



Urteil vom 24. Oktober 2017

Besetzung

Richter Daniel Stufetti (Vorsitz),
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,
Richter Christoph Rohrer,
Gerichtsschreiberin Simona Risi.

Parteien

A. _____,
vertreten durch Francisco José Vazquez Bürger,
Rechtsanwalt,
Beschwerdeführer,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch;
Verfügung IVSTA vom 6. Mai 2015.

Sachverhalt:**A.**

A._____ (im Folgenden: Beschwerdeführer oder Versicherter) wurde am (...) 1954 geboren und ist spanischer Staatsangehöriger. Von 1972 bis 1974 und von 1985 bis 1994 war er in der Schweiz erwerbstätig, zuletzt bei der B._____ AG (Bauunternehmen), (...). Danach kehrte er in seinen Heimatstaat zurück und war dort als Maurer tätig. Am 25. Januar 2013 stürzte er zu Hause aus einer Höhe von 2 Metern und erlitt ein thorako-abdominales Trauma (Vorakten [nachfolgend IV-act.] 1/1-6, 2, 8, 17/5 f., 25-27, 29.).

B.

B.a Am 27. Mai 2014 meldete sich der Versicherte über den spanischen Versicherungsträger bei der IVSTA zum Bezug von Leistungen der Schweizerischen Invalidenversicherung an (IV-act. 2). Im Laufe des Verfahrens wurden die Formulare E 204, E 205, E 207 und E 213 (IV-act. 1 f., 4 f.), 60 medizinische Berichte, Untersuchungsergebnisse und Laborbefunde aus den Jahren 2012-2014 (IV-act. 3, 13-24), sowie die ausgefüllten Arbeitnehmer- und Arbeitgeberfragebögen (IV-act. 25-27) zu den Akten gereicht.

B.b Mit Stellungnahmen vom 29. Oktober 2014 und 30. Dezember 2014 (IV-act. 30, 37) äusserte sich der medizinische Dienst der IVSTA zu den medizinischen Akten.

B.c Mit Vorbescheid vom 28. Januar 2015 (IV-act. 38a) teilte die Vorinstanz dem Versicherten mit, bei einer aufgrund der medizinischen Einschränkungen zu erwartenden Erwerbseinbusse von 80% ab dem 25. Januar 2013 und von 35% ab dem 1. Mai 2013 bestehe kein Anspruch auf eine Rente.

B.d Der Versicherte erhob mit Eingabe vom 19. Februar 2015 Einwand (IV-act. 39) und machte am 1. April 2015 ergänzende Ausführungen (IV-act. 43). In diesem Zusammenhang reichte er sieben weitere Arztberichte und Untersuchungsergebnisse ein (IV-act. 46-52).

B.e Nach Einholung einer Stellungnahme des medizinischen Diensts vom 29. April 2015 (IV-act. 54) wies die IVSTA das Rentengesuch mit einer im Wesentlichen dem Vorbescheid entsprechenden Verfügung vom 6. Mai 2015 (IV-act. 55) ab.

C.

Gegen die rentenabweisende Verfügung liess der Beschwerdeführer am

16. Juni 2015 durch seinen Rechtsvertreter Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erheben (act. im Beschwerdeverfahren [nachfolgend: act.] 1). Er beantragt, es sei ihm, rückwirkend zum Antragszeitpunkt (unter Berücksichtigung der gesetzlichen Wartefristbestimmungen), eine Invalidenrente zuzusprechen, eventualiter sei die vorinstanzliche Verfügung aufzuheben und es sei eine pluridisziplinäre Sachaufklärung durchzuführen und alsdann neu zu verfügen.

Zum Beweis seiner Vorbringen reichte er einen medizinischen Bericht der Clinica de Neumologia C. _____ vom 27. März 2015 ein.

D.

Mit Verfügung vom 24. Juni 2015 (act. 3) setzte das Bundesverwaltungsgericht dem Beschwerdeführer Frist zur Bezahlung eines Kostenvorschusses von Fr. 400.- an. Der Beschwerdeführer leistete fristgerecht eine Zahlung von Fr. 408.- (act. 6).

E.

Mit ihrer Vernehmlassung vom 17. Juli 2015 (act. 5) beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und verwies auf die beigelegte Stellungnahme des medizinischen Dienstes vom 11. Juli 2015.

F.

Der Beschwerdeführer reichte am 28. August 2015 eine Replik ein (act. 11).

G.

Die Vorinstanz verzichtete am 24. September 2015 auf eine materielle Duplik (act. 13).

H.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). 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 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

1.2 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gestützt auf Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG findet dieses Gesetz in Sozialversicherungssachen jedoch keine Anwendung, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist, was gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG für die Invalidenversicherung (Art. 1a-26^{bis} und 28-70) zutrifft, soweit das IVG nicht ausdrücklich davon abweicht.

1.3 Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 60 ATSG und Art. 50 Abs. 1 sowie 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Damit ergibt sich, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten.

2.

2.1 Der Beschwerdeführer ist spanischer Staatsangehöriger und hat seinen Wohnsitz in Spanien, 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) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit – wie vorliegend – das FZA und die

gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1).

2.2 In zeitlicher Hinsicht sind – besondere übergangsrechtliche Regelungen vorbehalten – jene materiellen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Der Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu beurteilen (vgl. BGE 130 V 445). Vorliegend sind das IVG, die IVV (SR 831.201) und das ATSG gemäss der 5. IV-Revision (in Kraft seit 1. Januar 2008; AS 2007 5129) und der IV-Revision 6a (in Kraft seit 1. Januar 2012; AS 2011 5659) zu beachten. Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substantziellen Änderungen gegenüber der bis Ende 2007 gültig gewesenen Rechtslage, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-2656/2015 vom 24. Februar 2016 E. 3.4 m.H.).

2.3 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung (hier: 6. Mai 2015) eingetretenen Sachverhalt ab. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügung sein (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1 sowie BGE 121 V 362 E. 1b je m.H.). Der mit der Beschwerde erstmals eingereichte medizinische Bericht der Clinica de Neumologia C._____ (Beilage zu act. 1) datiert vom 27. März 2015 und damit vor der angefochtenen Verfügung, weshalb er im Beschwerdeverfahren zu würdigen ist.

3.

3.1 Das Bundesverwaltungsgericht prüft im vorliegenden Verfahren 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).

3.2 Anfechtungsobjekt des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet die Verfügung vom 6. Mai 2015, mit welcher die Vorinstanz einen Anspruch

des Beschwerdeführers auf Rente unter Feststellung eines Invaliditätsgrads von 35% verneinte. Strittig und zu prüfen ist insbesondere, ob der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt durch die vorliegenden ärztlichen Berichte richtig und vollständig erstellt ist.

4.

4.1 Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat.

4.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. In die Mitgliedstaaten der Europäischen Union sind Viertelsrenten jedoch entgegen Art. 29 Abs. 4 IVG exportierbar (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

4.3 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. 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) IV-Stelle (Art. 54 - 56 in Verbindung mit Art. 57 Abs. 1 lit. c-g IVG).

4.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben.

4.4.1 Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt sie zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195 f. m. H.).

4.4.2 Im Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Dies bedeutet, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 137 V 210 E. 6.2.2, 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a).

4.4.3 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).

4.4.4 Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person beigebrachten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubewerten. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen kann

nicht abgestellt werden, und es sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. und E. 4.7 S. 471). In einem solchen Fall wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4-4.6 S. 469-471).

4.5 Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Dieser Grad übersteigt einerseits die Annahme einer blossen Möglichkeit bzw. einer Hypothese und liegt andererseits unter demjenigen der strikten Annahme der zu beweisenden Tatsache. Die Wahrscheinlichkeit ist insoweit überwiegend, als der begründeten Überzeugung keine konkreten Einwände entgegenstehen (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 50; THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70, Rz. 58 ff.).

5.

Im Verfügungszeitpunkt lagen zusammengefasst im Wesentlichen die folgenden, chronologisch darzustellenden medizinischen Akten vor:

5.1 Bereits kurz vor dem Unfall vom 25. Januar 2013 stellte sich der Beschwerdeführer mehrfach bei verschiedenen Ärzten vor.

5.1.1 In ihrem Bericht vom 3. September 2012 (IV-act. 13; 15/10 f., vgl. auch IV-act. 14) hielt Dr. D._____ (Complexo Hospitalario E._____) fest, der Versicherte habe sich mit Schwindel und EKG-Veränderungen vorgestellt; in der Nacht leide er an präkordialen Schmerzen. Eine Röntgenaufnahme des Thorax ergab keine akute pleuropulmonale Erkrankung. Dem Versicherten wurden eine Wiederholung des EKG beim Hausarzt und eine möglichst baldige Untersuchung durch einen Kardiologen empfohlen.

5.1.2 Dr. F._____ und Dr. G._____ berichteten am 3. Dezember 2012 (IV-act. 15/5, 15/12, 50/2, vgl. auch IV-act. 15/4, 15/8, 15/15 f., 15/19 ff.) über eine Einweisung des Versicherten aus der externen Abteilung wegen Schmerzen aufgrund von gemischter Angina.

5.1.3 Aus den weiteren Akten (vgl. IV-act. 15/13 f., 15/17, 15/23, 15/43, 15/44 f.) ergibt sich ein Spitalaufenthalt vom 3. bis 11. Dezember 2012.

Dr. H._____ (Complexo Hospitalario E._____) hielt im Entlassungsbericht vom 11. Dezember 2012 (IV-act. 15/1 f.; vgl. auch IV-act. 15/6,

15/18, 15/32 ff.) fest, der Patient habe vor drei Monaten drei bis vier Episoden mit Druckgefühl im Thorax von kurzer Dauer bei der Arbeit erlebt. Danach sei er bis zwei Tage vor der Einweisung asymptomatisch gewesen; seitdem verspüre er wieder schlecht definierbare Schmerzen im Thorax während den Morgenstunden, die nach 5 Minuten spontan abklingen würden. Das EKG zeige eine Veränderung der Repolarisierung vom Typ subepikardialer Ischämie inferior und lateral respektive eine Veränderung der diastolischen Erschlaffung. Diagnostiziert wurde trotz negativem Ischämie-Erkennungstest eine ischämische Herzkrankheit bei kontrolliertem Angor sowie eine Hypercholesterinämie. Eine normale Lebensführung sei (unter Einnahme von Medikamenten) möglich, sofern intensive Anstrengungen vermieden würden.

5.1.4 Am 6. Januar 2013 stellte sich der Versicherte nach zwei Episoden mit Schmerzen in der Brust von einer Minute inklusive Schwindel erneut im Complejo Hospitalario E. _____ vor. Dem diesbezüglichen Bericht samt EKG-Befund (IV-act. 15/24, IV-act. 16) ist zu entnehmen, die Schmerzen seien nicht-koronaren Ursprungs.

5.2 Am 25. Januar 2013 wurde der Versicherte nach einem Sturz aus einer Höhe von 2 Metern in den Complejo Hospitalario E. _____ eingeliefert.

5.2.1 Bis zum 31. Januar 2013 wurde er stationär auf der Anästhesieabteilung behandelt (vgl. IV-act. 17/4, 17/14 ff., 17/21 f., 17/23, 17/25, 17/28 f., 17/31, 17/37, 17/38 ff., 17/59, 17/60 ff.). Dr. I. _____ diagnostizierte ein thorakoabdominales Trauma rechts mit Pneumothorax und berichtete über den Spitalaufenthalt am 31. Januar 2013 (IV-act 17/5 f., 17/72 f.) dahingehend, dass eine Röntgenaufnahme des Thorax mehrere Rippenfrakturen gezeigt habe. Zur Entwicklung führte sie aus, der Zustand sei hämodynamisch stabil ohne Anzeichen von Blutungen. Das Setzen eines Epiduralkatheters gegen die Thoraxschmerzen habe gute Ergebnisse gebracht. Die Atmung habe sich gut entwickelt, es sei eine Physiotherapie mit Anreizung durchgeführt worden. Zur Beurteilung der Verlagerung der 9. Rippe rechtsseitig wurde ein Kontroll-CT beantragt. Aufgrund des stabilen Zustands wurde der Versicherte zur weiteren Behandlung aus der Abteilung entlassen.

5.2.2 Bis zum 11. Februar 2013 hielt sich der Versicherte weiterhin im Complejo Hospitalario E. _____ auf (vgl. IV-act. 17/7 ff., 17/11 ff., 17/18 ff., 17/24, 17/26 f., 17/30, 17/32 f., 17/34).

Am 4. Februar 2013 führte Dr. J. _____ eine radiologische Untersuchung (kontrastmittelgestütztes CT von Thorax und Abdomen) durch (IV-act. 17/35 f.) und berichtete, die rechtsseitige Thoraxverletzung am 25. Januar 2013 habe Frakturen der Rippen 6-7-8-9 rechtsseitig posterior und lateral nach sich gezogen, mit Verlagerungen der Rippen 7, 8 und 9, letztere mit Kontakt zum Zwerchfell, aber ohne Läsion der Leber. Die Untersuchung zeige zentrierte Mediastinum-Strukturen. Es würden Kalkablagerungen an der thorakalen und abdominalen Aorta, am Ursprung der Arteria mesenterica superior hypodens bestehen. Es seien keine Adenopathien bedeutender Grösse im Mediastinum oder Hylum erkennbar. Der Durchmesser der Lungenarterien sei normal und im zentralen Bereich durchlässig. Es bestehe eine erhöhte Densität im rechten unteren Lungenflügel, vermutlich assoziiert mit dem passiven Kollaps, Differenzialdiagnose zwischen Lungenkontusion und passivem Lungenkollaps, laminarer Lungenkollaps im linken unteren Lappen. Der linke Pleuraraum sei frei, es bestehe eine mässige Flüssigkeitsmenge im rechten Pleuraraum, assoziiert mit Pneumothorax. In Bezug auf die Untersuchung vom 25. Januar 2013 zeige sich eine leichte Verschlechterung des Pneumothorax bei Auflösung des subkutanen Emphysems. Die rechtsseitigen Mehrfachfrakturen der Rippen (sechster bis zehnter Rippenbogen) seien mit der Absenkung der Rippenbögen 7-9, assoziiert. Es zeige sich weiter eine linear dichte Erscheinung im 8. Zwischenrippenraum, vermutlich Knochensplitter. Im Lebersegment IV bestehe eine kleine hypodense, perivesikuläre Läsion, ansonsten sei die Leber ohne Befund.

5.2.3 Mit Entlassungsbericht vom 11. Februar 2013 (IV-act. 17/1 f.) bestätigte Dr. K. _____ die Berichte von Dr. I. _____ und Dr. J. _____ und führte ergänzend aus, am 5. Februar 2013 sei beim Versicherten operativ ein Thoraxschlauch eingesetzt worden, der eine Reexpansion der Lunge bewirkt habe. Die Therapie bestehe in relativer Ruhigstellung sowie der Einnahme von Schmerzmitteln bei Bedarf.

5.3 Zur Abklärung respektive zum Ausschluss einer allfälligen ischämischen Herzkrankheit nahm Dr. L. _____ (Complexo Hospitalario E. _____) am 21. Oktober 2013 eine diagnostische Katheterisierung vor (IV-act. 19). Zum aktuellen Befund hielt er fest, nach diversen Episoden thorakaler Schmerzen in Bewegung und Ruhe von atypischem koronaren Charakter zeige das EKG einen Sinusrhythmus, T-Welle negativ, das Echokardiogramm zeige eine normale Grösse und Kontraktilität. Angiographisch würden normale Koronararterien ohne Stenose bestehen. Gemäss SPECT stelle sich die Frage einer Ischämie im unteren Teil.

5.4 Eine Untersuchung der Schluckfunktion der Speiseröhre durch Dr. M._____ (Complexo Hospitalario E._____) am 3. Dezember 2013 (IV-act. 21) ergab einen Reflux, keine Hiatushernie und einen Magen von normaler Grösse und Morphologie mit guter Entleerung.

5.5 Dr. N._____ (Complexo Hospitalario E._____) berichtete am 29. Dezember 2013 über die Entlassung des Versicherten aus der Notaufnahme (IV-act. 22, vgl. auch IV-act. 23). Dieser sei am 11. Oktober 2013 wegen unspezifischer Thoraxschmerzen (krampfartige Schmerzen in der rechten Seite mit pleuristischen und manchmal neuropathischen Merkmalen, die sich wie ein Muskelkrampf anfühlen und seit dem Unfall im Januar auftreten) und Veränderung der Leberwerte in der Notaufnahme untersucht worden. Nun sei er erneut zur Untersuchung (körperliche Untersuchung, EKG, Röntgen, Labor) gekommen, weil die Schmerzen in den letzten 3 Tagen zugenommen hätten. Der Patient sei für die Analgesie und die Durchführung eines CT des Thorax aufgenommen worden, was allerdings wegen fehlender vorrangiger Priorität verweigert worden sei. Er bleibe weiter asymptomatisch, die Schmerzen würden durch Analgetika kontrolliert. Die (im Labor ersichtliche) Veränderung der Leberwerte gehe einher mit dem Beginn der Atorvastatin-Therapie, die daher abgeschlossen werde. Es wurde beschlossen, den Patienten nach Hause zu entlassen und die CT-Untersuchung ambulant durchzuführen. Im Übrigen wurde empfohlen, eine Analysekontrolle mit hepatischem und lipämischem Profil innerhalb eines Monats durchzuführen und die Wiederaufnahme einer anderen Statin-Behandlung abzuwägen.

5.6 Ein Ultraschall von Abdomen und Becken vom 20. März 2014 ergab gemäss Radiologiebericht des Complexo Hospitalario E._____ (IV-act. 24) hinsichtlich der Leber eine normale Grösse und Morphologie; Parenchym mit leicht erhöhter, diffuser Echogenität, assoziiert mit Leberverfettung. Perivesikulär war eine vorbestehende hypoechogene Läsion erkennbar. Gallenblase, Pankreas, Bauchorta, Milz und Nieren zeigten sich unauffällig. In den Höhlungen des Becken-/Bauchbereichs fand sich keine freie Flüssigkeit. Die Prostata sei vergrössert mit einem Volumen von etwa 39cm³.

5.7 Am 27. März 2014 berichtete Dr. O._____ (Facharzt für Traumatologie und Orthopädie; IV-act. 48), der Patient leide an starken Schmerzen und funktionalen Einschränkungen, welche die Hals-, Lenden- und Brustwirbelsäule, Hände, Schultern und Knie betreffen würden. Die chronischen

Gelenkschmerzen führten zu erheblichen Einschränkungen bei allen Aktivitäten, die eine gewisse, wenn auch nur mittelmässige Anstrengung erfordern, wie Neigungen des Körpers, Tragen von Lasten usw. Die durchgeführten Untersuchungen liessen den Schluss zu, dass sein Zustand mit der Tätigkeit auf dem Bau vollständig und dauerhaft unvereinbar sei. Ursache dafür seien folgende Erkrankungen:

- Schwere Spondylarthrose aller Lendenwirbel L3-L4, L4-L5 und L5-S1; Die Bandscheiben und posterioren Wirbelfacetten seien stark degenerativ verändert, mit folgenden Konsequenzen:
 - Mehrfache Foraminalstenose aller Wirbelkörper
 - Mehrfache radikuläre Kompression
 - Stenose der zugehörigen Foramina
 - Umfassende Stenose des Rückenmarkkanals, die Ursache der Rückenmarkskompression ist.
 - Einfaches Gehen über längere Dauer führt abgesehen von Schmerzen aufgrund der medullären und radikulären Kompression zu einem Taubheitsgefühl in beiden Beinen
 - Starke Hyperlordosierung der LWS, die zu einer weiteren Verschlechterung aller oben beschriebenen Symptome führt
 - Fortgeschrittene degenerative Läsion der Bandscheiben und Wirbelfacetten in der gesamten HWS
- Degenerative Gelenkerkrankungen in beiden Schultern. Das Subakromialsyndrom verursacht Schmerzen und führt zu einer Einschränkung beim Heben beider Arme. Der Patient leidet an Schultergelenksarthrose.
- Schwere Nachwirkungen einer schlimmen Thoraxverletzung nach einem Sturz aus zwei Metern Höhe, der rechtsseitig zu mehreren Frakturen der Rippen (6-10) und Rippenbögen, Pleuraergüssen, Emphysem und Atelektase führte.
- Koronare Herzkrankheit mit einer Episode, die 2012 zur Einweisung in die CHUO führte.
- Gelenkerkrankung im rechten Sprunggelenk und in den Knien infolge von Chondromalazie (beide Kniescheiben betroffen)

5.8 Ein CT-Scan vom 4. Juni 2014 zeigte gemäss dem Bericht von Dr. P._____ (Complejo Hospitalario E._____; IV-act. 3, 34) wie jener vom 17. Januar 2014 multiple Rippenfrakturen rechts in der Phase der Konsolidierung. Beim siebten Rippenbogen zeige sich ein grober Frakturkallus, mit dem Bild einer pleuralen Fibrose. Auf der anderen Seite bei der neunten Rippe habe sich der Kallus nicht gut gebildet, die Trennung der Fragmente bleibe bestehen, es zeige sich eine Pseudomasse mit einem Bronchogramm. Die Ärztin äusserte den Verdacht auf abgerundete post-traumatische Atelektase. Radiologisch existiere keine Veränderung im Vergleich zur Untersuchung vom Januar 2014.

5.9 Mit Formular E 213 (ausführlicher ärztlicher Bericht; IV-act. 4) berichtete Dr. Q._____ zu Händen des spanischen Versicherungsträgers R._____ am 10. Juni 2014 über ihre Untersuchung des Versicherten vom 30. Mai 2014. Dabei zeigte sich folgender Befund:

- Husten ohne Auswurf, Dyspnoe beim Auskleiden, Abnahme des Geräuschs im rechten Hemothorax, Tastschmerz Brustwandspitze links, kein Tastschmerz rechts
- Nabelbruch
- Wirbelsäule und obere Gliedmassen ausreichend mobil
- Untere Gliedmassen: Einschränkung der Innenrotation der rechten Hüfte, diskret schmerzhaft
- Sonstige Untersuchungen: Spirometrie (Messung Lungen-/Atmenvolumen) 3.6.2014: leichte Behinderung

Dr. Q._____ diagnostizierte Rippenschmerzen nach Thoraxtrauma mit mehreren Rippenfrakturen, Pseudoarthrose und posttraumatische Atelektase. Den Krankheitsverlauf bezeichnete sie als unsicher. Die körperliche Leistungsfähigkeit sei eingeschränkt. Zur Arbeitsfähigkeit führte sie aus, der Versicherte könne noch in Vollzeit leichte Arbeiten mit wechselnder Körperhaltung ohne Nässe, Kälte, Rauch/Gase/Dämpfe, Häufiges Bücken/Heben/Tragen von Lasten, Klettern oder Steigen, Absturzgefahr ausführen. Bildschirmarbeit könne mangels Ausbildung nicht verrichtet werden. Die Einsatzbeschränkung bestehe auf Dauer seit 2014. Die Leistungsfähigkeit könne durch medizinische und/oder berufliche Rehabilitation verbessert werden (vgl. IV-act. 4/8 ff. [Ziff. 9-11]).

5.10 Ein weiteres CT vom 24. November 2014 ergab gemäss dem Bericht von S._____ (Complejo Hospitalario E._____, Abteilung Schmerztherapie; IV-act. 50/1) den bekannten Befund und keine radiologischen Veränderungen gegenüber der Untersuchung im Januar 2014. Diagnostiziert wurden posttraumatische Thoraxschmerzen. Zur Behandlung wurden Medikamente verschrieben und eine Rippenblockade durchgeführt. Eine Kontrolle vom 4. Dezember 2014 zeigte (IV-act. 50/1) eine Schmerzlinderung um weniger als 50%, wobei der Patient die Notfallmedikation nur einmal eingenommen habe. Es wurde eine zweite Rippenblockade durchgeführt. Die Kontrolle vom 17. Dezember 2014 zeigte eine fast vollständige Schmerzlinderung über 7 Tage, wobei die Schmerzen anschliessend mit derselben Intensität zurückgekehrt seien. Ultraschallgeführt wurde eine dritte Rippenblockade vorgenommen (IV-act. 50/1). Am 11. Februar 2015 persistierten Kostalschmerzen der Rippen 7-9; die Untersuchung durch Dr. S._____ (Complejo Hospitalario E._____, Entlassungsbericht

ambulante Chirurgie) ergab eine Intercostalneuralgie T7-T9 (IV-act. 51). Am 23. März 2015 wurde berichtet, der Patient stelle insgesamt eine erhebliche Besserung fest, er leide nun jedoch an Husten (IV-act. 50/1).

5.11 Am 16. März 2015 berichtete Dr. T. _____ (Complexo Hospitalario U. _____) über eine weitere Untersuchung des Versicherten (IV-act. 49). Er hielt insbesondere fest, es würden Schmerzen in der rechten Brustkorbhälfte bestehen. Das PET-CT habe eine pulmonale Opazität gezeigt, vermutlich benachbartes interstitielles Infiltrat und hilusmediastinale Adenopathien mit leicht pathologischem Hypermetabolismus, der trotz erheblicher Aktivität, was auf eine Tumor-Pathologie hindeuten könnte, angesichts der radiologischen Merkmale und der Intensität der Aktivität als wichtige Differenzialdiagnose auf eine inflammatorische Erkrankung hindeute. Der PAAF-Test sei negativ für Malignität ausgefallen. Dem Patienten sei der chirurgische Eingriff zu diagnostischen Zwecken vorgestellt worden, vorzugsweise jedoch konservatives Behandlungsschema. Ein erneutes Thorax-CT zur Entwicklungskontrolle stehe aus.

5.12 Mit Bericht vom 30. März 2015 (IV-act. 46 f.) führte V. _____ (Kardiologe) aus, seit dem Trauma im Bereich von Thorax und Abdomen zeige der Patient Episoden von Thoraxschmerzen ohne Zusammenhang mit Belastung und Atemnot bei geringen Anstrengungen. Die körperliche Untersuchung, das EKG und das Echokardiogramm zeigten keinen Befund. Das Belastungsechokardiogramm (Belastung mit Hilfe eines Laufbands nach dem Bruce-Protokoll) – durchgeführt mit kardioaktiver Medikation – rief beim Patienten nach eineinhalb Minuten eine Atemnot ohne Angina hervor, die sich derart verstärkte, dass die Übung nach 2:24 Minuten abgebrochen werden musste. Die Maximallast betrug 4,6 METs, die Basis-Maximal-TAS 140/170, die Herzfrequenz basal/maximal 76/190. Arrhythmien zeigten sich keine. Der Test sei klinisch und elektronisch negativ für koronare Ischämie; der Patient erreiche 119% der theoretisch maximalen Herzfrequenz für sein Alter. Es bestehe eine schwache funktionale Kapazität aufgrund von sehr einschränkender Atemnot bei Belastung durch leichte Arbeiten. Zum klinischen Befund hielt V. _____ Folgendes fest: Verletzungen im Bereich von Thorax und Abdomen durch einen Sturz sowie rechtsseitig mehrere Rippenfrakturen und möglicherweise eine runde Atelektase mit Alternativbefund organisiertes Hämatom. Chronische ischämische Herzkrankheit. Die Koronararterien sind angiografisch normal und weisen keine Stenosen auf. Aktuelle klinische Anzeichen von Atemnot bei Anstren-

gungen mit respiratorischem Ursprung. Normale allgemeine und segmentale linksventrikuläre Funktion. Belastungsechokardiogramm klinisch und elektronisch negativ für koronare Ischämie.

5.13 Der medizinische Dienst der IVSTA (Dr. W. _____, FMH médecine interne générale) äusserte sich mit Stellungnahmen vom 29. Oktober 2014 (IV-act. 30), 30. Dezember 2014 (IV-act. 37) und 29. April 2015 (IV-act. 54) zum medizinischen Sachverhalt.

Er hielt im Wesentlichen fest, die durchgeführten Untersuchungen zeigten im EKG eine Repolarisationsstörung, die Ergometrie sei aber klinisch und elektrisch negativ. Die Echokardiografie zeige eine gute systolische Funktion mit eingeschränkter diastolischer Relaxation. Die Koronarografie vom 21. Oktober 2013 habe angiografisch normale Koronararterien ohne Stenose gezeigt. Die durch Dr. V. _____ (IV-act. 46 f.) durchgeführte neue Echokardiografie sei normal mit einem FE von 65%, der Belastungstest sei klinisch und elektrisch negativ. Die Dyspnoe sei klar als nicht kardiologisch bedingt beschrieben worden. Die Schlussfolgerung des Vorhandenseins einer kardiopathischen chronischen Ischämie sei in keinsten Weise bewiesen, weder durch die aktuellen Untersuchungen noch durch frühere.

Die Entwicklung infolge des Unfalls vom 25. Januar 2013 sei günstig verlaufen. Es zeigten sich Restschmerzen aufgrund der womöglich unvollständigen Heilung der Fraktur des 9. Rippenbogens. Mehr als ein Jahr nach dem Unfall sei es unwahrscheinlich, dass diese noch komplett heilen werde. Die subjektiven Schmerzen seien dennoch objektiv betrachtet höchstens teilweise erklärbar. Dr. O. _____ attestiere eine definitive Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit und andere Aktivitäten mit ähnlichen physischen Anforderungen (IV-act. 48). Die diffusen degenerativen Erkrankungen, die er anführe, seien nirgendwo sonst dokumentiert oder auf den Röntgenaufnahmen ersichtlich. Es gebe keine detaillierte klinische Untersuchung und der Bericht sei nicht sehr glaubhaft. Der prinzipielle Grund für die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei aber das Thoraxtrauma. Die Untersuchungen und die Folgen des Traumas bestätigten die Pseudoarthrose von einer oder mehreren nicht stabilisierten Rippen. Eine Lungenopazität werde interpretiert als ein Entzündungsinfiltrat oder ein organisiertes Hämatom. Eine Behandlung mit Radiofrequenztherapie werde ausgeführt, ein Eingriff werde durch den Patienten abgelehnt. Die osteoartikuläre Erkrankung rechtfertige gemäss dem spanischen Orthopäden eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten

und allen schweren Tätigkeiten. Eine Arbeitsunfähigkeit in einer leichten Tätigkeit sei nicht festgestellt worden.

In der angestammten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 80% seit dem 25. Januar 2013 und in einer angepassten Tätigkeit (Tragen von Lasten bis max. 8kg, keine schweren Arbeiten) eine solche von 0% seit dem 1. Mai 2013 (drei Monate nach dem Unfall). Zumutbar sei etwa die Arbeit als nicht qualifizierter Arbeiter/Hilfsarbeiter in einem/r Werk/Fabrik/Produktionsstätte (Industrie); Parkwächter/Museumswächter (Dienstleistungen); Einkäufer (Grosshandel); Reparateur von Kleingeräten/Haushaltsartikeln, Kassierer (Detailhandel); sowie das Registrieren/Klassieren/Archivieren oder die Tätigkeit als Rezeptionist, Telefonvermittler/Telefonist oder Datenerfasser (einfache Tätigkeiten in der Verwaltung/im Bürobereich ohne spezielle Qualifikation) (vgl. IV-act. 37/4).

5.14 Im Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer zusätzlich einen Bericht der Clinica de Neumologia C. _____ vom 27. März 2015 zu den Akten (BVGer-act. 1; vgl. zur Massgeblichkeit dieses Berichts E. 3.3). Darin wird insbesondere festgehalten, der Patient klage weiterhin über Schmerzen in der rechten Thoraxhälfte, die nach Empfehlung der Schmerzklinik eine Behandlung mit starken Schmerzmitteln (darunter Tramadol) erfordern würden. Darüber hinaus klage er über chronischen Husten, der nach dem Unfall stärker geworden sei, sowie über Atemnot bei kleinen bis mittleren Anstrengungen. Die körperliche Untersuchung ergab einen Blutdruck von 140/90 sowie eine zweifelhafte Herabsetzung der Atemgeräusche auf beiden Thoraxhälften. Die Röntgenaufnahme zeigte die bekannten Rippenfrakturen. Zum Schluss werden die Diagnosen Thoraxverletzung, rechtsseitig mehrere konsolidierte Rippenfrakturen, wahrscheinlicher Fibrothorax rechtsseitig und/oder Lungenhämatom gestellt. Im Übrigen wird dem Patienten empfohlen, das Schmerzmittel Tramadol abzusetzen und die Schmerzen stattdessen mit anderen, weniger starken Schmerzmitteln zu lindern und die antihypertensive Medikation Rampiril durch ein anderes antihypertensives Arzneimittel zu ersetzen, bei dem kein Husten als Nebenwirkung auftritt.

5.15 Die Vorinstanz schliesst gestützt auf die genannten Unterlagen auf eine Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maurer von 80%. Die Arbeitsfähigkeit in einer die Funktionseinschränkungen berücksichtigenden Tätigkeit betrage hingegen 0% mit einer Verminderung der Erwerbsfähigkeit von 80% seit dem 25. Januar 2013 und 35% seit dem 1. Mai 2013. Daher bestehe im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen

keine Invalidität. Die behauptete kardiologische Gesundheitsbeeinträchtigung sei objektiv nicht belegt. Das osteoartikuläre Leiden rechtfertige gemäss dem Bericht von Dr. O. _____ (vgl. IV-act. 48) eine Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit und jede andere mittelschwere bis schwere Arbeit, begründe aber keine Arbeitsunfähigkeit für körperlich leichte Arbeiten (mit gelegentlichem Tragen von Lasten bis maximal 8kg), welche vollzeitig zumutbar bleiben würden. Die von Dr. O. _____ diskutierten degenerativen Veränderungen des Bewegungsapparates würden keine darüber hinausgehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedingen.

6.

Das Bundesverwaltungsgericht prüft nachfolgend, ob die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt richtig und vollständig erhoben hat.

6.1 Der Beschwerdeführer moniert im Wesentlichen, die Untersuchung durch den spanischen Versicherungsträger sei unbrauchbar. Zum einen sei keine pluridisziplinäre Begutachtung durchgeführt worden, zum anderen habe die spanische Amtsärztin die Begutachtung nicht sorgfältig und korrekt durchgeführt. Trotz der mangelhaften Untersuchung habe sich der medizinische Dienst auf den Bericht gemäss Formular E 213 fokussiert (IV-act. 4), in welchem nur ein Teil der Erkrankungen und Gesundheitseinschränkungen genannt würden. Auch in seiner Stellungnahme vom 30. Dezember 2014 habe der medizinische Dienst lediglich mehrfache Rippenfrakturen und Pseudoarthrose festgestellt (IV-act. 37), obgleich das fachorthopädische Gutachten von Dr. O. _____ (IV-act. 48) und das kardiologische Gutachten von Dr. V. _____ (IV-act. 46 f.) vorliegen würden, die alle Anforderungen an den Beweiswert erfüllten. Darin werde festgestellt, dass er nicht imstande sei, irgendeine Tätigkeiten mit einer gewissen Effektivität und einem Minimum an wirtschaftlichem Wert auszuüben, respektive dass eine sehr niedrige Arbeitsbelastungsfähigkeit bestehe. Die in diesen Gutachten gestellten Diagnosen zweifle der medizinische Dienst an, ohne seinen Einwand nachvollziehbar zu begründen. Daher sei zur vollständigen Sachverhaltsfeststellung in der Schweiz eine pluridisziplinäre Begutachtung durch Spezialisten der Orthopädie, Kardiologie und Pneumologie durchzuführen.

6.2 Die Vorinstanz macht demgegenüber geltend, die vorhandenen medizinischen Unterlagen genügten für die Beurteilung; eine polydisziplinäre Untersuchung des Patienten in der Schweiz sei nicht nötig. Der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt.

Bezüglich der in zahlreichen Berichten immer wieder übernommenen Diagnose einer koronaren beziehungsweise ischämischen Herzkrankheit lägen keinerlei Befunde vor, die eine solche beweisen würden, respektive sei aufgrund der vorgenommenen Untersuchungen bis zu diesem Zeitpunkt eine koronare Herzkrankheit ausgeschlossen. Diese Diagnose falle als Erklärung der Atemnot sowie einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausser Betracht. Entscheidend für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten seien die als Unfallfolge zu betrachtenden bewegungsabhängigen Brustwandschmerzen. Die geklagte Atemnot sei angesichts der normalen Befunde der Herzuntersuchungen sowie der normalen Lungenfunktionsprüfung anlässlich der Untersuchung in der Clinica de Neumologia C. _____ vom 27. März 2015 ebenfalls als schmerzbedingt anzusehen (vgl. Stellungnahme des medizinischen Dienstes vom 11. Juli 2015 [Dr. X. _____, FMH Innere Medizin], Beilage zu act. 5).

6.3 Gestützt auf die Untersuchungspflicht hat die IVSTA den Sachverhalt vollständig und richtig festzustellen (vgl. vorne E. 4.3 f.). Zur Beurteilung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers stützt sie sich auf die ausländischen Arztberichte, insbesondere das Formular E 213, und auf die Aktenberichte des medizinischen Dienstes.

6.3.1 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind, und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung als objektiv begründet erscheinen lassen (BGE 122 V 157 E. 1c; 123 V 331 E. 1c; zur Beweiskraft von Stellungnahmen der RAD vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Aus den Akten ergeben sich betreffend den vorliegenden Fall keinerlei Hinweise auf eine Beeinträchtigung der Objektivität oder Unparteilichkeit von des medizinischen Dienstes.

6.3.2 Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die versicherungsinterne Beurteilung zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl.

vorne E. 4.4.4). Ein Aktenbericht ist zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild zu verschaffen. Mithin hat sich ein Aktengutachten auf beweiskräftige Arztberichte abzustützen (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3, 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1). Vorliegend stützte der Arzt des medizinischen Diensts seine Einschätzung ohne Vornahme einer eigenen Untersuchung auf die medizinischen Berichte der behandelnden spanischen Ärzte sowie den Formularbericht E 213. Entscheidend ist somit, ob es ihm diese Akten erlaubten, sich ein umfassendes Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen, und ob seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind.

6.3.3 Aus den in E. 5 dargestellten medizinischen Akten ergibt sich, dass beim Beschwerdeführer für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit orthopädische, pneumologische und (potenziell) kardiologische Leiden im Vordergrund stehen. Treffen verschiedene (anspruchsrelevante) Gesundheitsbeeinträchtigungen zusammen, ist in der Regel eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2), und der Grad der Arbeitsunfähigkeit ist grundsätzlich in einer sämtliche Behinderungen umfassenden medizinischen Gesamtbeurteilung zu bestimmen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_948/2012 vom 22. Juli 2013 E. 4.3). In den Akten befindet sich jedoch keine in diesem Sinn zuverlässige und schlüssige interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers, auf die sich der medizinische Dienst der Vorinstanz hätte stützen können.

6.3.4 Der Formularbericht E 213 der spanischen Amtsärztin Dr. Q. _____ vom 10. Juni 2014 (IV-act. 4) beruht auf eigenen Untersuchungen, ist für die streitigen Belange aber nicht umfassend und nimmt nicht ausführlich Bezug auf die Vorakten (Anamnese). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung reichen knappe Formularberichte allenfalls aus, wenn sie – im Sinne einer Verlaufsbeurteilung – eine auf klarem Fundament beruhende frühere Einschätzung bestätigen. Gleiches gilt, wenn die gestellten Diagnosen keine weiteren Fragen aufwerfen, insbesondere keine exakte Abschätzung der funktionellen Folgen notwendig machen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_952/2011 vom 7. November 2012 E. 2.3). Vorliegend

geht es jedoch um eine erstmalige Klärung des Rentenanspruchs mit un- eingeschränktem Untersuchungsgrundsatz. Schliesslich ist auch nicht er- sichtlich, über welche Spezialisierung die spanische Amtsärztin verfügt und mit welchen medizinischen Massnahmen die Leistungsfähigkeit verbessert werden könnte (vgl. IV-act. 4/8). Der Formularbericht E 213 entspricht da- her nicht den Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten, weshalb ihm für sich allein kein hinreichender Beweiswert zukommt. Dennoch kann er zur Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen herangezogen werden.

6.3.5 Aus den übrigen Rapporten der spanischen Ärzte ergibt sich Folgen- des:

6.3.5.1 Die kardiale Situation des Beschwerdeführers ist – wie der RAD im Ergebnis zu Recht feststellt – durch die wiederholten kardiologischen Ab- klärungen hinreichend erstellt.

Zwar wurde nach Feststellung von EKG-Veränderungen und gemischter Angina trotz negativem Ischämie-Erkennungstests bereits am 11. Dezem- ber 2012 eine ischämische Herzkrankheit diagnostiziert (vgl. IV-act. 15/1 f.). Dr. L._____beschrieb am 21. Oktober 2013 ein unauffälliges EKG und Echokardiogramm, hielt jedoch fest, es stelle sich die Frage einer Is- chämie im unteren Teil (IV-act. 19). Der Kardiologe Dr. V._____ sah im EKG, Echokardiogramm und bei der körperlichen Untersuchung keinen Befund und stellte fest, das Belastungsechokardiogramm sei negativ für koronare Ischämie. Indes beschrieb er eine schwache funktionale Kapazi- tät des Beschwerdeführers aufgrund einer stark einschränkenden Atemnot ohne Angina bereits bei leichten Arbeiten. In der Befundauflistung diagnos- tizierte er eine chronische ischämische Herzkrankheit (IV-act. 46).

Rechtsprechungsgemäss sind invalidenversicherungsrechtlich nicht die gestellten Diagnosen, sondern die fachärztlich erhobenen Befunde mass- gebend. Anhand der zahlreichen fachärztlichen Untersuchungen des Be- schwerdeführers konnte für eine angepasste Tätigkeit kein relevantes, die Arbeitsfähigkeit einschränkendes Herzleiden objektiviert werden. Bis zum massgeblichen Verfügungszeitpunkt ist aufgrund der fachärztlichen spani- schen Berichte einwandfrei erstellt, dass der Beschwerdeführer, obwohl 2012 einiges für ein Herzleiden sprach (vgl. IV-act. 13, 15), weder an einer anfangs vermuteten koronaren Herzkrankheit (vgl. IV-act. 46) noch an kli- nisch relevanten Herzrhythmusstörungen respektive einer Herzinsuffizienz

leidet. Wie der RAD richtig feststellte, ist die echokardiographisch bestimmte EF (Auswurfraction; Pumpleistung des Herzens) von 65% völlig normal (vgl. etwa: Neue Normen für die Quantifizierung der Herzhöhlen – Update 2015, abrufbar unter <<https://www.wuerzburger-aerzte-akademie.de/neuer-normwerte-fuer-die-quantifizierung-der-herzhoehlen-update-2015/>>, besucht am 12. September 2017) und schränkt die Ausübung von körperlich leichten Tätigkeiten in keiner Weise ein.

6.3.5.2 Der Beschwerdeführer hat ein Thoraxtrauma mit Rippenserienbruch erlitten. Bei Gesundheitsschäden im Bereich der Orthopädie ist nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung eine Diagnose des Funktionsausfalles (Funktionsdiagnose), d.h. eine qualitative und quantitative Analyse der Funktionsstörung des Bewegungsapparates und seiner Folgen für die versicherte Person von zentraler Bedeutung (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_335/2015 E. 4.2.2). Die orthopädischen Berichte der spanischen Ärzte, insbesondere auch jener des orthopädischen Facharztes Dr. O. _____ (IV-act. 48), äussern sich nur zurückhaltend zu den funktionalen Einschränkungen des Beschwerdeführers infolge des Thoraxtraumas. So hält Dr. O. _____ zwar fest, der Patient leide an funktionalen Einschränkungen der Hals-, Lenden- und Brustwirbelsäule, der Hände, Schultern und Knie und die chronischen Gelenkschmerzen führten zu erheblichen Einschränkungen bei allen Aktivitäten mit zumindest mittelmässiger Anstrengung. Der Bericht legt aber weder die vorgenommenen Untersuchungen und deren Ergebnisse dar noch werden medizinische Zusammenhänge dargelegt und eine nachvollziehbare Beurteilung vorgenommen. Den orthopädischen Berichten gemein ist jedoch, dass eine Arbeitsunfähigkeit nur für Tätigkeiten mit ähnlichen körperlichen Anforderungen wie auf dem Bau angenommen wird. Angepasste leichte Tätigkeiten sind hingegen selbst nach der Einschätzung von Dr. O. _____ ohne Einschränkung zumutbar.

6.3.5.3 Kein zuverlässiger Schluss möglich ist hingegen betreffend die Auswirkung des persistierenden bewegungsabhängigen Thoraxwand-schmerzes mit Dyspnoe auf die funktionelle Leistungsfähigkeit respektive Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Nicht genügend abgeklärt sind insbesondere der Ursprung, das Ausmass und die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der starken Atemnot. Die aktuelle Spirometrie ergab Werte im Bereich der normalen Grenzen (BVGer-act. 1), während im Formularbericht E 213 vom Juni 2014 – 9 Monate früher – noch eine leichte Behinderung festgestellt wurde. Neben der kardiologischen Einschätzung

durch Dr. V. _____, der von einem respiratorischen Ursprung auszugehen scheint, diagnostizieren mehrere Ärzte eine Atelektase (vgl. insbesondere IV-act. 3, 4, 48), alternativ einen Fibrothorax oder ein Lungenhämatom (vgl. BVGer-act. 1); Dr. T. _____ stellte die Differenzialdiagnose einer inflammatorischen Erkrankung (IV-act. 49). Aus pneumologischer Hinsicht besteht aufgrund widersprüchlicher respektive ungenügender Befundlage weiterer Abklärungsbedarf. Insbesondere ist abzuklären, ob alle Rippenfrakturen konsolidiert sind und ob die Rippendefektheilung aus medizinischer Sicht die geklagten Thoraxschmerzen und die geklagte Atemnot bei Anstrengung zu erklären vermag. Im Weiteren ist nicht klar, ob der wahrscheinliche Fibrothorax rechtsseitig und/oder das Lungenhämatom aus medizinischer Sicht die geklagte Atemnot bei Anstrengung erklärt. Die diesbezüglichen medizinischen Befunde und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind nicht rechtsgenügend erhoben. Das Gericht kann jedenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass dem Beschwerdeführer – wie auch immer die weiteren Abklärungsergebnisse ausfallen werden – eine leichte angepasste Tätigkeit vollschichtig zumutbar ist.

6.3.6 Im Rahmen einer Gesamtschau ergibt sich gestützt auf die vorhandenen medizinischen Berichte kein umfassendes Bild der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Nach dem Gesagten fehlt es an eingehenden klinischen Erhebungen des Gesundheitszustands in pneumologischer Hinsicht inklusive der Ermittlung von sich daraus ergebenden funktionellen Einschränkungen. Im Lichte der eingangs erwähnten Grundsätze zum Beweiswert von Aktenbeurteilungen versicherungsinterner Ärzte kann demzufolge nicht vollumfänglich auf die Einschätzung des medizinischen Diensts abgestellt werden.

6.4 Zusammenfassend ist aufgrund der vorhandenen medizinischen Berichte der medizinische Sachverhalt in pneumologischer Hinsicht nicht rechtsgenügend erstellt. Damit kann durch das Bundesverwaltungsgericht nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. vorne E. 4.5 mit Hinweisen) beurteilt werden, ob der Beschwerdeführer seit dem 1. Mai 2013 in einer leichten Verweisungstätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig ist. Unter diesen Umständen hätte sich die Vorinstanz nicht mit Aktenbeurteilungen des medizinischen Diensts begnügen dürfen, sondern mit Blick auf die unklare Aktenlage weitere Abklärungen tätigen müssen. Indem sie dies unterlassen hat, hat sie den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) verletzt.

6.5 Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen gemäss den Anforderungen der schweizerischen Rechtsprechung und zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Demnach bleibt eine Rückweisung an die IV-Stelle möglich, wenn sie in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1 ff.). Die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung litte empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, so das Bundesgericht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterliege. Im Rahmen der de lege lata gegebenen Organisation dränge es sich vielmehr auf, das drohende Defizit dort durch gerichtliche Expertisen auszugleichen, wo die Gerichte bei der Würdigung des Administrativgutachtens im Kontext der gesamten Aktenlage zum Schluss kommen, weitere Abklärungen seien notwendig (BGE 137 V 210 E. 4.2).

Vorliegend erscheint eine Rückweisung der Streitsache an die IVSTA im Lichte der dargelegten Rechtsprechung ausnahmsweise möglich, da kein umfassendes, von der Vorinstanz eingeholtes Administrativgutachten vorliegt und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gestützt auf die vorliegenden Akten nicht abschliessend beurteilt werden kann. Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung respektive -würdigung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) abzuklären, auf das Gericht. Die IVSTA wird in der Schweiz ein neutrales Gutachten bei einer medizinischen Fachperson der Pneumologie und einem Spezialisten für Thoraxverletzungen/Thoraxchirurgie einzuholen haben. Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.2 f.). Vor der erneuten Entscheidung wird das einzuholende Gutachten durch einen versicherungsinternen Facharzt zu würdigen sein, um die Restarbeitsfähigkeit zu ermitteln. Schliesslich wird die Vorinstanz abzuklären haben, ob die verbleibende Arbeitsfähigkeit verwertbar ist. Dazu sind die persönlichen und beruflichen Gegebenheiten

den objektiven Anforderungen eines ausgeglichenen Arbeitsmarkts gegenüber zu stellen. In diesem Zusammenhang werden etwa das Alter, die Berufsbildung, die Dauer und das Profil der Tätigkeit als Maurer sowie die Restarbeitsfähigkeit und Leistungsfähigkeit (inkl. damit zusammenhängender Einschränkungen) zu berücksichtigen sein (vgl. etwa das Urteil des Bundesgerichts 9C_954/2012 vom 10. Mai 2013 E. 3.2).

Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder der Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen.

6.6 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde insofern gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur Durchführung weiterer Abklärungen und anschliessendem Erlass eines neuen Entscheids an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

7.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

7.1 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 137 V 210 E. 7.1), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 408.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

7.2 Der obsiegende und vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens (vgl. Art. 9 Abs. 1 i.V.m. Art. 10 Abs. 2 VGKE) ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.- gerechtfertigt (inkl. Auslagen, exkl. Mehrwertsteuer [vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Mehrwertsteuer vom 12. Juni 2009 (SR 641.20) sowie Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE]).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 6. Mai 2015 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur Vornahme ergänzender Abklärungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 408.- wird diesem nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.- zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

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

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Daniel Stufetti

Simona Risi

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 Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und 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: