schweizerische Invalidenversicherung nicht an die Beurteilung ausländischer Versicherungsträger oder Ärzte gebunden sei.

E. 9.1

Gemäss Art. 59 Abs. 2bis IVG stehen die regionalen ärztlichen Dienste den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Gestützt auf die Stellungnahmen des RAD kann die IV-Stelle über die Leistungsberechtigung befinden, wobei sie auf diese nur abstellen kann, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen. Zudem müssen die Bericht erstattenden Ärzte über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_1063/2009 vom 22. Januar 2010 E. 4.2.3 mit Hinweis auf das Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2; vgl. zu den Anforderungen an Arztberichte E. 6 hievor.). Ein Aktenbericht ist zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild zu verschaffen (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95 E. 5d; Urteil 8C_514/2008 vom 31. März 2009 E. 5). Mithin hat sich ein Aktengutachten auf beweiskräftige Arztberichte abzustützen (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 9.2

Bei den Stellungnahmen der RAD-Ärzte Dr. Fm. _____ sowie Dr. Fn. _____ handelt es sich um Aktenbeurteilungen. Eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers durch einen Arzt des RAD ist nicht erfolgt. Die vorstehend genannten Anforderungen an Arztberichte und von RAD-Ärzten vorgenommene Aktenbeurteilungen sind im vorliegenden Verfahren nicht erfüllt. Die vom Beschwerdeführer eingereichten spanischen Arztberichte sind teilweise äusserst rudimentär und beschränken sich auf die Auflistung von Diagnosen und Wiedergabe von Testergebnissen. Insbesondere in Bezug auf das Herzleiden liegt kein lückenloser Untersuchungsbefund vor. So ist die Ursache der wiederholt auftretenden Bewusstseinsverluste noch immer ungeklärt. Insbesondere ist unklar, ob die Bewusstseinsverluste auf - möglicherweise gefährliche - Herzrhythmusstörungen zurückgehen und ob die Implantation eines Defibrillators notwendig ist. Zudem sind die Diagnosen oftmals unpräzise und weichen voneinander ab. So ist in den Berichten von einer Verengung der rechten Koronararterie (IV-act. 19), einer koronaren Mehrgefässerkrankung

(IV-act. 21, 36, 42), einer Zweigefässerkrankung (IV-act. 47, 80; Beilage 9 zu BVGer-act. 1), einer (chronischen) ischämischen Herzkrankheit (IV-act. 18, 47, 48, 80), einem intermediären Koronarsyndrom (IV-act. 14, 57), atypischem Thoraxschmerz (IV-act. 47, 86) oder Angina pectoris (IV-act. 86, Beilagen 9, 13 und 17 zu BVGer-act. 1) die Rede. Bei letzterer ist mangels Präzisierung und Angabe des ICD-10 Codes unklar, ob es sich um eine instabile Angina pectoris (ICD-10: I20.0), eine Prinzmetal-Angina (ICD-10: I20.1) oder eine andere Form der Angina pectoris (ICD-10: I20.8, I20.9) handelt. Von einer abschliessenden Beurteilung der Beschwerden und einem vollständig erstellten, klaren Sachverhalt kann unter diesen Umständen keine Rede sein. Des Weiteren sind die spanischen Arztberichte insofern mangelhaft, als sie keinerlei fachärztliche Beurteilung der Leistungsfähigkeit mit Ausführungen zu Dauer und Umfang einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit enthalten und aus der Mehrheit der Berichte nicht hervorgeht, über welche fachliche Qualifikation die Bericht erstattenden Ärzte verfügen.

E. 9.3

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers erweist sich auch in psychiatrischer Hinsicht als unvollständig abgeklärt. RAD-Arzt Dr. Fn._____ führte diesbezüglich in seinen Stellungnahmen vom 19. April und 25. September 2014 (Beilagen zu BVGer-act. 11, 20 und 25) aus, in der gesamten medizinischen Dokumentation werde nie ein psychiatrisches Leiden erwähnt, weshalb keine Notwendigkeit für das geforderte psychiatrische Gutachten bestehe. Diese Feststellung ist jedoch aktenwidrig. So findet sich im Bericht von Dr. Fh._____ vom 21. Januar 2010 (IVS/1-act. 28) die Diagnose eines Status nach reaktiver Depression. Dr. Fk._____ äusserte im Gutachten vom 26. Januar 2011 den Verdacht auf eine sich verselbständigende Schmerzkrankheit, wobei aus dem Gutachten nicht hervorgeht, ob es sich hierbei um eine somatisch bedingte Problematik aufgrund der orthopädischen Beschwerden oder um ein psychiatrisches Beschwerdebild im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung handelt. Schliesslich ist im Bericht von Kc._____ vom 16. Februar 2012 (IV-act. 2012) eine Angststörung festgehalten. Somit bestehen durchaus Hinweise auf psychiatrische Beschwerden, welche von der Vorinstanz nicht abgeklärt worden sind.

E. 9.4

In orthopädischer Hinsicht begründet der Beschwerdeführer den Abklärungsbedarf mit der schlecht sitzenden, revisionsbedürftigen Knieprothese sowie einem Lumbovertebralsyndrom bei degenerativer Veränderung der Wirbelsäule mit Skoliose. Aus dem Bericht von Dr. Kj._____ vom 21. Mai 2014 (Beilage 25 zu BVGer-act. 16) ergibt sich, dass eine Revisionsoperation der Knieprothese links ausstehend sei. Aufgrund der Vorgeschichte und Symptomatik einer ischämischen Herzkrankheit bestehe jedoch ein hohes chirurgisches Risiko, weshalb aus traumatologischer Sicht von einer chirurgischen Intervention abgeraten werde. Dies erscheint glaubhaft, wurde doch bereits in der konsiliarärztlichen Beratung vom 3. August 2009 (IV-act. 25) festgehalten, eine erfolgreiche Revision der Knieprothese könne einen Grossteil der Beschwerden eliminieren. Die Beurteilung der orthopädischen Situation betreffend das Kniegelenk links ohne und prognostisch nach erfolgreich durchgeführter Revisionsoperation (unter der Annahme eines üblichen Resultats) erweist sich angesichts der Aktenlage als notwendig. Bei dieser Gelegenheit ist von einem Facharzt in kardiologischer Sicht zu beurteilen, ob eine Operation der Knieprothese angesichts des Herzleidens überhaupt zumutbar ist. Eine Abklärung des Gesundheitszustands in orthopädischer Hinsicht erweist sich auch im

Hinblick auf die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule sowie der Arthrosen als unumgänglich.

E. 9.5

Mangels Klarheit, Beweiskraft und Vollständigkeit der Aktenlage erlaubt die Aktenbeurteilung des RAD keine sicheren Rückschlüsse auf die Gesundheitssituation sowie die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Die Stellungnahmen des RAD erweisen sich aber auch aus anderen Gründen als mangelhaft bzw. nicht verwertbar. So fehlt den konsultierten RAD-Ärzten die vorliegend notwendige fachliche Qualifikation, um eine anforderungsgemässe Leistungsbeurteilung vornehmen zu können, handelt es sich bei Dr. Fn. _____ und Dr. Fm. _____ nicht um Fachärzte in Kardiologie, Orthopädie und Psychiatrie, sondern um Fachärzte für Innere bzw. Allgemeine Medizin. Schliesslich begründen weder der RAD noch die Vorinstanz ihre Beurteilungen der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in der Arbeitstätigkeit und im Haushalt. Die Vorinstanz begnügt sich diesbezüglich in ihrer Vernehmlassung (BVGer-act. 11) mit einem Verweis auf das Urteil des Verwaltungsgerichts C. _____ vom 18. November 2011 (IVS/2-act. 4). Indessen entfaltet das entsprechende Urteil keine Bindungswirkung für das Bundesverwaltungsgericht und ist zudem nicht einschlägig, da es sich beim in Frage stehenden Anspruch um Versicherungsleistungen nach UVG handelte. Entsprechend bildete das Herzleiden des Beschwerdeführers als unfallfremde Beeinträchtigung nicht Gegenstand des orthopädisch-neurologischen Gutachtens der E. _____ AG vom 9. November 2010 (IVS/2-act. 3 S. 13 ff.), wurde auch nicht anderweitig fachärztlich untersucht und nicht in die Invaliditätsbemessung einbezogen. Vielmehr beschränkte sich das Urteil auf die Untersuchung der Beeinträchtigung durch die nach dem Unfall vom 1. März 1986 aufgetretenen Kniebeschwerden. Aus diesen Gründen können die Ausführungen des Verwaltungsgerichts C. _____ nicht in das vorliegende Verfahren übernommen werden und wird die Vorinstanz mit dem blossen Verweis ihrer Pflicht zur Sachverhaltsabklärung nicht gerecht.

E. 10

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Vorinstanz kein umfassendes und präzises Bild der Gesundheitsbeschwerden des Beschwerdeführers in kardiologischer, psychiatrischer und orthopädischer Sicht machen konnte. Mangels einer zuverlässigen medizinischen Gesamtbeurteilung und infolge einer unvollständigen Abklärung der Leistungsfähigkeit in der Arbeitstätigkeit sowie im Haushalt ist es dem Bundesverwaltungsgericht nicht möglich, aufgrund der Akten mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe, in welchem Umfang und ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Im vorinstanzlichen Verfahren sind demnach infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche, medizinische Aspekte vollständig ungeklärt geblieben, weshalb sich eine Rückweisung an die Vorinstanz rechtfertigt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; 139 V 99 E. 1.1; Urteil des BGer 8C_633/2014 vom 11. Dezember 2014 E. 3.2). Die Beschwerde ist somit teilweise gutzuheissen, die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur gutachterlichen Abklärung der bisher vollständig ungeklärt gebliebenen Frage der kardiologischen, psychiatrischen und orthopädischen Beschwerden mitsamt deren Auswirkungen auf die Invalidität in der Arbeitstätigkeit und im Haushalt an die Vorinstanz zurückzuweisen. Auf die vom Beschwerdeführer geforderte Durchführung eines

rheumatologischen Gutachtens kann jedoch verzichtet werden, da das Beschwerdebild bereits durch eine orthopädische Untersuchung abgedeckt werden kann. Im Ergebnis hat die Vorinstanz eine kardiologische, orthopädische und psychiatrische Begutachtung nach dem Zufallsprinzip zu veranlassen und anschliessend neu in der Sache zu verfügen.

E. 11

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 11.1

Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt, sind weder dem Beschwerdeführer noch der Vorinstanz Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 e contrario und 2 VwVG; vgl. BGE 132 V 215 E. 6.1).

E. 11.2

Der durch einen schweizerischen Rechtsanwalt vertretene 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]). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen Aufwandes wird die Parteientschädigung auf Fr. 2'800.- (ohne MWSt, die vorliegend nicht geschuldet ist, vgl. Art. 1 Abs. 2 i.V.m. Art. 8 Abs. 1 des Mehrwertsteuergesetzes [MWStG] sowie Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE) festgesetzt.

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