



Urteil vom 9. Juni 2015

Besetzung

Richter David Weiss (Vorsitz),
Richter Christoph Rohrer,
Richter Michael Peterli,
Gerichtsschreiber Roland Hochreutener.

Parteien

A. _____,
vertreten durch Heinz E. Metz, Rechtsanwalt,
Aachstrasse 1a, DE-88690 Oberuhldingen,
Beschwerdeführer,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch,
Verfügung vom 8. April 2014.

Sachverhalt:**A.**

A.a Der am 13. April 1955 geborene deutsche Staatsangehörige A._____ (*nachfolgend*: Versicherter oder Beschwerdeführer) ist gelernter Kraftfahrzeugmechaniker, arbeitete von Juli 1984 bis Oktober 1984 und von Februar 1995 bis Februar 1999 in der Schweiz und entrichtete Beiträge an die obligatorische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; Akten der Invalidenversicherungs-Stelle für Versicherte im Ausland [IVSTA] gemäss Aktenverzeichnis und -nummerierung vom 25.06.2014; *nachfolgend*: act.] 5, S. 4; act. 12, S. 3; act. 46, S. 2).

A.b Am 30. März 2010 erlitt der Versicherte bei der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit als LKW-Fernfahrer einen Unfall mit Verletzungen am rechten Arm. Im Rahmen der spezialärztlichen Abklärungen wurde neben der Zerrung des rechten Ellenbogengelenks ein Abriss der körperfernen Bizepssehne diagnostiziert, welcher operativ versorgt und daraufhin längere Zeit therapiert werden musste. Der postoperative Verlauf wurde in der Folge durch eine erneute Teilruptur verzögert (act. 5 S. 2 f. + S. 17; act. 14; act. 20, S. 2).

A.c Mit Schreiben vom 8. Februar 2012 übermittelte die Deutsche Rentenversicherung der Schweizerischen Ausgleichskasse (SAK; Posteingang: 20. Februar 2012) ohne nähere Begründung das Formular E 204 DE samt den ärztlichen Gutachten und Berichten mit der Bitte, das zwischenstaatliche Rentenverfahren nach den EWG-Verordnungen durchzuführen (act. 7, S. 1 f.; act. 1, S. 1 - 9; act. 5, S. 1 - 51 und act. 6, S. 1 - 10).

A.d Am 9. Februar 2012 liess die Deutsche Rentenversicherung der SAK überdies einen ablehnenden Rentenbescheid gleichen Datums (act. 3, S. 1 - 5) samt dem Formular E 205 DE (act. 2, S. 1 - 5) zukommen (act. 7, S. 3). Zur Begründung der Ablehnung des Rentenanspruchs brachte sie vor, nach ihren medizinischen Abklärungen bestehe zwar ein Folgezustand nach partieller Reruptur der Bizepssehne rechts (nach operativer Refixation) sowie ein lumbaler Bandscheibenschaden (Zustand nach operativer Behandlung 1998). Die aus diesen Krankheiten oder Behinderungen resultierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen führten allerdings nicht zu einem Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsminderung; denn nach ihren Abklärungen könne er noch mindestens 6 Stunden täglich arbeiten, weshalb er nicht berufsunfähig sei und auch keine Rente wegen teilweiser Erwerbsunfähigkeit erhalte (act. 3, S. 1 f.).

B.

B.a In der Folge nahm die IVSTA berufliche und medizinische Abklärungen vor (act. 10 - 20).

B.b Mit Vorbescheid vom 10. Dezember 2012 stellte die IVSTA die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, im Wesentlichen mit der Begründung, die Ausübung einer leichteren, dem Gesundheitszustand besser angepassten Tätigkeit sei dem Versicherten zu 100 % zumutbar. Die Ausübung einer solchen Tätigkeit gehe mit einer Erwerbseinbusse von 29 % ab 9. April 2010 und mit einer solchen von 20 % ab 18. Juni 2011 einher (act. 22).

B.c Nachdem der Versicherte auf einen Einwand verzichtet hatte, bestätigte die IVSTA den Vorbescheid mit Verfügung vom 12. März 2013 und wies das Leistungsbegehren ab (act. 24). Die Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

B.d Mit Schreiben vom 5. September 2013 (act. 28, S. 1 - 3; Posteingang: 17. September 2013) liess die Deutsche Rentenversicherung der Vorinstanz die Formulare E 204 DE, E 205 DE und E 210 DE sowie ärztliche Gutachten und Berichte zukommen (act. 25 - 27; act. 30 - 37); ferner teilte die Rentenversicherung der SAK mit, dass dem Versicherten mit Bescheid vom 5. September 2013 ab 1. September 2013 eine anteilige befristete Rente (gemäss Art. 46 Abs. 2 VO 1408/71) von monatlich 582.48 Euro bis 30. September 2014 zugesprochen worden sei (act. 28, S. 3).

B.e Die IVSTA veranlasste daraufhin erneut medizinische und berufliche Abklärungen. Der Arzt des medizinischen Dienstes der IVSTA, Dr. med. B._____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, führte gestützt auf eine Aktenbeurteilung mit Bericht vom 4. Oktober 2013 aus, es werde als neue Diagnose eine chronische Herzkrankheit mit signifikant verminderter körperlicher Belastbarkeit angegeben. Die fachärztlichen Untersuchungen bestätigten dabei den Schweregrad und die erheblichen Einschränkungen. Für die bisherige Tätigkeit als Chauffeur bestehe ab 9. April 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 80 %, ab 18. Juni 2011 eine solche von 20 % und ab Dezember 2012 eine solche von 100 % (act. 41, S. 1 - 4). Die deutsche Arbeitgeberin führte mit Bericht vom 15. Januar 2013 (*recte*: 15. Januar 2014) aus, der Versicherte habe vom 12. Oktober 2012 bis zum krankheitsbedingten Austritt am 31. Januar 2013 – auf Stundenbasis – rund 15 bis 20 Stunden bei ihr gearbeitet (act. 48, S. 1 f.).

B.f Mit Vorbescheid vom 11. Februar 2014 stellte die IVSTA dem Versicherten die Ablehnung seines Leistungsbegehrens in Aussicht. Zur Begründung machte sie geltend, aufgrund der Akten bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als LKW-Fahrer der Klasse III eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % ab dem 9. April 2010, von 20 % ab dem 18. Juni 2011 sowie von 100 % ab dem 1. Dezember 2012. Dem Versicherten sei allerdings die Ausübung einer leichteren, dem Gesundheitszustand angepassten Tätigkeit noch zu 100 % zumutbar. Bei Ausübung einer angepassten Tätigkeit ergebe sich eine Erwerbseinbusse von 29 % ab dem 9. April 2010, von 20 % ab dem 18. Juni 2011 und von 29 % ab dem 1. Dezember 2012 (act. 49).

B.g Mit Eingabe vom 21. Februar 2014 erhob der Versicherte, nunmehr vertreten durch Rechtsanwalt Heinz E. Metz, gegen die vorgesehene Verfügung Einwand, insbesondere mit der Begründung, er leide an einer schweren Herzkrankheit und beziehe gemäss beigefügtem Rentenbescheid der Deutschen Rentenversicherung vom 5. September 2013 (act. 51; vgl. oben Bst. B.d) eine Rente wegen voller Erwerbsminderung (act. 52).

B.h Nachdem der Versicherte von der IVSTA am 26. Februar 2014 aufgefordert worden war, ihr bis zum 28. März 2014 Beweismittel einzureichen, welche den geltend gemachten Rentenanspruch auch nach schweizerischem Recht zu belegen vermöchten, nahm er mit Eingaben seines Rechtsvertreters vom 12. März 2014 und vom 26. März 2014 dahingehend Stellung, dass die Deutsche Rentenversicherung dem Schweizerischen Versicherungsträger alle relevanten medizinischen Unterlagen zugestellt habe. Daraus gehe hervor, dass er aufgrund seiner schweren Herzerkrankung keine gewinnbringende Tätigkeit mehr ausüben könne. Dies gelte auch für eine leichte Tätigkeit. Im Bedarfsfall sei eine erneute kardiologische Stellungnahme von Prof. Dr. med. C. _____ einzuholen (act. 54 und act. 57).

B.i Mit Verfügung vom 8. April 2014 bestätigte die IVSTA den Vorbescheid, im Wesentlichen mit der Begründung, sie halte auch nach Kenntnisnahme der Einwendungen vom 12. März 2014 und 26. März 2014 an ihrer Einschätzung fest, dass dem Versicherten leichte, dem Gesundheitszustand besser angepasste Tätigkeiten noch zu 100 % zumutbar seien. Weitere Abklärungen seien nicht geeignet, neue entscheiderelevante Erkenntnisse

zu vermitteln. Auf sein Begehren um Einholung einer zusätzlichen ärztlichen Stellungnahme von Prof. Dr. med. C. _____ könne sie deshalb nicht eintreten (act. 58).

C.

Gegen diese Verfügung erhob der Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt H. E. Metz, mit Eingabe vom 13. Mai 2014 Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Zur Begründung machte er namentlich geltend, seit Januar 2013 leide der Beschwerdeführer an einer dilatativen Kardiomyopathie mit hochgradig eingeschränkter linksventrikulärer Funktion. Seit September 2013 beziehe er dementsprechend von der Deutschen Rentenversicherung in vollem Umfang eine Erwerbsunfähigkeitsrente. Aufgrund seiner schweren Herzerkrankung könne er keine gewinnbringende Tätigkeit mehr ausüben (BVGer act. 1).

D.

Mit unaufgeforderter Eingabe seines Rechtsvertreters vom 2. Juni 2014 legte der Beschwerdeführer einen Rentenbescheid der Deutschen Rentenversicherung vom 26. Mai 2014 ins Recht, wonach die Rente wegen voller Erwerbsminderung weiterhin auf Zeit bis zum 30. September 2016 geleistet werde (BVGer act. 3, samt Beilage).

E.

Mit Vernehmlassung vom 27. Juni 2014 stellte die Vorinstanz den Verfahrensantrag, es sei dem Beschwerdeführer durch das Bundesverwaltungsgericht Gelegenheit zu geben, den von ihm in der Beschwerde genannten Arztbericht vom 11. Januar 2014 einzureichen und es sei ihr alsdann eine Frist zur erneuten Stellungnahme einzuräumen (BVGer act. 5).

F.

Mit Zwischenverfügung vom 3. Juli 2014 forderte der Instruktionsrichter den Beschwerdeführer auf, dem Gericht bis zum 2. September 2014 einen Kostenvorschuss von Fr. 400.- zu leisten und innert gleicher Frist den Arztbericht von Prof. Dr. med. C. _____ und gegebenenfalls einen weiteren, sachdienlichen Arztbericht sowie eine Replik einzureichen (BVGer act. 6).

G.

Nach Überweisung des Kostenvorschusses (BVGer act. 8 und 13) übermittelte der Beschwerdeführer dem Bundesverwaltungsgericht mit Replik seines Rechtsvertreters vom 8. August 2014 einen Arztbericht des Herz-

Zentrums Bodensee GmbH vom 19. Februar 2013, einen Arztbericht von Prof. Dr. med. C. _____ vom 11. Januar 2014 sowie ein ärztliches Attest über seinen aktuellen Gesundheitszustand von Dr. med. D. _____ vom 5. August 2014 (BVGer act. 15, samt Beilagen).

H.

Mit Duplik vom 23. Oktober 2014 reichte die IVSTA eine Stellungnahme ihres ärztlichen Dienstes vom 27. September 2014 und weitere Beweismittel ein und stellte gestützt darauf den Antrag, es sei dem Beschwerdeführer in teilweiser Gutheissung der Beschwerde mit Wirkung per 1. November 2013 eine Viertelsrente zuzusprechen (BVGer act. 17, samt Beilagen).

I.

Mit Triplik vom 14. Januar 2015 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest und legte überdies einen neuen Bericht von Prof. Dr. med. C. _____ vom 10. November 2014 ins Recht (BVGer act. 22, samt Beilage).

J.

Mit Quaduplik vom 5. Februar 2015 hielt auch die IVSTA an ihrem Antrag auf teilweise Gutheissung der Beschwerde und Zusprache einer Viertelsrente ab 1. November 2013 fest (BVGer act. 25).

K.

Auf die weiteren Vorbringen und Beweismittel wird – soweit entscheidungswesentlich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und ob auf eine Beschwerde einzutreten ist.

1.1 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1

des IVG (SR 831.20) sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (IV) anwendbar (Art. 1a bis 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formell-rechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

1.2 Gemäss Art. 31 VGG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG. Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist vorliegend nicht gegeben (Art. 32 VGG).

1.3 Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

1.4 Gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG ist die Beschwerde innert 30 Tagen nach Eröffnung der Verfügung einzureichen. Vorliegend wurde die Verfügung am 8. April 2014 erlassen, und die Beschwerde vom 13. Mai 2015 ging am 15. Mai 2014 beim Bundesverwaltungsgericht ein. Unter der Berücksichtigung der vom 13. April 2014 bis 27. April 2014 dauernden Stillstandsfristen (Art. 60 Abs. 2 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 Bst. a ATSG) ist die Frist zur Erhebung der Beschwerde gewahrt.

1.5 Da die Beschwerde auch formgerecht (Art. 61 Bst. b ATSG; vgl. dazu auch Art. 52 Abs. 1 VwVG) eingereicht und der geforderte Kostenvorschuss fristgerecht überwiesen wurde (BVGer act. 8 und 13), ist darauf einzutreten.

2.

2.1 Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG; Kognition, vgl. BENJAMIN SCHINDLER *in*: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, 2008, Art. 49 N. 1 ff.).

2.2 Im Rahmen des Streitgegenstandes dürfen im Beschwerdeverfahren vor Bundesverwaltungsgericht auch bisher nicht gewürdigte, bekannte wie auch unbekannte, neue Sachverhaltsumstände, die sich zeitlich vor (sog. unechte Nova) oder erst im Laufe des Verfahrens (echte Nova) zugetragen haben, vorgebracht werden. Gleiches gilt auch für neue Beweismittel (ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2. Aufl. 2013, S. 117 Rz. 2.204).

2.3 Mit Blick auf die Rechtsanwendung von Amtes wegen ist unter dem Aspekt des rechtlichen Gehörs vorab festzuhalten, dass der Beschwerdeführer mit Eingabe seines Rechtsvertreters vom 21. Februar 2014 Einwand gegen die in Aussicht gestellte Erledigung erhob (act. 52) und in den ergänzenden Stellungnahmen vom 12. und 26. März 2014 hervorhob, dass er aufgrund seiner schweren Herzerkrankung auch für eine leichte Tätigkeit arbeitsunfähig sei; im Bedarfsfall beantragte er sodann die Einholung einer kardiologischen Stellungnahme bei Prof. Dr. med. C. _____ (act. 54 und 57).

Indem die IVSTA diese Einwendungen zwar zur Kenntnis genommen, daraufhin in der angefochtenen Verfügung (act. 58) aber nicht begründet hat, warum sie darauf nicht eintreten könne und weshalb von weiteren Abklärungen keine neuen relevanten Erkenntnisse zu erwarten seien (antizipierte Beweiswürdigung), hat sie ihre Begründungspflicht verletzt. Weder für den Beschwerdeführer noch für die Rechtsmittelinstanz ist aus der angefochtenen Verfügung erkennbar, aus welchen Gründen sie den Gesundheitszustand und die hieraus abzuleitende Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers als rechtsgenügend abgeklärt erachtet hat.

Mit Blick auf Art. 57a IVG, womit in der Invalidenversicherung das Vorbescheidverfahren wieder eingeführt wurde, sind an die Begründungsdichte von Verfügungen, die nach Durchführung eines Vorbescheidverfahrens gemäss Art. 57a IVG ergehen, erhöhte Anforderungen zu stellen. Diese gilt vor allem in Anbetracht der mit dem Erlass von Art. 57a IVG angestrebten besseren Akzeptanz der IV-Entscheide und der damit beabsichtigten Entlastung der Gerichte (BBI 2005 S. 3079 ff., insbesondere 3084 f.).

Ob die Verletzung des Gehörsanspruchs im Beschwerdeverfahren geheilt werden kann, braucht vorliegend nicht entschieden zu werden, da die Streitsache – wie nachfolgend (E. 4) darzulegen ist – bereits aus materiellrechtlichen Gründen an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

3.

Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

3.1 Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland (act. 2, S. 1), 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 in der Fassung gemäss Ziff. I 4 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abkommen zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten.

3.2 Nach Art. 3 Abs. 1 der bis zum 31. März 2012 in Kraft gewesenen Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831.109.268.1) hatten die Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnten, für die diese Verordnung galt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Dabei war im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als „Mitgliedstaat“ zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 von Anhang II des FZA).

3.3 Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (8. April 2014) finden vorliegend grundsätzlich die am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (*nachfolgend*: VO Nr. 883/2004; SR 0.831.109.268.1) 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 (SR 0.831.109.268.11) Anwendung. Gemäss Art. 4 der VO Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, sofern (in dieser Verordnung)

nichts anderes bestimmt ist, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Im Rahmen ihres Geltungsbereichs tritt diese Verordnung an die Stelle aller zwischen den Mitgliedstaaten geltenden Abkommen über soziale Sicherheit. Einzelne Bestimmungen von Abkommen über soziale Sicherheit, die von den Mitgliedstaaten vor dem Beginn der Anwendung dieser Verordnung geschlossen wurden, gelten jedoch fort, sofern sie für die Berechtigten günstiger sind oder sich aus besonderen historischen Umständen ergeben und ihre Geltung zeitlich begrenzt ist. Um weiterhin Anwendung zu finden, müssen diese Bestimmungen in Anhang II aufgeführt sein. Ist es aus objektiven Gründen nicht möglich, einige dieser Bestimmungen auf alle Personen auszudehnen, für die diese Verordnung gilt, so ist dies anzugeben (Art. 8 Abs. 1 VO Nr. 883/2004). Die Bestimmung des anwendbaren Rechts ergibt sich aus Art. 11 ff. VO Nr. 883/2004. Der Anspruch auf eine Invalidenrente bestimmt sich auch nach Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4).

Leistungen bei Invalidität sind im System der europäischen Sozialrechtskoordination in den Art. 44 – 49 VO Nr. 883/2004 geregelt. Analog zur früheren Verordnung (Nr. 1408/71) werden dabei zwei unterschiedliche Koordinierungssysteme unterschieden. Ein erster Systemtyp gilt für Personen, die ausschliesslich unter gesetzlichen Regelungen versichert gewesen sind, nach denen die Invalidenrente von der Dauer der Versicherungszeit unabhängig ist und ausschliesslich auf dem Umstand beruht, dass die betreffende Person bei Eintritt des Leistungsfalls versichert war ("Typ A"). Davon zu unterscheiden ist der zweite Koordinationstyp, bei welchem die versicherte Person einem Leistungssystem unterliegt, das die Leistungsansprüche in Abhängigkeit von der Dauer der Versicherung einräumt ("Typ B"). Bei diesem Koordinationstyp werden die Leistungen "pro rata temporis" bestimmt, sodass jeder Mitgliedstaat, in dem die Person versichert war, nach Massgabe der bei ihm zurückgelegten Versicherungszeiten zur Ausrichtung einer Invalidenrente verpflichtet ist (Art. 44 Abs. 1 VO Nr. 883/2004; BERND SCHULTE, Die neue Europäische Sozialrechtskoordination in Gestalt der Verordnungen [EG] Nrn. 883/04 und 987/09, SZS 01/2012 S. 44 ff. und S. 143 ff., insbesondere S. 159 f.).

Nach Art. 46 Abs. 1 VO 883/04 erhält eine Person, für die nacheinander oder abwechselnd die Rechtsvorschriften mindestens einer dieser Staaten nicht Rechtsvorschriften des "Typs A" galten, Leistungen nach Kapitel 5 (Art. 50 – 60: Alters- und Hinterlassenenrenten), das unter Berücksichtigung von Abs. 3 entsprechend gilt. Deutschland und die Schweiz sehen

Rechtsvorschriften nach dem Koordinationstyp B vor, das heisst sie gewähren Leistungsansprüche bzw. Teilrenten in Abhängigkeit von der Dauer der Versicherung (Art. 44 Abs. 1 VO 883/04 i.V.m. Anhang VI *e contrario*).

Wie nachfolgend (E. 3.5) darzulegen ist, erfüllt der Beschwerdeführer die Voraussetzungen der Mindestbeitragsdauer, sodass – bei Erfüllung der weiteren materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen (vgl. dazu nachstehende E. 3.6 und 3.7) – ein Anspruch auf eine Teilrente der IV besteht, und zwar ungeachtet dessen, dass er im Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität nicht mehr in der Schweiz wohnt oder erwerbstätig und beitragspflichtig ist.

3.4 Ab dem 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IVG-Revision Änderungen des IVG und weiterer Erlasse wie der IVV (SR 831.201) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (Urteil des BGer 8C_419/2009 vom 3. November 2009 E. 3.1, BGE 132 V 215 E. 3.1.1), sind die Leistungsansprüche für die Zeit ab 1. Januar 2008 nach den neuen Normen zu prüfen. Diese Lösung stellt zufolge ihres allgemein gültigen Bedeutungsgehalts einen für alle Rechtsverhältnisse – und somit auch für Dauerleistungen – geltenden intertemporalrechtlichen Grundsatz auf (BGE 130 V 445 E. 1.2.1; SVR 2010 IV Nr. 59 S. 181 E. 3.1). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel auf Grund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (*pro rata temporis*).

Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 8. April 2014 in Kraft standen; weiter aber auch solche, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in der entsprechenden Fassung der 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]). Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (8. April 2014) und -inhalt kommen auch die Normen des vom Bundesrat auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzten ersten Teils der 6. IV-Revision (IV-Revision 6a) zur Anwendung (in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659; 6. IV-Revision]; bzw. für die IVV in der entsprechenden Fassung 6. IV-Revision [AS 2011 5679]).

3.5 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung; AS 2007 5129). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine Voraussetzung, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist.

Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (vgl. hierzu act. 46, S. 2), sodass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

3.6 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 E. 7.3). 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).

3.7 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).

3.8 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc).

3.9 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a).

3.10 Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; SUSANNE LEUZINGER-NAEF, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit – Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 413 f.). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der (zuständigen) Invalidenversicherungsstelle (Art. 54 - 56 in Verbindung mit Art. 57 Abs. 1 lit. c - g IVG).

3.11 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).

3.12 Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen dabei insbesondere die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Gutachten im Sinn von Art. 44 ATSG nicht erfasst werden, weshalb die in dieser Norm enthaltenen Verfahrensregeln bei der Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung entfalten (BGE 135 V 254 E. 3.4 S. 258 ff.; Urteil des BGer 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist nach der Rechtsprechung mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219 f.). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – kann bereits bei Vorliegen geringer Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit nicht abgestellt werden (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 s. 469 f.; Urteil 8C_385/2014 E. 4.2.2).

3.13 Nach Art. 46 Abs. 3 VO 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. Eine solche anerkannte Übereinstimmung besteht für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz (ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht. Der Invaliditätsgrad bestimmt sich daher auch unter dem Geltungsbereich des FZA nach schweizerischem Recht (vgl. hierzu auch BGE 130 V 253 E. 2.4; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E.2).

Für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz besteht keine Bindung an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (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, ab 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D; EVG vom 11. Dezember 1981 i.S. D; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

4.

Nachfolgend ist in einem ersten Schritt zu prüfen, ob die Vorinstanz ihrer Abklärungspflicht im erwerblichen und medizinischen Bereich rechtsgenügend nachgekommen ist. Falls diese Frage bejaht werden kann, ist in einem zweiten Schritt zu klären, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

4.1 Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 8. April 2014) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Neue Tatsachen, die sich vor Erlass der streitigen Verfügung verwirklicht haben, welche der Vorinstanz aber nicht bekannt waren oder von ihr nicht berücksichtigt wurden (unechte Noven), können im Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht vorgebracht werden und sind zu würdigen. Später eingetretene Tatsachen (echte Noven), die zu einer Änderung des Sachverhalts geführt haben, sind grundsätzlich nicht im Rahmen des hängigen, sondern gegebenenfalls im Rahmen eines weiteren Verfahrens zu berücksichtigen (BGE 121 V 362 E. 1b). Solche Tatsachen können allenfalls Anlass für eine neuerliche materielle Rentenprüfung geben, weshalb sie an die Vorinstanz zu überweisen sind. Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, im hängigen Verfahren soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

4.2 Nach dem Gesagten ist vorliegend grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 8. April 2014) eingetretenen Sachverhalt abzustellen, wobei neue medizinische Akten ebenfalls

zu berücksichtigen sind, soweit sie unechte Noven darstellen. Demgegenüber können echte Noven im vorliegenden Verfahren geprüft werden, wenn sie Tatsachen zu Tage bringen, welche die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen vermögen.

4.3 Im Folgenden ist zunächst auf den Sachverhalt, wie er sich bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 8. April 2014 präsentiert hat, einzugehen. Hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung liegen insbesondere die folgenden Arztberichte vor:

- In einem ärztlichen Entlassungsbericht über die Rehabilitationsleistung führten Dres. med. E. _____ und F. _____ am 29. März 2011 insbesondere aus, die Selbsteinschätzung des Versicherten gehe dahin, dass die Beschwerdesymptomatik schlechter geworden sei. In Übereinstimmung mit der Auffassung des Versicherten sei nicht davon auszugehen, dass er seinen Beruf als LKW-Chauffeur beziehungsweise Fernfahrer mit der derzeitigen Beschwerdesymptomatik ausüben könne (act. 6, S. 1 - 10).
- Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, welcher vom Sozialgericht Konstanz im Zusammenhang mit einer unfallversicherungsrechtlichen Streitigkeit mit der gutachtlichen Abklärung beauftragt worden war, hielt mit Gutachten vom 18. Juni 2011 fest, dass der Versicherte als Folge des Unfallereignisses vom 30. März 2010 eine Zerrung des rechten Ellbogengelenkes mit traumatischem Abriss der körperfernen Bizepssehne rechts erlitten habe. Im Zeitpunkt der Begutachtung bestehe insbesondere noch ein Reizzustand des Muskel-Sehnen-Weichteil-Mantels am rechten Schultergelenk mit marginaler Funktionsbehinderung. Der Gutachter kam gestützt auf eine am 11. Mai 2011 durchgeführte persönliche Befragung und klinisch-fachorthopädische Untersuchung des Versicherten zum Schluss, dass die Bizepssehnenruptur durch das Unfallereignis vom 30. März 2010 verursacht worden sei. Allerdings bestehe im Zeitpunkt der Untersuchung keine messbare Minderung der Erwerbsfähigkeit, da die für die Anerkennung einer solchen erforderliche geforderte Funktionseinschränkung im Ellbogengelenk von wenigstens 10 % nicht vorliege (act. 5, S. 2 + S. 43 f.).
- Dr. med. H. _____ führte mit Bericht vom 25. Januar 2012 zuhanden der Deutschen Rentenversicherung im Wesentlichen aus, es bestehe ein Folgezustand nach partieller Reruptur der distalen Bizepssehne

rechts nach operativer Refixation sowie ein vorbestehender lumbaler Bandscheibenschaden (Zustand nach operativer Behandlung 1998); dem Versicherten seien leichte bis mittelschwere Arbeiten uneingeschränkt zumutbar (act. 5, S. 50 f.).

- Dr. med. I. _____, Facharzt für Chirurgie, hielt auf entsprechende Anfrage vom 8. August 2012 mit (undatiertem) Bericht fest, bei Zustand nach körperferner Bizepssehnenruptur und operativer Refixation mit nachfolgender Reruptur bestehe ein chronischer Schmerzzustand, eine sensible Nervenschädigung und eine deutliche Bewegungseinschränkung des rechten Ellenbogens. Die Sehnenruptur bedinge eine Muskelschwäche des rechten Armes. Mit einer Besserung des Beschwerdebildes sei nicht zu rechnen, und der Versicherte sei bleibend in seiner allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit erheblich eingeschränkt (act. 14).
- Dr. med. B. _____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, vom medizinischen Dienst der IVSTA führte mit Bericht vom 16. November 2012 unter anderem aus, seit dem Gutachten vom Juni 2011 bestehe keine verminderte Arbeitsfähigkeit mehr, was dadurch zum Ausdruck komme, dass der Beschwerdeführer seine Tätigkeit als Chauffeur wieder aufgenommen habe; eine angepasste Tätigkeit sei ausserdem stets zumutbar gewesen (act. 20, S. 1 - 5).
- Mit Bericht vom 29. Januar 2013 teilte Prof. Dr. med. C. _____, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, dem Hausarzt, Dr. med. Ambrass, mit, dass sich beim Beschwerdeführer eine systolische Herzinsuffizienz mit global hochgradig eingeschränkter linksventrikulärer Funktion gezeigt habe. Am ehesten handle es sich um einen Zustand nach Myokarditis (entzündliche Erkrankung des Herzmuskels) oder eine dilatative Kardiomyopathie (krankhafte Erweiterung des Herzmuskels). Zur weiteren Abklärung sei ein Termin im Herz-Zentrum Bodensee vereinbart worden (act. 35).
- In einem Herzkatheterbericht vom 4. Februar 2013 diagnostizierten die Kardiologen des Herz-Zentrums Bodensee, Dres. med. K. _____ und L. _____, eine dilatative Kardiomyopathie mit erheblich reduzierter systolischer linksventrikulärer Funktion (act. 34, S. 3 f.).

- In einem Bericht zuhanden des Hausarztes bestätigte Prof. Dr. med. C._____ am 15. April 2013 die Diagnose der dilatativen Kardiomyopathie mit hochgradig eingeschränkter LV-Funktion (linksventrikulärer Funktion), wobei er eine koronare Herzkrankheit ausschliessen konnte. Ferner fügte er hinzu, die Untersuchung vom 15. April 2013 habe im Vergleich zu jener vom 29. Januar 2014 eine Besserung der LV-Funktion ergeben; dennoch bleibe die LV-Funktion hochgradig eingeschränkt (act. 32).
- Am 21. August 2013 erstattete Dr. med. M._____, Arzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin, Allergologie und Sozialmedizin, sein Gutachten zuhanden der Deutschen Rentenversicherung. Darin hielt er als Diagnosen eine dilatative Kardiomyopathie (ICD-10: I 42.0), einen Bandscheibenschaden der LWS (ICD-10: M 51.2) sowie einen Folgezustand nach partieller Ruptur der Bizepssehne fest. Ferner führte er aus, die myokardiale Funktion sei erheblich reduziert, die körperliche Belastbarkeit sei dabei ganz erheblich herabgesetzt, und das Leistungsvermögen sei derzeit als aufgehoben einzustufen. Unter Berücksichtigung dieser gesundheitlichen Beeinträchtigungen kam er zum Schluss, dass der Beschwerdeführer seine letzte berufliche Tätigkeit als Bus-/LKW-Fahrer voraussichtlich bis September 2014 nicht mehr ausüben könne (act. 30, S. 1 - 12).
- Dr. med. B._____ hielt mit Bericht vom 4. Oktober 2013 als Diagnose eine chronische Herzkrankheit mit signifikant verminderter körperlicher Belastbarkeit fest. Darüber hinaus räumte er ein, dass die fachärztlichen Untersuchungen den Schweregrad und die erheblichen funktionellen Einschränkungen bestätigen würden. Unter der eingeleiteten Therapie habe sich eine gewisse Verbesserung ergeben, allerdings ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Buschauffeur. Als zumutbare Verweistätigkeiten, für welche seit 9. April 2010 keine Einschränkungen mehr bestünden, wurden jene des Verkäufers im Versandhandel oder Billetverkäufers, die Arbeit als Recepti-onist, Telefonist oder Datenerfasser bezeichnet (act. 41, S. 1 - 4).
- Prof. Dr. med. C._____ bestätigte sodann mit Bericht vom 11. Januar 2014 die Diagnose der dilatativen Kardiomyopathie mit hochgradig eingeschränkter LV-Funktion, wobei im Vergleich zum Februar 2013 eine gewisse Verbesserung festgestellt werden konnte (Beilage zu BVGer 15).

4.4

4.4.1 Die Vorinstanz stützte ihre Leistungsfähigkeitsbeurteilung in der angefochtenen Verfügung ausschliesslich auf die Stellungnahmen von Dr. med. B._____, Facharzt für Allgemeinmedizin beim medizinischen Dienst der IVSTA, vom 16. November 2012 und vom 4. Oktober 2013 ab (act. 20 und 41). Die erste Beurteilung basiert ausschliesslich auf der Diagnose der distalen Bizepssehnenruptur. In der späteren Einschätzung wird zusätzlich noch die Diagnose der dilatativen Kardiomyopathie mit signifikant eingeschränkter linksventrikulärer Funktion aufgeführt und gestützt auf diese neue Diagnose ab Dezember 2012 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit als LKW-Chauffeur attestiert. Der Arzt kam dabei in beiden Beurteilungen zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer eine angepasste Verweistätigkeit, welche den Behinderungen des Ellenbogens Rechnung trage, stets zumutbar gewesen sei.

4.4.2 Bei den Stellungnahmen von Dr. med. B._____ handelt es sich um versicherungsinterne Berichte im Sinn von Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG, welchen der Beweiswert auch bei einem Verzicht auf eine persönliche Untersuchung nicht per se abzusprechen ist, sofern sie die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen (vgl. E. 3.9 hiervor). Dazu gehört namentlich, dass die Berichte für die streitigen Belange umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sind, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und dass die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V. 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis). Diese Anforderungen sind vorliegend aus folgenden Gründen nicht erfüllt:

4.4.3 Den versicherungsinternen Berichten mangelt es zunächst an der für eine verlässliche Beurteilung erforderlichen Vollständigkeit. Zwar hat Dr. med. B._____ in seinem Bericht vom 4. Oktober 2013 die neue Diagnose der dilatativen Kardiomyopathie mit signifikant eingeschränkter linksventrikulärer Funktion angeführt und festgehalten, dass laut fachärztlichen Untersuchungen erhebliche funktionelle Einschränkungen bestehen (act. 41, S. 1 f.). Allerdings findet sich in Bezug auf die Frage, bei welchen Tätigkeiten der Beschwerdeführer in welchem Ausmass eingeschränkt ist, keine rechtsgenügende Antwort. Nicht begründet wird ferner, weshalb beim Beschwerdeführer trotz "signifikant verminderter körperlicher Belastbar-

keit" und "erheblichen funktionellen Einschränkungen" in einer angepassten Verweistätigkeit seit 9. April 2010 keinerlei Einschränkungen bestehen sollen (vgl. act. 41, S. 2).

Hinzu kommt, dass sich Dr. med. B. _____ auch nicht mit der Frage auseinandergesetzt hat, ob und gegebenenfalls inwiefern beziehungsweise in welchem Umfang die distale Bizepssehnenruptur die funktionelle Leistungsfähigkeit einschränkt. Mit Blick auf die Tatsache, dass Dr. med. I. _____ dem Beschwerdeführer gestützt auf die Bizepssehnenruptur einen chronischen Schmerzzustand mit sensibler Nervenschädigung, deutlicher Bewegungseinschränkung des rechten Ellenbogens sowie bleibender erheblicher Einschränkung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit (act. 14) attestiert hat, wäre eine eingehende Prüfung und Stellungnahme zur Frage der Leistungseinschränkung als Folge der Bizepssehnenruptur zwingend notwendig gewesen.

Darüber hinaus geht aus dem zuhanden der Deutschen Rentenversicherung erstatteten Gutachten von Dr. med. M. _____ auch hervor, dass beim Beschwerdeführer ein Bandscheibenschaden (ICD-10: M 51.2) besteht, welcher im Jahr 2008 operativ versorgt werden musste (act. 30, S. 2, 9 + 12). Ob und gegebenenfalls in welchem Umfang diesbezüglich Leistungseinschränkungen bestehen, wurde vorliegend ebenfalls nicht abgeklärt.

4.4.4 Zudem gilt es zu beachten, dass Dr. med. B. _____ als Allgemeinmediziner (FMH) nicht über die für die zuverlässige Beurteilung der Herzkrankheit erforderliche Fachausbildung als Kardiologe verfügt. Dieser Mangel kann durch die bloße Würdigung der Berichte behandelnder Kardiologen nicht geheilt werden, zumal die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle spielt. 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 rechtsprechungsgemäss ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender, spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil des BGer I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3).

Der Kardiologe vermag als Spezialist für die Behördenmitglieder und Richter – als medizinische Laien – verlässliche Aussagen darüber zu machen,

ob und gegebenenfalls in welchem Ausmass ein erkrankter Herzmuskel künftig weiterhin welcher Belastung ausgesetzt werden darf, welche Konsequenzen sich daraus für die funktionelle Leistungsfähigkeit ergeben und ob der aktuelle Gesundheitszustand allenfalls durch wirksame Therapien erhalten oder gar verbessert werden kann.

4.4.5 Auch in formeller Hinsicht erfüllt der Bericht von Dr. med. B. _____ die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein Gutachten nicht. Zum einen fehlt eine Zusammenfassung der relevanten anamnestischen Akten mit Hinweis auf die entsprechenden Befunde, Diagnosen und Beurteilungen. Unter dem Aspekt der Vollständigkeit ist deshalb zu verlangen, dass der Gutachter die Anknüpfungstatsachen, das heisst die tatsächlichen Grundlagen des Gutachtens, die er nicht selber beschafft hat, einzeln und mit ihrem wesentlichen Inhalt rekapituliert (vgl. ALFRED BÜHLER, Beweismass und Beweiswürdigung bei Gerichtsgutachten unter Berücksichtigung der jüngsten Lehre und Rechtsprechung, in: Jusletter vom 21. Juni 2010, S.18; Urteil des BGer 9C_986/2009 vom 11. November 2010 E. 4.5.1). Zum anderen weist auch die versicherungsmedizinische Beurteilung als eigentlicher Kernbereich einer Expertise erhebliche Lücken auf. So fehlt es insbesondere an einer detaillierten, rechtsgenügenden Stellungnahme zu Art und Umfang der möglichen und zumutbaren Verweistätigkeiten (vgl. dazu GABRIELA RIEMER-KAFKA, Versicherungsmedizinische Gutachten, 2. Aufl. 2012, S. 56 f.). In diesem Zusammenhang hat sich der Gutachter etwa darüber zu äussern, ob die versicherte Person gehend, sitzend oder stehend, im Freien oder in (geheizten) Räumen, durchgängig oder mit (vermehrten) Pausen, unter Vermeidung des Kontaktes mit Noxen aus der Arbeitsumgebung (Zugluft, Lärm, Materialien, Feuchtigkeit, Staub) arbeiten, ob sie Lasten heben und/oder tragen, ob sie vollschichtig oder nur teilweise berufstätig sein kann (vgl. dazu ULRICH MAYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri, Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, 2003, S. 48 f.).

In den zur Diskussion stehenden Berichten von Dr. med. B. _____ fehlt sowohl eine solche Zusammenfassung der wesentlichen Akten als auch eine hinreichend fundierte Auseinandersetzung mit diesen. Die Berichte genügen auch folglich den rechtsprechungsgemässen Anforderungen nicht.

4.4.6 Überdies findet sich in den erwähnten versicherungsinternen Beurteilungen auch keine Auseinandersetzung mit ärztlichen Berichten, welchen von der Beurteilung von Dr. med. B._____ mitunter erheblich abweichen. In diesem Zusammenhang ist vorliegend insbesondere eine Stellungnahme zum Bericht von Dr. med. I._____ zu verlangen, der dem Beschwerdeführer – in vollständigem Widerspruch zur Schlussfolgerung von Dr. med. B._____ – hinsichtlich der Bizepssehnenruptur eine bleibende und erhebliche Einschränkung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit (act. 14) zugebilligt hat. Ungeklärt bleibt zudem in kardiologischer Hinsicht der Widerspruch zwischen der von Dr. med. B._____ angenommenen vollen Leistungsfähigkeit in einer Verweistätigkeit und der im Gutachten von Dr. med. M._____ attestierten vollständigen Aufhebung des Leistungsvermögens voraussichtlich bis 30. September 2014 (act. 30, S. 10).

Die (hier vollkommen fehlende) Auseinandersetzung mit Berichten und Expertisen, welche von den der Verfügung zugrunde gelegten versicherungsinternen Stellungnahmen abweichen, ist deshalb notwendig, weil das Gericht ansonsten bei divergierenden Arztberichten häufig nicht in der Lage ist, das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht die andere medizinische These abstellt, wie dies die Rechtsprechung verlangt (vgl. 9C_986/2009 E. 4.5.2; BGE 125 V 352 E. 3a S. 352).

4.4.7 Damit steht fest, dass sich der gesundheitliche Zustand und insbesondere dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit allein schon unter Berücksichtigung der bis zum massgeblichen Verfügungszeitpunkt vom 8. April 2014 erstellten medizinischen Berichte und Gutachten nicht schlüssig beurteilen lassen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

4.5

Wie vorstehend ausgeführt, sind Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, im hängigen Verfahren soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (Urteil 9C_24/2008 E. 2.3.1).

4.5.1 Mit ärztlichem Attest vom 5. August 2014 hielt der Hausarzt, Dr. med. D._____, als Diagnosen eine chronische Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung (ICD-10: 50.13), eine dilatative Myopathie (ICD-10: I42.0), einen Zustand nach Bandscheibenvorfall L4/L5 (ICD-

10: M51.2), einen Zustand nach Bizepssehnenruptur rechts (ICD-10: S46.2) sowie eine chronisch rezidivierende Migräne (ICD-10: G43.9) fest. In Bezug auf die Leistungsfähigkeit fügte er hinzu, er erachte den Beschwerdeführer aktuell als vollständig arbeitsunfähig, zumal dieser so hochgradig eingeschränkt sei, dass auch eine stundenweise sitzende Tätigkeit mit emotionaler Belastung nicht absolviert werden könne (Beilage zu BVGer act. 15).

In diesem Zusammenhang gilt es zu beachten, dass auch die Einschätzungen von behandelnden Hausärzten und Spezialisten nicht von vornherein unbeachtlich sind; vielmehr sind diese im Rahmen der freien Beweiswürdigung zu berücksichtigen, zumal die Behörde und das Gericht auch auf die speziellen, etwa dank der langjährigen medizinischen Betreuung nur einem Hausarzt zugänglichen Erkenntnisse des Gesundheitszustandes eines Versicherten abstellen können (vgl. dazu Urteile des BGer 4A_526/2014 vom 17. Dezember 2014 E. 2.4 und 9C_468/2009 vom 9. September 2009 E. 3.3).

4.5.2 Ferner geht aus dem vom Rechtsvertreter im Beschwerdeverfahren mit Eingabe vom 2. Juni 2014 (BVGer act. 3) eingereichten Rentenbescheid der Deutschen Rentenversicherung vom 26. Mai 2014 hervor, dass die ursprünglich bis zum 30. September 2014 befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung weiterhin auf Zeit bis zum 30. September 2016 ausgerichtet wird (Beilage zu BVGer act. 3). Auch diese Tatsache spricht weiterhin gegen eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und für eine nach wie vor bestehende erhebliche Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit.

4.5.3 Die Prüfung der nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung erstellten Berichte und Beweismittel bestätigt demnach die vorstehende Schlussfolgerung (E. 4.4.7), dass der Gesundheitszustand und die Leistungseinschränkungen für die eine angepasste Verweistätigkeit nicht hinreichend abgeklärt worden sind. Es bestehen damit ganz erhebliche Zweifel an der von der Vorinstanz angenommenen vollen Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit.

4.6 Zusammengefasst ist festzuhalten, dass der relevante medizinische Sachverhalt nicht allseitig und zudem auch unvollständig abgeklärt wurde, sodass sich die funktionelle Leistungsfähigkeit und damit auch die Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit nicht zuverlässig beurteilen lassen. Die versicherungsinternen medizinischen Berichte (act. 20 und act. 41) erfüllen

die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Grundlage in mehrfacher Hinsicht nicht. Es kann daher nicht auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden, da von einer zusätzlichen, medizinisch nachvollziehbar und schlüssig begründeten fachärztlichen Beurteilung neue verwertbare und entscheidungsrelevante Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. dazu auch Urteil des BGer 8C_189/2008 vom 4. Juli 2008 E. 5 mit Hinweisen). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die nach Verfügungserlass (8. April 2014) ergangenen ärztlichen Berichte (insb. Beilage zu BVGer act. 15 sowie allenfalls weitere, noch nicht aktenkundige Berichte und Stellungnahmen) bei der fachärztlichen Begutachtung zu berücksichtigen sind.

Mit Blick auf die zur Diskussion stehenden Diagnosen (E. 4.3 und 4.5.1 hiervor) drängt sich vorliegend eine interdisziplinäre Begutachtung unter Einbezug der Fachdisziplinen der Orthopädie, der Kardiologie und der Neurologie auf. Der Neurologe wird dabei namentlich Art und Ausmass der gesundheitlichen Beeinträchtigungen infolge des chronischen Schmerzzustandes (mit sensibler Nervenschädigung) und der Migräne zu beurteilen haben. Ob daneben auch noch weitere Spezialisten (wie namentlich aus dem Bereich der Psychiatrie) beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E.6.3.1). Mit der interdisziplinären Begutachtung kann auch sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1).

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, zumal die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; Urteil des BVGer C-4677/2011 vom 18. Oktober 2013 E. 3.6.3) und keine Gründe ersichtlich sind, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinäre Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt.

5.

Der am 8. April 1955 geborene Beschwerdeführer ist inzwischen 60-jährig. Verlässliche gutachtliche Feststellungen der medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit liegen nach dem Gesagten derzeit noch nicht vor.

5.1 Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit abzustellen. Diese steht fest, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 138 V 457 E. 3.3 und 3.4).

5.2 Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist (vgl. zum Ganzen Urteil des BGer 8C_482/2010 vom 27. September 2010 E. 4.2 mit Hinweisen). Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt ab von den Umständen, die mit Blick auf die Anforderungen der Verweisungstätigkeiten massgebend sind (beispielsweise Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen; absehbarer Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich). Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat etwa einen 60-jährigen Versicherten, welcher mehrheitlich als Wirker in der Textilindustrie tätig gewesen war, als zwar nicht leicht vermittelbar erachtet. Es sah aber mit Bezug auf den hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt gleichwohl Möglichkeiten, eine Stelle zu finden, zumal Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen, ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden und der Versicherte zwar eingeschränkt (weiterhin zumutbar waren leichte und mittelschwere Arbeiten im Gehen, Stehen und Sitzen in geschlossenen Räumen), aber immer noch im Rahmen eines Vollpensums arbeitsfähig war. Bejaht hat das Bundesgericht auch die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines (ebenfalls) 60-jährigen Versicherten mit einer aufgrund verschiedener psychischer und

physischer Limitierungen (es bestanden u.a. rheumatologische und kardi-ale Probleme) um 30 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit.

Verneint wurde hingegen die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines über 61-jährigen Versicherten, der über keine Berufsausbildung verfügte, bezüglich der aus medizinischer Sicht im Umfang von 50 % zumutbaren feinmotorischen Tätigkeiten keinerlei Vorkenntnisse besass, dessen Teilarbeitsfähigkeit weiteren krankheitsbedingten Einschränkungen unterlag und dem von den Fachleuten der Berufsberatung die für einen Berufswechsel erforderliche Anpassungsfähigkeit abgesprochen wurde. Als unverwertbar erachtet wurde auch die 50%-ige, durch verschiedene Auflagen zusätzlich limitierte Arbeitsfähigkeit eines knapp 64-jährigen Versicherten mit multip-len, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Beschwerden, ebenso eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit einer im Verfügungszeitpunkt 61 Jahre und einen Monat alten Versicherten, die bezüglich der für sie in Frage kommenden Tätigkeiten einer Umschulung bedurft hätte (Rechtsprechungsübersicht aus dem Urteil des BGer 8C_482/2010 vom 27. September 2010, E. 4.2 mit Hinweisen). Ebenfalls verneint wurde die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bei einem im Zeitpunkt der Verfügung 61 ½-jährigen Versicherten, bei welchem das fortgeschrittene Alter in Verbindung mit dem Herzleiden und der damit verknüpften Verzögerung einer allfälligen Schu-teroperation eine Situation mit vielen Unwägbarkeiten entstand. Es müsse damit gerechnet werden, dass eine Anstellung durch krankheitsbedingte Unterbrüche geprägt und eine halbwegs ungestörte Tätigkeit gar nicht möglich sei. Dies halte potenzielle Arbeitgeber davon ab, das Risiko einer mit solchen Komplikationen behafteten Anstellung einzugehen (Urteil des BGer 9C_734/2013 vom 13. März 2014 E. 3.4).

5.3 Spätestens im Zeitpunkt, da der medizinische Sachverhalt rechts-genüglich abgeklärt sein wird, hat die Vorinstanz mitunter die Frage zu prü-fen, ob dem Beschwerdeführer mit Blick auf die ihm gegebenenfalls noch attestierte Restarbeitsfähigkeit eine Verwertung noch zumutbar ist. Dabei wird sie neben der medizinisch-theoretischen Leistungsfähigkeit auch noch die vorstehend genannten Kriterien (E. 5.2 hiervor) in die Beurteilung mit-einzubeziehen haben.

6.

Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass die Beurteilung der Frage, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat, vom Ergebnis der weiteren Beweiserhebungen abhängt. In diesem Zusammenhang ist die Vorinstanz einerseits darauf

hinzuweisen, dass die Verweistätigkeit dem (gutachtlich noch eingehend abzuklärenden) Leistungsprofil zu entsprechen hat und damit für den Versicherten möglich und zumutbar sein muss. Andererseits wird sie zur Bestimmung des Invalidenlohnes auf einen repräsentativen Durchschnitt der Löhne mehrerer geeigneter Verweistätigkeiten abzustellen haben; der Bezug von Löhnen aus lediglich zwei in Betracht fallenden Verweistätigkeiten ist in diesem Zusammenhang nicht hinreichend.

7.

Nach dem vorstehend Dargelegten steht fest, dass die IVSTA den rechtserheblichen Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG). Eine Rückweisung der Sache in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung ist unter diesen Umständen möglich, da sie in der notwendigen Beantwortung der bisher ungeklärten Fragen nach den Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit begründet liegt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Eine Rückweisung ist darüber hinaus auch deshalb geboten, weil die Vorinstanz zur Frage der Zumutbarkeit der Verwertung der Resterwerbsfähigkeit Stellung zu beziehen haben wird. Die Beschwerde ist demnach insoweit gutzuheissen, als dass die angefochtene Verfügung vom 8. April 2014 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer Abklärungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen sind.

8.

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

8.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Diesem ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

8.2 Der durch einen deutschen Anwalt 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 (14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwandes des nicht in einem schweizerischen Anwaltsregister eingetragenen, berufsmässigen Vertreters wird die Parteientschädigung inklusive Auslagenersatz auf Fr. 1'600.- festgelegt (Art. 10 VGKE).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, als die Verfügung vom 8. April 2014 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie die erforderlichen zusätzlichen Abklärungen und Beurteilungen im Sinne der Erwägungen vornehme und anschliessend neu verfüge.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der bereits geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- wird dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.

Dem Beschwerdeführer wird eine Parteientschädigung von Fr. 1'600.- zugesprochen, die nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils von der Vorinstanz zu leisten ist.

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Einschreiben mit Rückschein; Beilage: Formular Zahlungsadresse)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

David Weiss

Roland Hochreutener

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. Die Rechtschrift 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: