



---

Abteilung III  
C-4368/2011

## Urteil vom 5. Juni 2013

---

Besetzung

Richterin Franziska Schneider (Vorsitz),  
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz, Richter Beat Weber,  
Gerichtsschreiber Tobias Merz.

---

Parteien

A. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA**, Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2,  
Vorinstanz.

---

Gegenstand

Rentengesuch.

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

Der 1954 geborene A.\_\_\_\_\_ (*im Folgenden*: Versicherter oder Beschwerdeführer) wohnt in Deutschland und ist deutscher Staatsangehöriger. Der gelernte Maler/Lackierer arbeitete von Februar 1995 bis April 2010 als Industrielackierer im Schichtbetrieb in der Schweiz und leistete in diesen Jahren Beiträge an die obligatorische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; Akten [*im Folgenden*: act.]) der IV-Stelle Aargau 22, 26 und 27).

**B.**

Aufgrund der gesundheitlichen Folgen eines Unfalls vom 1. Juli 1995 (Verletzung des linken Knies) erbrachte die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (*im Folgenden*: Suva) Leistungen für die Heilbehandlung, Taggelder und eine Integritätsentschädigung (act. 68). Im November 2011 leitete die Suva die Rentenprüfung ein (act. 25).

Mit Verfügungen vom 19. Februar 2003 sprach die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*im Folgenden*: IVSTA oder Vorinstanz) dem Versicherten eine befristete ganze ordentliche Invalidenrente für den Zeitraum vom 1. November 2001 bis 31. Mai 2002 zu (act. 17).

**C.**

Am 25. Oktober 2009 beantragte der Versicherte bei der IV-Stelle Aargau Leistungen wegen gesundheitsbedingter Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (act. 22). Die IV-Stelle veranlasste im Wesentlichen die folgenden Abklärungen und stützte sich auf folgende Akten:

- Befragung des Versicherten mittels Fragebogen (datiert: 10. November 2009; act. 26); der Versicherte machte im Wesentlichen geltend, er sei aufgrund von Beschwerden und Einschränkungen im linken Knie und in der linken Schulter in seiner bisherigen Tätigkeit zu 50% eingeschränkt;
- Abklärung mittels Fragebogen bei der Arbeitgeberin, B.\_\_\_\_\_ (datiert: 13. November 2009; act. 27), wo der Versicherte seit 1995 angestellt war;
- Beizug der versicherungstechnischen und medizinischen Akten der Suva (act. 24, 25, 30, 34, 35, 36, 37, 40 und 41);

- Bericht des Suva Kreisarztes vom 9. Oktober 2009; Dr. med. C.\_\_\_\_\_ fasste die medizinischen Akten zusammen und untersuchte den Versicherten im Rahmen einer kreisärztlichen Abschlussuntersuchung; im Juni 1995 erlitt der Versicherte eine Verletzung des linken Meniskus, welche in der Folge zu Schmerzen und immer wieder zu Arbeitsunfähigkeiten führte; das Knie wurde insgesamt zwölfmal operiert; am 8. April 2008 wurde dem Versicherten eine Knie-Totalendoprothese (*im Folgenden: Knie-TEP*) implantiert; 2005 wurde nach einem Unfallereignis ein Impingement Syndrom der linken Schulter festgestellt; der Suva Kreisarzt hielt die folgenden Diagnosen und Befunde fest: schwere post-traumatische Gonarthrose links (Unfallfolge), Gonarthrose rechts und Schulterschmerzen links (nicht unfallkausal); aufgrund der Funktionseinschränkung des linken Knies und der Einschränkung beim Heben und Tragen von Lasten attestierte der Kreisarzt eine bleibende Einschränkung von 50% in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit; wechselbelastende, mittelschwere Tätigkeiten ohne Knien und Kauern, ohne Tragen von Lasten auf unebenem Gelände, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne repetitives Treppegehen und ohne Heben von Lasten >5kg mit dem linken Arm über Kopfhöhe seien vollschichtig zumutbar (act. 24 S. 3ff.);
- Berichte der Universitätsklinik D.\_\_\_\_\_ über einen stationären Aufenthalt vom 2. März 2010 bis 10. März 2010 aufgrund von zunehmender Atemnot und Husten; radiologisch zeigten sich Veränderungen der Lungen (multiple kleine Lungenrundherde); histopathologisch zeigten sich keine Hinweise für eine Malignität; bei der kardiologischen Untersuchung konnte eine Verengung der Koronararterien ausgeschlossen werden (act. 32 und 34);
- Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde, vom 18. April 2010 an die Suva; zusammenfassend wurde eine obstruktive Bronchitis und eine Neigung zu Allergien mit Rhinokonjunktivitis festgestellt; die Lungenfunktionsprüfung ergab eine fortbestehende leicht- bis mittelgradige Ventilationsstörung; die Ursache für die Lungenveränderungen konnte nicht geklärt werden; versuchsweise wurde die Fortsetzung der bisherigen Tätigkeit unter den Auflagen des Arbeitnehmerschutzes empfohlen (act. 34);

- Arbeitsmedizinischer Abklärungsbericht der Suva vom 11. Juni 2010; Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin und Allgemeinmedizin, erachtete einen Zusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit und den Lungenveränderungen aufgrund der vorliegenden Untersuchungen als unwahrscheinlich, ordnete aber weitere Untersuchungen zur Abklärung einer allfälligen beruflichen Verursachung an (act. 37 und act. 40 S. 5);
- Bericht des regionalärztlichen Dienstes (RAD) Mittelland vom 2. März 2011; der RAD-Arzt Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, untersuchte den Versicherten am 1. März 2011 und hielt unter dem Titel «Diagnosen» zusammengefasst Folgendes fest: unklare Lungenaffektion, posttraumatische Gonarthrose links, Status nach Kniegelenkersatz links mit stabilem Sitz und guter Funktion, Status nach Knie-distorsion rechts mit aktuell beschwerdefreiem Kniegelenk, Varicosis links>rechts; in seiner Beurteilung hielt der RAD-Arzt fest, der Versicherte sei aus medizinisch/orthopädischer Sicht im Wesentlichen voll leistungsfähig, sofern auf die eingeschränkte Funktion und Belastbarkeit des linken Kniegelenks Rücksicht genommen werde; am zweckmässigsten sei eine sitzende Tätigkeit mit gelegentlichem Aufstehen ohne Lastentragen, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten, und ohne regelmässiges Besteigen von Treppen und Stufen; die Lungenerkrankung, welche sich noch in Abklärung befinde, stelle kein wesentliches Handicap für einen Arbeitseinsatz dar; im Bereich der oberen Extremitäten bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit; eine angepasste Tätigkeit sei mit zeitlich uneingeschränktem Rendement möglich; weitere medizinische Abklärungen seien nicht indiziert (act. 49);
- Zusatzbericht des regionalärztlichen Dienstes (RAD) Mittelland vom 1. April 2011; Prof. G.\_\_\_\_\_ bestätigte, dass die Auswirkung des Gesundheitsschadens auf die Arbeitsfähigkeit im April 2008 eingetreten sei, und dass die volle Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ab August 2008 bestanden habe (act. 51).

#### **D.**

Mit Vorbescheid vom 5. April 2011 stellte die IV-Stelle Aarau dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Seit 25. März 2008 bestehe eine teilweise Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Seit Anfang August 2008 sei eine leidensangepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar. Aufgrund der Lohnstatistik und nach Berücksichti-

gung eines Leidensabzuges von 10 % sei im Jahr 2008 auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ein Invalideneinkommen von CHF 51'905.- erzielbar gewesen. Gemäss Angaben der Arbeitgeberin hätte das hypothetische Einkommen ohne gesundheitliche Einschränkung (Valideneinkommen) im Jahr 2008 CHF 65'910.- betragen. Der Vergleich des Invalideneinkommens mit dem Valideneinkommen führe zu einem Invaliditätsgrad von 21%, welcher nicht zu einem Rentenanspruch führe (act. 52).

#### E.

Mit Eingaben vom 18. April 2011 (act. 53) und vom 6. Mai 2011 (act. 56) nahm der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Jörg Prinz, Stellung zum Vorbescheid. Mit der Stellungnahme wurde ein Zeugnis des behandelnden Arztes des Versicherten, Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 30. April 2011 eingereicht (act. 56). Der Hausarzt hielt die folgenden Diagnosen fest:

- Psoriasis;
- Spondylarthropathia psoriatica;
- Zustand nach Tibia Valgisationsosteotomie links und tiefer Beinvenentrombose links 2001;
- Chondrocalcinose links und Chondromalacie Grad III, mediale Gonarthrose links posttraumatisch, Zustand nach lateraler Teilmeniscektomie, partieller Synovektomie, Knorpelglättung und Abtragung der Chondrocalcinoseherde des linken Knies 2/06 und 6/07 und Knie-TEP links 4/08;
- Zustand nach Rotatorenmanschettenruptur links 2005;
- Obstruktive Bronchitis, Rhinokonjunktivitis allergica, Ausschluss Sarkoidose,
- noch nicht behandlungsbedürftiges Schlaf- Apnoe- Syndrom.

Der behandelnde Arzt führte in seinem Zeugnis aus, die orthopädische Situation sei so kompliziert, dass ein fachärztliches Gegengutachten sinnvoll sei. Er erachte den Versicherten als arbeitsunfähig.

Am 26. Mai 2011 dokumentierte die Suva die IV-Stelle Aarau erneut mit den Akten der Unfallversicherung (act. 59). Aufgrund der Kniebeschwer-

den richtete die Suva ein Taggeld von 50% aus und prüfte die Leistungszuständigkeit für die durch die Atemwegerkrankung bedingte weitergehende Arbeitsunfähigkeit. Im Februar 2011 wurde der Versicherte hinsichtlich verschiedener Substanzen (Standardreihe und Epoxidharz-Systeme) allergologisch untersucht. Mit Bericht vom 2. März 2011 teilten die Dres. med. I.\_\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_\_, Fachärzte für Dermatologie und Allergologie, der Suva mit, dass keine Sensibilisierung gegen die getesteten Substanzen nachgewiesen werden konnte. Auf Veranlassung des Arbeitsmediziners beantragte die Suva beim behandelnden Pneumologen Dr. E.\_\_\_\_\_ einen Verlaufsbericht bezüglich der Lungenkrankheit, da noch nicht abschliessend beurteilt werden könne, ob es sich um eine Berufskrankheit handle (act. 59).

Mit Bericht vom 6. Juni 2011 nahm der RAD-Arzt Prof. G.\_\_\_\_\_ zu den neu eingereichten medizinischen Unterlagen (Arztbericht Dres. I.\_\_\_\_\_/J.\_\_\_\_\_ vom 2. März 2011 und Arztbericht von Dr. H.\_\_\_\_\_ vom 30. April 2011) Stellung (act. 61). Nach seiner Beurteilung haben gravierende gesundheitliche Störungen mit Auswirkungen auf eine (angepasste) Arbeit aus der Krankengeschichte und der aktuellen, schwerpunktmässig orthopädischen Untersuchung nicht identifiziert werden können. Die von Dr. H.\_\_\_\_\_ aufgelisteten Diagnosen seien in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anlässlich der Untersuchung vom 1. März 2011 bereits berücksichtigt worden oder ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Die Diagnose Psoriasis sei bei schmerzfreiem und ausreichend beweglichem Rücken und freien Gelenken nicht relevant. Durch die Implantation einer Knie-TEP mit zufriedenstellendem Resultat seien die das linke Knie betreffenden Diagnosen nicht mehr von Bedeutung. Anlässlich der Untersuchung vom 1. März 2011 habe beidseits eine gute Funktion der Schultern demonstriert werden können. Gemäss Austrittsbericht der Universitätsklinik D.\_\_\_\_\_ habe am 10. März 2010 ein guter kardiorespiratorischer Allgemeinzustand bestanden. Die vom Hausarzt bescheinigte vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit könne nicht nachvollzogen werden.

Mit Verfügung vom 29. Juni 2011 (act 66) wies die IVSTA gestützt auf die Feststellungen der IV-Stelle Aarau das Leistungsbegehren ab, hielt an der Begründung des Vorbescheids fest und verwies auf die Einschätzung des RAD vom 6. Juni 2011.

## **F.**

Mit Eingabe vom 8. August 2011 liess der Versicherte Beschwerde beim

Bundesverwaltungsgericht erheben und sinngemäss die Aufhebung der Verfügung vom 29. Juni 2011 sowie die weitere Abklärung des Sachverhalts beantragen. Dem Versicherten seien auch leichte Hilfsarbeiten nicht mehr zumutbar. Zum Beweis wurde die Einholung eines Sachverständigengutachtens beantragt (Akten im Beschwerdeverfahren [*im Folgenden: BVGer-act.*] 1).

**G.**

In ihrer Vernehmlassung vom 21. September 2011 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung. Zur Begründung wurde auf die Akten des Verwaltungsverfahrens verwiesen (BVGer act. 4).

**H.**

Der mit Zwischenverfügung vom 29. September 2011 eingeforderte Kostenvorschuss in der Höhe von CHF 400.- für die Verfahrenskosten (Zahlungstermin: 31. Oktober 2011) wurde am 14. Oktober 2011 überwiesen (BVGer-act. 5 und 7).

**I.**

Mit Zwischenverfügung vom 29. September 2011 wurde dem Beschwerdeführer Gelegenheit zur Einreichung einer Replik gegeben (BVGer act. 5). Am 28. Oktober 2010 ersuchte der Beschwerdeführer um Fristerstreckung zur Einreichung der Replik, da ein Klinikbericht, der für das Verfahren erheblich sei, noch nicht vorliege (BVGer-act. 8 und 9). Mit Instruktionsverfügung vom 1. November 2011 erstreckte die Instruktionsrichterin die Frist zur Einreichung der Replik bis zum 18. November 2011 (BVGer-act. 10). Da innerhalb der erstreckten Frist keine Replik eingereicht wurde, schloss die Instruktionsrichterin den Schriftenwechsel mit Verfügung vom 6. Dezember 2011 unter Vorbehalt weiterer Instruktionsmassnahmen (BVGer-act. 11).

**J.**

Mit Verfügung vom 20. März 2013 (BVGer-act. 12) ersuchte die Instruktionsrichterin die Vorinstanz um Einholung der Akten der Unfallversicherung ab 3. Mai 2011 und um Einreichung derselben an das Bundesverwaltungsgericht.

**K.**

Mit Eingabe vom 15. April 2013 reichte die Vorinstanz weitere Akten der

Unfallversicherung ein (BVGer-act. 13), welche im wesentlichen den folgenden Verlauf der Abklärungen zeigten:

- Bei der arbeitsmedizinischen Abklärung vom 18. Oktober 2011 wurde eine chronische obstruktive Bronchitis, die teilweise auf die berufliche Tätigkeit des Versicherten zurückzuführen sei, diagnostiziert; die Fortführung der Tätigkeit als Industrielackierer sei nicht mehr zumutbar;
- die Suva erklärte den Versicherten mit Verfügung vom 6. November 2012 rückwirkend ab 1. Februar 2010 als nicht geeignet für die Tätigkeit als Industrielackierer;
- gemäss kreisärztlicher Untersuchung vom 6. November 2012 von Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, habe sich am Zumutbarkeitsprofil, wie es anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 9. Oktober 2009 festgelegt wurde, zwischenzeitlich nichts verändert.

#### **L.**

Auf die weiteren Ausführungen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

### **Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

#### **1.**

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Zuständigkeit und die Sachurteilsvoraussetzungen von Amtes wegen.

**1.1** Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich im Wesentlichen nach den Vorschriften des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2006 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. d<sup>bis</sup> VwVG]). Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2; vgl. auch Art. 53 Abs. 2 VGG).

**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 IVSTA, die mit Verfügungen über Leistungsgesuche befasst (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.

**1.3** Nach Art. 48 Abs. 1 VwVG ist zur Beschwerdeführung vor dem Bundesverwaltungsgericht legitimiert, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (vgl. auch Art. 59 ATSG). Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren als Partei teilgenommen. Als Verfügungsadressat ist er durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse.

**1.4** Der Kostenvorschuss wurde rechtzeitig geleistet. Die Eingabe erfolgte frist- und formgerecht, so dass darauf eingetreten werden kann (vgl. Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

**1.5** Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Verfügung vom 29. Juni 2011, mit welcher die Vorinstanz das Rentenbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Abzustellen ist auf jenen Sachverhalt, der zur Zeit des angefochtenen Entscheides gegeben war (vgl. dazu BGE 132 V 375).

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

## **2.**

Im Folgenden werden für die Beurteilung der Streitsache wesentliche Bestimmungen und von der Rechtsprechung dazu entwickelte Grundsätze dargestellt.

**2.1** Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten

andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist.

**2.1.1** Anhang II des FZA betreffend die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit wurde per 1. April 2012 geändert (Beschluss Nr. 1/2012 des Gemischten Ausschusses vom 31. März 2012; AS 2012 2345). Vorliegend ist auf die bis Ende März 2012 gültige Fassung (vgl. namentlich AS 2002 1527, AS 2006 979 und 995, AS 2006 5851, AS 2009 2411 und 2421) abzustellen, wonach die Vertragsparteien untereinander insbesondere folgende Rechtsakte (oder gleichwertige Vorschriften) anwenden (Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Abschnitt A Anhang II des FZA): 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 (AS 2004 121 [vgl. auch AS 2008 4219, AS 2009 4831]; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71) sowie die Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (AS 2005 3909 [vgl. auch AS 2009 621, AS 2009 4845]; nachfolgend: Verordnung Nr. 574/72). Im Rahmen des FZA ist auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

**2.1.2** Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Bürger der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit – wie vorliegend – weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. insb. Art. 2 Abs. 1, Art. 3 Abs. 1 und Art. 4 Abs. 1 Bst. b der Verordnung [EWG] Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 [SR 0.831.109.268.1]). Noch nicht zu beachten sind vorliegend die am 1. April 2012 für die Schweiz anwendbar gewordenen neuen EU-Verordnungen (insb. Verordnung [EG] Nr. 883/2004 und Verordnung [EG] Nr. 987/2009).

**2.1.3** Nach Art. 40 Abs. 4 der Verordnung Nr. 1408/71 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 V dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Eine entsprechende Übereinstimmungserklärung zwischen deutscher und schweizerischer Rechtsordnung besteht nicht. Die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz sind nicht an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S.179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E.2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, *heute*: Bundesgericht] vom 11. Dezember 1981 i.S. D; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

**2.2** In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen materiellrechtlichen Rechtsätze 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).

**2.2.1** Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 29. Juni 2011 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind. Vorliegend sind dies insbesondere das IVG in der Fassung vom 6. Oktober 2006 (5. IV-Revision; AS 2007 5129), die Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201; in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Revision) sowie das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11). Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (für das IVG: Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]).

**2.2.2** Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invalidität und des Einkommensvergleichs entsprechen den bisherigen von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1 ff.). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der 5. IV-Revision nichts geändert,

weshalb im Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

**2.3** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Nach Art. 4 IVG kann die Invalidität Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Abs. 1); sie gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Abs. 2). Der Begriff der Invalidität ist demnach nicht nach medizinischen Kriterien definiert, sondern nach der Unfähigkeit, Erwerbseinkommen zu erzielen oder sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (vgl. BGE 110 V 273 E. 4a, BGE 102 V 165). Der Invaliditätsgrad ist also grundsätzlich nach wirtschaftlichen und nicht nach medizinischen Grundsätzen zu ermitteln. Bei der Bemessung der Invalidität kommt es somit einzig auf die objektiven wirtschaftlichen Folgen einer funktionellen Behinderung an, und nicht allein auf den ärztlich festgelegten Grad der funktionellen Einschränkung (vgl. BGE 110 V 273; ZAK 1985 S. 459).

**2.4** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades von erwerbstätigen Personen wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; Art. 16 ATSG und Art. 28a Abs. 1 IVG). Dabei sind die Erwerbs- bzw. Arbeitsmöglichkeiten nicht nur im angestammten Beruf bzw. der bisherigen Tätigkeit, sondern – wenn erforderlich – auch in zumutbaren anderen, sogenannten Verweisungstätigkeiten zu prüfen (vgl. BGE 110 V 273). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenüber gestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfü-

gungserlass respektive bis zum Einspracheentscheid zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4).

Für die Ermittlung des Einkommens, welches der Versicherte ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen), ist entscheidend, was er im fraglichen Zeitpunkt nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein gültigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b, BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen) als Gesunder tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Grundsatz müssen ebenfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erwiesen sein, damit sie berücksichtigt werden können.

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist – wie hier – kein tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen nach Eintritt der Invalidität mehr gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder zumindest keine zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so sind nach der Rechtsprechung die gesamtschweizerischen Tabellenlöhne gemäss den vom BFS periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) heranzuziehen (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Massgebend sind dabei die monatlichen Bruttolöhne (Zentralwerte) im jeweiligen Wirtschaftssektor. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens anhand von Tabellenlöhnen bei Versicherten, die nach Eintritt des Gesundheitsschadens lediglich noch leichte und intellektuell nicht anspruchsvolle Arbeiten verrichten können, ist in der Regel vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn für Männer oder Frauen bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4 des Arbeitsplatzes) auszugehen. Dabei sind in erster Linie die Lohnverhältnisse im privaten Sektor massgebend (SVR 2002 UV Nr. 15 E. 3c cc). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b bb). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitstätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen

Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 124 V 321 E. 3b bb; SVR 2007 IV Nr. 11 S. 41 E. 3.2; RKUV 2003 U 494 S. 390 E. 4.2.3). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3, 126 V 75 E. 5b bb und cc; AHI 2002 S. 69 ff. E. 4b).

**2.5** Nach Art. 36 Abs. 1 IVG haben Versicherte, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet haben, Anspruch auf eine Rente. Laut Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung) haben jene Versicherten Anspruch auf Rente, welche 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 (Wartezeit) ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Art. 29 Abs. 1 IVG). Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Art. 29 Abs. 3 IVG).

**2.6** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung) besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% Anspruch auf eine ganze Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem solchen von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente. Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, werden jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (vgl. Art. 29 Abs. 4 IVG), was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine – vorliegend zutreffende – Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der Europäischen Gemeinschaft (EU), denen bereits ab einem In-

validitätsgrad von 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

**2.7** Um die Voraussetzungen der Leistungspflicht der Invalidenversicherung zu beurteilen, 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 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

**2.7.1** 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a).

**2.7.2** 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 auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen).

**2.7.3** Auf Stellungnahmen der RAD resp. der medizinischen Dienste kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die

im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil des EVG I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des BGer 9C\_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]).

**2.8** Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur „bei Bedarf“ selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen).

**2.9** Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen medizinischen Beurteilung als Bericht, Gutachten oder Stellungnahme (vgl. zum Ganzen die Urteile des Bundesgerichts 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E.3.1.1 sowie BGE 125 V 351 E. 3.a und E. 3b/ee, je mit Hinweisen). Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, einem Gutachten externer Spezialärzte bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, sofern keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen, sie aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit Hinweisen; AHJ 2001 S.114 E. 3b; Ur-

teil des EVG I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). Berichte der behandelnden Ärzte dagegen sind - obschon ihren Erkenntnissen durchaus Gehör zu schenken ist - aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2, BGE 125 V 351 E. 3b/cc sowie Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4, je mit Hinweisen).

### **3.**

Der Versicherte hat während mehr als drei Jahren Beiträge an die IV geleistet, womit die versicherungsrechtliche Voraussetzung nach Art. 36 Abs. 1 IVG erfüllt ist. Zu prüfen ist, ob eine gesundheitsbedingte Einschränkung der Erwerbsfähigkeit besteht. Unter Berücksichtigung des Leistungsantrages vom 25. Oktober 2009 und der Wartezeit nach Art. 29 Abs. 1 IVG ist der Zeitraum vom 25. April 2010 bis zum Erlass des angefochtenen Entscheides am 29. Juni 2011 ausschlaggebend (vgl. E. 1.5).

**3.1** Seinen Bericht vom 2. März 2011 (act. 49) stützte der RAD-Arzt Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ auf die eigene Untersuchung vom 1. März 2011. Die durchgeführten Untersuchungen sind im Bericht summarisch beschrieben. Obwohl einige Aktenstücke zitiert wurden, kann dem Bericht nicht entnommen werden, welche Akten dem beurteilenden Arzt zur Verfügung standen und auf welche Unterlagen er seine Beurteilung stützte.

**3.2** Dem Bericht des Suva Kreisarztes Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 9. Oktober 2009 (act. 24) kann entnommen werden, dass ein Studium von medizinischen Akten über Untersuchungen und Behandlungen seit 1995 erfolgte. Die durchgeführten Untersuchungen und deren Ergebnisse wurden umfassend dokumentiert. Die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar, indem sie bezüglich der Diagnosen, der Beurteilung der Funktionseinschränkungen und der Arbeitsfähigkeit in Übereinstimmung mit den Vorakten und den durchgeführten Untersuchungen stehen.

**3.3** Hinsichtlich seines Beweiswerts ist nicht nachvollziehbar, ob der Bericht des RAD-Arztes auf allseitigen Untersuchungen beruht und in Kenntnis der vollständigen Vorakten abgegeben wurde. Der Untersuchungsbericht des Suva Kreisarztes erfüllt die Anforderungen, welche zur Beweiskraft von Arztberichten vorausgesetzt werden (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a; E. 2.7.1). Beide Ärzte stellen die Diagnose einer schweren Arthrose des linken Knies mit Status nach Totalendoprothese und die damit

verbundenen Funktionseinschränkungen in den Vordergrund. Aufgrund der Beschwerden im linken Schultergelenk stellte der Suva-Kreisarzt eine leichte Einschränkung der Beweglichkeit des Schultergelenks fest, während der RAD-Arzt eine gute Schultergelenksfunktion ohne Schmerzen festhielt. Übereinstimmend bestätigen die beurteilenden Ärzte eine Arbeitsfähigkeit zu 100% in einer leidensangepassten Tätigkeit. Da die untersuchenden Ärzte bezüglich der Diagnosen, der Einschätzung der Funktionseinschränkungen und des zumutbaren Leistungsprofils zu vergleichbaren Beurteilungen gelangten, kommt diesen Berichten bezüglich der orthopädischen Leiden ein hoher Beweiswert zu, trotz der eingeschränkten Nachvollziehbarkeit des Berichtes des RAD-Arztes.

**3.4** Das vom Versicherten eingereichte Zeugnis seines behandelnden Arztes, Dr. med. H. \_\_\_\_\_, vom 30. April 2011 (act. 56) beschränkt sich darauf, die Diagnosen aufzulisten und eine Arbeitsunfähigkeit zu bestätigen. Der RAD-Arzt setzte sich in seinem Bericht vom 6. Juni 2011 (act. 61) mit dem Zeugnis auseinander, und bestätigte im wesentlichen die aufgelisteten Diagnosen, nicht aber deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Eine Begründung für die attestierte Arbeitsunfähigkeit oder eine Beschreibung der funktionellen Leistungseinbussen fehlen im eingereichten Zeugnis vollständig, so dass daraus diesbezüglich kein Erkenntnisgewinn resultiert. Aufgrund der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten ist der Bericht des behandelnden Hausarztes zudem mit Vorbehalt zu würdigen (vgl. E. 2.9). Das Zeugnis ist nicht geeignet, Zweifel an der Beurteilung der orthopädischen Leiden durch die Versicherungsmediziner zu wecken.

**3.5** Der Bericht des Suva-Kreisarztes vom 6. November 2012 erfolgte unter Berücksichtigung der medizinischen Akten, welche die Suva seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung erhalten hatte, und beruhte auf einer eigenen Untersuchung. In seiner Beurteilung gelangte der Arzt zum Fazit: «Es besteht eine Zumutbarkeit für wechselbelastende, mittelschwere Tätigkeiten ohne knien, kauern und ohne das Tragen von Lasten auf unebenem Gelände, ohne das Besteigen von Leitern und Gerüsten und ohne repetitives Treppengehen». Die Ergebnisse dieser kreisärztlichen Untersuchung waren im Zeitpunkt des Verfügungserlasses nicht bekannt, sie bestätigen aber die früheren Beurteilungen des Kreisarztes und des RAD-Arztes.

**3.6** Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass die Vorinstanz – was die orthopädische Situation betrifft - bei ihrer Beurteilung der Resterwerbsfä-

higkeit von Zumutbarkeit einer vollschichtigen leidensangepassten Tätigkeit ausgehen durfte.

**3.7** Es ist aktenkundig, dass der Versicherte seit 2009 an einer Lungenkrankheit leidet, deren Ursache und Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit von der Suva abgeklärt wurde (act. 32, 34, 37 und 40). Dem RAD-Arzt war gemäss dessen Bericht vom 1. März 2011 (act. 49) bekannt, dass entsprechende Untersuchungen noch liefen. In seiner Beurteilung hielt er fest, die in Abklärung befindliche Lungenkrankheit stelle kein wesentliches Handicap für einen Arbeitseinsatz dar. Da allfällige zusätzliche Einschränkungen, aufgrund der Lungenkrankheit das Leistungsprofil zusätzlich einschränken könnten, waren aber auch die Ergebnisse der laufenden Untersuchungen relevant zur Beurteilung der Resterwerbsfähigkeit. Bezüglich der Lungenkrankheit lagen somit im Zeitpunkt der Beurteilung durch den RAD-Arzt die für die Beweiskraft eines Arztberichtes erforderlichen allseitigen Untersuchungen nicht vor (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, E. 2.7.1). Der beurteilende RAD-Arzt ist Facharzt für Orthopädie und Traumatologie und war aufgrund der fehlenden Spezialisierung nicht geeignet zur Beurteilung des Lungenleidens (vgl. E. 2.7.3). Insgesamt zeigt sich, dass der Sachverhalt bezüglich der Lungenkrankheit im Zeitpunkt des Verfüguserlasses ungenügend abgeklärt war.

**3.8** Die arbeitsmedizinische Untersuchung der Suva vom 18. Oktober 2011 (BVGer-act. 13) zeigte, dass die chronische obstruktive Bronchitis des Beschwerdeführers teilursächlich auf die Einwirkungen am Arbeitsplatz mit Exposition gegenüber irritativen Substanzen zurückzuführen sei. Zur Vermeidung einer erheblichen Verschlimmerung der Erkrankung sei eine Tätigkeit als Industrielackierer nicht mehr zumutbar. Weitere Restriktionen für Tätigkeiten in nicht exponierten Bereichen sind im Bericht nicht aufgeführt. Gestützt auf diese Befunde verfügte die Suva die rückwirkende Nichteignung für die Tätigkeit als Industrielackierer ab 1. Februar 2010. Aus den übrigen medizinischen Untersuchungsakten ergeben sich keine Hinweise darauf, dass das Lungenleiden eine vollschichtige Arbeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ausschliesse. Die erst nach der angefochtenen Verfügung erfolgte Abklärung des Lungenleidens ergab, dass dem Versicherten in einer angepassten Tätigkeit zwar eine 100%-ige Arbeit zuzumuten war, dass das Leistungsprofil aber seit Februar 2010 zusätzlich durch dieses Lungenleiden eingeschränkt war. Bei der gebotenen Sachverhaltsabklärung hätte die Vorinstanz zur Beurteilung des Leistungsprofils zusätzlich zu den durch das Knieleiden be-

dingten Einschränkungen auch die Nichteignung als Industrielackierer berücksichtigen müssen.

**3.9** Da dem Bundesverwaltungsgericht umfassende Kognition zukommt (Art. 49 VwVG) und auch Noven im vorliegenden Verfahren zulässig sind, kann trotz ungenügender Abklärung des Sachverhalts durch die Vorinstanz bezüglich der Lungenkrankheit auf eine Rückweisung zur ergänzenden Abklärung verzichtet werden. Die vom Bundesverwaltungsgericht vorgenommene Zusatzabklärung hat gezeigt, dass auch unter Berücksichtigung des Lungenleidens eine Verweisungstätigkeit vollzeitlich möglich war, selbst wenn die Lungenkrankheit zusätzliche Einschränkungen des Leistungsprofils bedingen sollte. Wie im Folgenden gezeigt wird, erlaubt der bekannte Sachverhalt gesamthaft eine Beurteilung des Rentenanspruchs, so dass von einer weitergehenden medizinischen Abklärung abgesehen werden kann.

#### **4.**

Den Invaliditätsgrad hat die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung anhand der Einkommensvergleichsmethode ermittelt.

**4.1** Die Vorinstanz hat für den Einkommensvergleich auf die Zahlen des Jahres 2008 abgestellt. Gemäss dem Zusatzbericht des RAD vom 1. April 2011 bestand eine Arbeitsunfähigkeit ab 25. März 2008. Unter Berücksichtigung des am 25. Oktober 2009 erfolgten Leistungsgesuches wäre ein allfälliger Rentenanspruch am 1. April 2010 entstanden (Art. 29 Abs. 1 IVG). Für den Einkommensvergleich sind daher die Verhältnisse im Jahr 2010 massgebend (BGE 129 V 222 E. 4).

**4.2** Da dem Versicherten in einer angepassten Tätigkeit eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit zumutbar sei, wurde zur Ermittlung des Invalideneinkommens auf die statistischen Werte der schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2008 (LSE) abgestellt (abrufbar unter [www.admin.bfs.ch](http://www.admin.bfs.ch) > Themen > Arbeit und Erwerb > Publikationen > die schweizerische Lohnstrukturerhebung 2008; besucht am 23. April 2013). Ausgangspunkt bildete der monatliche Bruttolohn (Zentralwert) gemäss TA1 des Anforderungsniveaus 4 für Männer im privaten Sektor von CHF 4'806.-.

**4.3** Da dem Versicherten in einer angepassten Tätigkeit eine vollschichtige Leistungsfähigkeit attestiert wurde, bildet dieser Wert den Ausgangspunkt zur Berechnung des Invalideneinkommens, auch wenn nach voll-

ständig abgeklärtem Sachverhalt eine zusätzliche Einschränkung des Leistungsprofils aufgrund der Lungenkrankheit zu berücksichtigen ist.

**4.4** Zur Berechnung des Invalideneinkommens hat die Vorinstanz auf den Tabellenwert des Jahres 2008 von CHF 4'806.- pro Monat abgestellt (Jahreseinkommen: CHF 57'672.-), ohne die zwischen den Jahren 2008 und 2010 erfolgte Nominallohnentwicklung zu berücksichtigen. Gemäss dem vom Bundesamt für Statistik publizierten Lohnindex (abrufbar unter [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) > Themen > Löhne, Erwerbseinkommen > Detaillierte Daten > Lohnentwicklung > Schweizerischer Lohnindex insgesamt (1939=100); zuletzt besucht am 23. April 2013) betrug der Nominallohnindex für das Jahr 2008 2266 Punkte und 2010 2306 Punkte. Nach Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung resultiert ein hypothetisches Jahreseinkommen für das Jahr 2010 von CHF 58'690.-.

**4.5** Der Tabellenwert der LSE bezieht sich auf eine wöchentliche Arbeitszeit von 40 Stunden und hätte auf die im Jahre 2010 übliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden pro Woche (abrufbar unter [www.admin.bfs.ch](http://www.admin.bfs.ch) > Themen > Arbeit und Erwerb > Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit > detaillierte Daten > Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen (NOGA 2008); besucht am 23. April 2013) umgerechnet werden müssen (BGE 126 V 75 E. 3b bb). Nach dieser Umrechnung resultiert ein Jahreseinkommen von CHF 61'038.-.

**4.6** Da vom Versicherten nur noch Tätigkeiten ausgeübt werden können, bei denen auf die eingeschränkte Funktion und Belastbarkeit des linken Kniegelenks Rücksicht genommen wird, wurde von der Vorinstanz ein Leidensabzug von 10% gewährt. Bei vollständiger Sachverhaltsabklärung hätte die Vorinstanz erwägen müssen, ob mit dem gewählten Leidensabzug auch einer zusätzlichen Einschränkung des Leistungsprofils aufgrund der Lungenkrankheit Rechnung getragen ist. Bezüglich der Höhe des Leidensabzuges besteht ein Ermessensspielraum, der von der Rechtsprechung aber auf maximal 25% begrenzt ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3). Unter Annahme des Leidensabzuges von 10% resultierte ein Invalideneinkommen von CHF 54'934.-. Bei einer maximalen Annahme zu Gunsten des Versicherten könnte das Invalideneinkommen theoretisch minimal CHF 45'778.- betragen.

**4.7** Ihre Berechnung des Valideneinkommens stützte die Vorinstanz auf die Angaben der Arbeitgeberin im Fragebogen vom 13. November 2009 (act. 27). Diese Angaben beziehen sich auf die hypothetischen Einkom-

mensverhältnisse des Jahres 2008. Auch zur Berechnung des Valideneinkommens hätte die Vorinstanz auf die Zahlen des Jahres 2010 abstellen müssen. Im Schreiben vom 3. Februar 2010 an die Suva (act. 30) nannte die Arbeitgeberin pro 2010 ein hypothetisches Monatseinkommen von CHF 5'247.-, was einem Jahreseinkommen von CHF 68'211.- entspricht.

**4.8** Im Fragebogen für Gesuchstellende vom 10. November 2009 (act. 26) erwähnte der Versicherte, er hätte monatliche Schichtzulagen von CHF 460.- verdient. Der Arbeitgeberfragebogen (act. 27) äussert sich dazu nicht. Im Schreiben vom 3. Februar 2010 (act. 30, S. 14) teilte die Arbeitgeberin der Suva mit, im Jahre 2009 habe aus wirtschaftlichen Gründen nicht immer Schicht gearbeitet werden können und es sei eine reduzierte Schichtzulage ausgerichtet worden. Da zur Bestimmung des Valideneinkommens sämtliche Einkommensbestandteile zu berücksichtigen sind, wäre auch eine allfällige Schichtzulage hinzuzurechnen. Ginge man zugunsten des Versicherten von dessen unbelegten Angaben aus, wäre eine jährliche Schichtzulage von CHF 5'520.- zu berücksichtigen und das Valideneinkommen würde maximal 73'731.- betragen.

**4.9** Nach vollständiger Abklärung des Sachverhalts hätte die Vorinstanz zur rechtskonformen Ermittlung des Invaliditätsgrades die folgenden Positionen berücksichtigen müssen:

- Prüfung des Leidensabzuges unter Berücksichtigung der zusätzlichen Einschränkung des Leistungsprofils durch die Lungenkrankheit;
- Nominallohnentwicklung zwischen 2008 und 2010 und Umrechnung auf die betriebsübliche Arbeitszeit bei der Berechnung des Invalideneinkommens;
- Lohnentwicklung bis 2010 und Abklärung allfälliger Schichtzulagen zur Berechnung des Valideneinkommens.

Die Vorinstanz ermittelte in ihrer Verfügung vom 29. Juni 2011 (act 66) einen Invaliditätsgrad von 21%. Nach einer Umrechnung auf die betriebsübliche Arbeitszeit und die Zeitbasis 2010 resultiert bei einem Leidensabzug von 10% ein Invalideneinkommen von 54'934.-, ein Valideneinkommen von CHF 68'211.- und ein Invaliditätsgrad von 19% (Formel für den Invaliditätsgrad:  $[\text{Valideneinkommen} - \text{Invalideneinkommen}] \times 100 / \text{Valideneinkommen}$ ). Bei einer Berücksichtigung von Schichtzulagen gemäss Angaben des Versicherten und unter Annahme eines maximalen Lei-

densabzuges von 25% könnte zugunsten des Versicherten maximal ein Valideneinkommen von CHF 73'731.- und minimal ein Invalideneinkommen von CHF 45'778.- resultieren. Die Berechnung des Invaliditätsgrades mit diesen Extremwerten anhand der vorgenannten Formel ergäbe einen Invaliditätsgrad von 38%. Die Vergleichsrechnung zeigt, dass ein leistungsbegründender Invaliditätsgrad von 40% selbst unter Annahme – kaum realistischer - maximaler Abzüge zugunsten des Versicherten nicht erreicht würde.

## **5.**

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass selbst bei Annahme von maximalen Werten zugunsten des Versicherten hinsichtlich der noch ungeklärten Sachverhaltselemente kein leistungsbegründender Invaliditätsgrad resultierte. Das Gericht kann in dieser Situation von weiteren Abklärungen absehen, da hiervon keine entscheiderelevanten Erkenntnisse zum Rentenanspruch zu erwarten sind (BGE 137 V 64 E. 5.2). In dieser Situation ist auch der Antrag auf Einholung eines Sachverständigengutachtens abzuweisen. Die Abweisung des Leistungsbegehrens durch die Vorinstanz erfolgte demnach zu Recht.

## **6.**

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

**6.1** Die Verfahrenskosten sind dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. Art. 63 Abs. 1 VwVG). Sie werden unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache und insbesondere der Art der Prozessführung auf CHF 400.- festgesetzt (vgl. Art. 63 Abs. 4<sup>bis</sup> VwVG in Verbindung mit Art. 1, Art. 2 Abs. 1 und 2 sowie Art. 4 des Reglements über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]) und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

**6.2** Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE). Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist entsprechend dem Verfahrensausgang keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG).

## **Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Die Verfahrenskosten von CHF 400.- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

**3.**

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Einschreiben mit Rückschein)
- die Vorinstanz (Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Die vorsitzende Richterin:

Der Gerichtsschreiber:

Franziska Schneider

Tobias Merz

## **Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [BGG, SR 173.110]). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: