



## **Urteil vom 16. September 2016**

---

Besetzung

Richter Daniel Stufetti (Vorsitz),  
Richter Vito Valenti, Richter David Weiss,  
Gerichtsschreiberin Giulia Santangelo.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_,  
vertreten durch Francisco José Vazquez Bürger,  
Rechtsanwalt, Avenida La Habana 9-1°, ES-32003 Ourense,  
Beschwerdeführer,

gegen

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

---

Gegenstand

Anspruch auf eine Invalidenrente,  
Verfügung IVSTA vom 22. August 2013.

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

Der Beschwerdeführer, ein am 19. März 1963 geborener, in Spanien wohnhafter spanischer Staatsangehöriger arbeitete in den Jahren 1985 bis 1998 in der Schweiz und leistete Beiträge an die AHV/IV (IV-act. 7/2). Am 12. Juni 2012 meldete er sich beim spanischen Versicherungsträger zum Bezug einer Invalidenrente an. Dieser übermittelte am 27. Juni 2012 das Antragsformular E 204 der Schweizerischen Ausgleichskasse (SAK) zur Durchführung des zwischenstaatlichen Rentenprüfungsverfahrens (IV-act. 1) sowie die weiteren Formulare E 205 und E 207 (IV-act. 2), den ausführlichen ärztlichen Bericht E 213 vom 19. Juni 2016 (IV-act. 3) und einen Arztbericht zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit vom 31. Mai 2012 (IV-act. 4).

**B.**

Im Rahmen der Abklärungen reichte der Beschwerdeführer der IVSTA am 31. August 2012 (Eingang) ausgefüllte Fragebögen für den Arbeitgeber und den Versicherten (IV-act. 11), ärztliche Unterlagen (IV-act. 13-18) sowie den Entscheid des spanischen Versicherungsträgers betreffend Gewährung einer Invalidenrente vom 26. Juni 2012 (IV-act. 12) ein. Aus den Unterlagen ist unter anderem ersichtlich, dass der Beschwerdeführer im Mai 2011 an einem Myokardinfarkt erkrankt ist und im Frühling 2012 weitere Episoden von Myokardischämien erfolgten. Am 2. November 2011 hat er einen Verkehrsunfall erlitten, bei dem ein HWS-Schleudertrauma diagnostiziert wurde. Der Beschwerdeführer hat zuletzt bei einem Unternehmen für Büromöbel gearbeitet, wobei er bis im März 2010 als Transportarbeiter und anschliessend, bis zum 22. Mai 2011 als Verkäufer tätig war.

**C.**

Am 29. Oktober 2012 beurteilte Dr. B. \_\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Innere Medizin des medizinischen Dienstes der IVSTA (nachfolgend: IV-Arzt) die eingereichten Unterlagen und nannte als Hauptdiagnose eine koronare Herzkrankheit, Status nach 2 Myokardinfarkten und Status nach Implantation von 4 Stents sowie als Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitstätigkeit Dyslipidämie. Daraus schloss er, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als Monteur und Zulieferer von Möbelstücken seit dem 24. Mai 2011 zu 70% eingeschränkt sei. Für eine leidensadaptierte Tätigkeit bestehe hingegen keine Einschränkung (IV-act. 20). Auf Nachfrage der IVSTA (IV-act. 21) konkretisierte der IV-Arzt in seiner Stellungnahme vom 7. Dezember 2012, dass eine Verweistätigkeit ab dem 1.

Juli 2011 als zumutbar erachtet werde (IV-act. 22). Gestützt darauf ermittelte die IVSTA eine Erwerbseinbusse von 70% ab 24. Mai 2011 und von 21% ab 1. Juli 2011 (IV-act. 23).

**D.**

Mit Vorbescheid vom 11. Januar 2013 stellte die IVSTA dem Beschwerdeführer die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 24). Dieser erhob Einwand (IV-act. 29 u. 31), wies insbesondere daraufhin, dass die Folgen des am 2. November 2011 erlittenen Schleudertraumas zu berücksichtigen seien und reichte weitere medizinische Unterlagen ein (IV-act. 32 u. 33). Nach deren Durchsicht empfahl der IV-Arzt mit Stellungnahme vom 14. Mai 2013 (IV-act. 35), ergänzende Unterlagen in Bezug auf das erlittene Schleudertrauma einzuholen. Diese wurden in der Folge zu den Akten gereicht (IV-act. 42-49 u. 52). Mit Antwort vom 16. August 2013 bestätigte der IV-Arzt, unter Verweis auf die Stellungnahme vom 29. Oktober 2012, den damals beurteilten Grad der Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 54).

**E.**

In seiner Verfügung vom 22. August 2013 (IV-act. 55) wies die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers ab und führte dazu aus, es bestehe für eine dem Gesundheitszustand angepasste Tätigkeit eine 100% Arbeitsunfähigkeit ab 24. Mai 2011. Hingegen sei der Beschwerdeführer ab 1. Juli 2011 vollumfänglich arbeitsfähig, dies mit einer Erwerbseinbusse von 21%. Daher liege keine anspruchsbegründende Invalidität vor. Die im Vorbescheidsverfahren zu den Akten gereichte medizinische Dokumentation habe am vorbestehenden Ergebnis nichts geändert.

**F.**

Mit Rechtsmitteleingabe vom 10. September 2013 (BVGer act. 1) beantragt der Beschwerdeführer beim Bundesverwaltungsgericht, es sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen. Zur Begründung machte er sinngemäss geltend, die Vorinstanz habe nicht die gesamte in den Akten befindliche medizinische Dokumentation gewürdigt und nicht alle relevanten Erkrankungen und Gesundheitseinschränkungen berücksichtigt. Sodann sei keine umfassende Begutachtung durch schweizerische Fachärzte erfolgt.

**G.**

Der vom Bundesverwaltungsgericht erhobene Kostenvorschuss von Fr. 400.- wurde am 15. November 2013 in der Höhe von Fr. 408.- eingezahlt (BVGer act. 5).

**H.**

Die Vorinstanz beantragt mit Vernehmlassung vom 10. September 2013 (BVGer act. 7) die Abweisung der Beschwerde und macht geltend, die Gesamtheit der aktenkundigen Unterlagen ermöglichten es dem ärztlichen Dienst, sich ein umfassendes und schlüssiges Bild vom Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu machen. Eine Begutachtung in der Schweiz erübrige sich damit.

**I.**

Der Beschwerdeführer hielt – nach Einsicht in die Akten des Vorverfahrens – mit Replik vom 17. März 2014 (BVGer act. 12) an den gestellten Begehren fest und rügte im Wesentlichen, die Vorinstanz stütze ihren Entscheid auf ungenügende Arztberichte und habe es unterlassen, sämtliche aktenkundigen medizinischen Berichte zu berücksichtigen. Daher erscheine eine Begutachtung in der Schweiz als unausweichlich.

**J.**

Die Vorinstanz beantragt am 19. Juni 2014 die Abweisung der Beschwerde (BVGer act. 14). Die Replik gebe keine Veranlassung zu einer geänderten Betrachtungsweise.

**K.**

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit für die Beurteilung von Belang, in den Erwägungen eingegangen.

**Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:****1.**

**1.1** Verfügungen der IVSTA unterliegen der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht (Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]; Art. 31 ff. VGG). Der Beschwerdeführer ist als Verfügungsadressat zur Anfechtung legitimiert (Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerechte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

**1.2** Das Verfahren richtet sich subsidiär nach dem VwVG, soweit nicht das VGG etwas anderes bestimmt oder Bestimmungen des ATSG bzw. des IVG anwendbar sind (Art. 37 VGG; Art. 3 Bst. d<sup>bis</sup> VwVG; Art. 1 Abs. 1 IVG). In formell-rechtlicher Hinsicht finden grundsätzlich diejenigen Rechtssätze

Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (vgl. BGE 130 V 1 E. 3.2).

## **2.**

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).

## **3.**

**3.1** Der Beschwerdeführer ist spanischer Staatsangehöriger und ist in Spanien wohnhaft. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA zur Anwendung. Der Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4). Die Schweizer Behörden sind sodann grundsätzlich nicht an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte gebunden. Auch aus dem Ausland stammende Beweismittel unterstehen der freien Beweiswürdigung (vgl. Urteil des BVGer B-5261/2012 vom 13. August 2014 E. 4.1 m.H.).

**3.2** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung (hier: 22. August 2013) 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.). Die vom Beschwerdeführer im Laufe des Verfahrens eingereichten neuen Arztberichte sind insoweit zu berücksichtigen, als sie Rückschlüsse auf seinen Gesundheitszustand bis zum relevanten Zeitpunkt erlauben (vgl. Urteil des BVGer C-1307/2013 vom 26. Mai 2015 E. 2.3).

**3.3** 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 daher auch die im Rahmen 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) vorgenommenen Änderungen des IVG, der IVV (SR 831.201) und des ATSG zu beachten. Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substanziellen Änderungen gegenüber der bis Ende 2007 gültig gewesenen Rechtslage, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil des BVGer C-2656/2015 vom 24. Februar 2016 E. 3.4 m.H.).

#### 4.

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG, vgl. E. 5.1 hiernach) und beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren AHV/IV-Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG). Letzteres Kriterium ist im Falle des Beschwerdeführers erfüllt (vgl. oben E. A.).

#### 5.

**5.1** Invalidität ist die *voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit* (Art. 8 Abs. 1 ATSG); sie 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. Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

**5.2** Der *Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität* beurteilt sich nach Art. 28 Abs. 1 IVG. Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b); und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG).

**5.3** Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Viertelsrenten werden grundsätzlich nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG); im Falle des Beschwerdeführers gilt letztere Einschränkung indes nicht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 m.H.).

**5.4** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung bzw. das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und ggfs. auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Sache der Arztperson 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. Zur *Folgenabschätzung* der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit nimmt die Arztperson 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 Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 m.H.).

**5.5** Hinsichtlich des *Beweiswertes eines Arztberichtes* ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben wurde, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 m.H.) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (vgl. Urteile des BGer 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2 sowie 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1 je m.H.). Der Beweiswert von RAD-Berichten ist mit jenem von externen medizinischen Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen (Art. 49 Abs. 2 IVV; BGE 137 V 210 E. 1.2.1; 135 V 254 E. 3.3.2).

## 6.

**6.1** Die Vorinstanz stützt ihre Beurteilung der gesundheitlichen Einschränkungen und die zumutbare Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers massgeblich auf die Stellungnahmen des IV-Arztes und geht von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit in einer dem Gesundheitszustand angepassten Tätigkeit ab dem 1. Juli 2011 aus (act. 23 u. 24; BVGer act. 7 u. 14).

**6.2** Der Beschwerdeführer macht sinngemäss geltend, sein Gesundheitszustand sei schlechter, als von der Vorinstanz festgestellt. Diese habe sich hauptsächlich auf Arztberichte gestützt, die ungenügend seien, die weiteren medizinischen Unterlagen ausser Acht gelassen und sich insgesamt auf eine ungenügende medizinische Dokumentation abgestützt (BVGer act. 1 und 12).

**6.3** Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung lagen der Vorinstanz im Wesentlichen folgende (in chronologischer Reihenfolge aufgelistete) medizinischen Akten vor:

- Im Austrittsbericht von Dr. C.\_\_\_\_\_ der Abteilung Kardiologie des D.\_\_\_\_\_ vom 25. Mai 2011 (recte: 31. Mai 2011) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer leide an einer Fettstoffwechselstörung, einer Hiatushernie und er sei ehemaliger Raucher (> drei Monate). Es wurde ein nicht ST-Hebungsinfarkt diagnostiziert (IV-act. 16, S. 1-4);
- Gemäss Interventionsbericht von Dr. E.\_\_\_\_\_ der Abteilung für Hämodialyse und interventionelle Kardiologie der F.\_\_\_\_\_ vom 30. Mai 2011 wurde beim Beschwerdeführer eine Perkutane Transluminale Coronare Angioplastie (PTCA) mit Stent-Implantation im mittleren Segment des ramus anterior descendens (RDA) durchgeführt, was zu einem guten angiografischen Endresultat geführt habe (IV-act. 16, S. 6 u. 7);
- Gemäss Interventionsbericht von Dr. G.\_\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_\_ der Abteilung für Hämodialyse und interventionelle Kardiologie der F.\_\_\_\_\_ vom 13. Juni 2011 wurden PTCA mit Stent-Implantation am ramus posterolateralis (RPL) und am ramus posterior descendens (RPD) durchgeführt, wobei ein gutes angiografischen Endresultat erzielt worden sei (IV-act. 18);
- Im Bericht zur Kontrolluntersuchung vom 20. Juni 2011 von Dr. I.\_\_\_\_\_ der Abteilung Kardiologie des D.\_\_\_\_\_ wurde festgestellt, der Beschwerdefüh-

- rer sei seit der Krankenhauseinweisung asymptomatisch, die körperliche Untersuchung habe keinen Befund ergeben und das EKG zeige einen normalen Verlauf (IV-act. 14);
- Im Notfallblatt betreffend Verkehrsunfall vom 2. November 2011 wurde eine „lesión de latigazo cervical“ diagnostiziert (IV-act. 49);
  - Dr. J.\_\_\_\_\_ der Abteilung Physikalische Medizin und Rehabilitation des D.\_\_\_\_\_ hielt in ihrem Arztbericht vom 7. November 2011 als Diagnose ein zervikales Schleudertrauma IIa und posttraumatische Schmerzen fest. Die Beweglichkeit der Gelenke der Halswirbelsäule sei erhalten. Es liege eine Kontraktur des Trapeziusmuskels und des rechten Rautenmuskels vor. Hinweise auf neurologische Schäden lägen keine vor (IV-act. 15);
  - Dr. K.\_\_\_\_\_ des L.\_\_\_\_\_ diagnostizierte am 15. November 2011 ein posttraumatisches dorsozervikales Schleudertrauma (IV-act. 47);
  - Dr. M.\_\_\_\_\_ des L.\_\_\_\_\_ hielt am 30. November 2011 fest, dass ein posttraumatisches HWS-Schleudertrauma vorliege, wobei Schmerz und Kontraktur im HWS-Bereich anhalte (IV-act. 46). Am 4. Januar 2012 wurde festgestellt, dass das allgemeine klinische Bild eine Stabilisierung der Läsion zeige (IV-act. 48);
  - Gemäss Bericht von Dr. G.\_\_\_\_\_ der Abteilung für Hämodialyse und interventionelle Kardiologie der F.\_\_\_\_\_ vom 25. April 2012 ergab die Koronarographie eine unterkritische Stenose (40%) am linken Koronarstamm und eine hochgradige Stenose am Ramus marginalis (85%). Als kardiovaskuläre Risikofaktoren wurden ehemaliger Nikotinkonsum, eine Fettstoffwechselstörung sowie Adipositas genannt (IV-act. 45);
  - Im Austrittsbericht von Dr. N.\_\_\_\_\_ der Abteilung für Hämodialyse und interventionelle Kardiologie der F.\_\_\_\_\_ vom 22. Mai 2012 wurde festgehalten, die am 21. Mai 2012 durchgeführte PTCA mit Stent Implantation im proximalen Segment des Ramus marginalis habe zu einem guten angiografischen Endresultat geführt (IV-act. 44);
  - Mit Arztbericht zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit stellte Dr. O.\_\_\_\_\_ des spanischen Versicherungsträgers am 31. Mai 2012 als Hauptdiagnose einen akuten Myokardinfarkt an einer nicht näher definierten Stelle und als „zweite Diagnose“ einen nicht-ST-Hebungsinfarkt mit 4 Stents, wobei die letzte Implantation am 21. Mai 2012 erfolgt sei. Hinsichtlich seines Zustandes

wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei seit der Krankenhauseinweisung asymptomatisch, die körperliche Untersuchung sei ohne Befund und der Verlauf sei normal. Betreffend arbeitsklinischer Beurteilung wurde die längst mögliche Verlängerung vorgeschlagen (IV-act. 4);

- Im ausführlichen ärztlichen Bericht E 213 diagnostizierte Dr. O.\_\_\_\_\_ am 19. Juni 2012 eine ischämische Kardiopathie der 4 koronaren Gefässe. Ihrer Ansicht nach führten die Gesundheitsschäden zu Einschränkungen bei der Durchführung schwerer körperlicher Arbeiten, mittelschwere Arbeiten könnten hingegen noch regelmässig verrichtet werden. Zumutbar seien nur Tätigkeiten ohne Nässe, Hitze, Rauch, Gase, Dämpfe, Wechselschicht, häufiges Bücken, Heben, Tragen von Lasten, Klettern oder Steigen, Kälte, Lärm, Nachtschicht und Absturzgefahr. Diese dürften nur im Sitzen, in geschlossenen Räumen, mit wechselnder Körperhaltung, ohne besonderen Zeitdruck, nur mit zusätzlichen (betriebsüblichen) Pausen, abwechselnd im Gehen, Stehen und Sitzen verrichtet werden. Der Versicherte könne Bildschirmarbeit verrichten, er könne seine Arbeit am Arbeitsplatz ohne Hilfe anderer verrichten und sei zu Hause nicht auf Hilfe angewiesen. Seine Tätigkeit als Transporteur und Monteur von Büromöbeln könne er nicht mehr ausüben, diesbezüglich bestehe eine vollständige Invalidität. Hingegen könne er zu 100% eine angepasste Tätigkeit verrichten (IV-act. 3);
- Gemäss Bericht von Dr. P.\_\_\_\_\_ der Abteilung für Magnetresonanz des Q.\_\_\_\_\_ vom 19. März 2013 ergab die Untersuchung der Lendenwirbelsäule und des Kreuzbeins Hypointensität in Th2 und generelle Protrusion in den Bandscheiben L4-L5 und L5-S1, marginale Proliferation der Osteophyten in den Wirbelflächen und in Höhe von L4-L5, hypertense Bereiche in Th1 und Th2 in Höhe der Wirbelflächen, Befund in Verbindung mit degenerativen Veränderungen, fokale Wölbung der Bandscheibe L4-L5 foraminal und extraforaminal rechts, die die Wurzel L4 rechts bei ihrem Austritt und im extraforaminalen Verlauf berührt, Befund in Verbindung mit Bandscheibenhernie (IV-act. 33);
- Dr. R.\_\_\_\_\_, Facharzt für Traumatologie und Orthopädie der Universitäten R.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_ und U.\_\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 25. März 2013 folgende Diagnosen (act. 32):
  - Bandscheibenhernie L4-L5, Rechts, Kompression auf die Wurzel L4 rechts foraminal und extraforaminal. Protrusionen der benachbarten Bandscheiben und generative Veränderungen der Wirbelflächen

- Chronische Zervikalgien mit Bewegungseinschränkungen, starke Kontrakturen und in die Schulter und den oberen Rückenbereich ausstrahlender Schmerz im Zusammenhang mit der Bandscheiben-Gelenk-Pathologie
- Chronische Dorso-Lumbalgien mit schwerer Bewegungseinschränkung und Schmerz insbes. in Höhe L3-L4-L5, verstärkt durch eine signifikante Lumbalhyperdolorose, grossen Bauchumfang und Ursachen eines posterioren Facettensyndroms
- Bilaterale Lumbal-ischialgie, rechts stärker ausgeprägt, mit Reizsymptomen im Dermatome L5, in Bezug auf die Bandscheibenhernie L4-L5, die die Nervenwurzel foraminal und extraforaminal komprimiert
- Sehr schwere Koronarerkrankung, die die Implantation von Stents und eine multiple koronare Angioplastie erforderte

Dr. R.\_\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass die Beschwerden ernsthaft die Fähigkeit zum Führen von Fahrzeugen und Kraftanstrengung einschliesslich einfacher Tätigkeiten einschränken. Einfache Sitzposition im Fahrzeug, ebenso wie jegliche minimale Anstrengung, Beugung des Körpers oder Rumpfes sowie die aufrechte Haltung über eine halbe bis eine Stunde seien unerträglich. Jegliche Ladetätigkeit oder Beanspruchung der Wirbelsäule, einschliesslich moderate oder leichte Beanspruchungen, die im Beruf als Transportfahrer von Industriefahrzeugen unentbehrlich seien, sei unmöglich. Die schwere Koronarpathologie verbiete und kontraindiziere eindeutig jede Art von Anstrengung, die zu einem gewissen Lebensrisiko führe (Angina pectoris und Myokardinfarkt). Aufgrund der gesamten Beschwerden und in Anbetracht dessen, dass diese irreversibel und progressiv seien und ernsthafte Beeinträchtigungen des täglichen Lebens darstellten, führe der Zustand zu einer permanenten und absoluten Behinderung für jegliche Tätigkeit, einschliesslich leichte und sitzende Tätigkeiten.

- Mit Arztbericht vom 2. Juli 2013 stellt Dr. V.\_\_\_\_\_ der Abteilung Kardiologie des D.\_\_\_\_\_ die Diagnose Ischämische Kardiopathie, Koronarerkrankung, die einer vollständigen Revaskularisierung unterzogen wurde (IV-act. 43);
- Im neurologischen Bericht von Dr. W.\_\_\_\_\_ des Arztzentrums E.\_\_\_\_\_ vom 8. Juli 2013 sind, abgesehen von einer Schwäche der rechten unteren Gliedmassen (4/5) keine weiteren neurologischen Auffälligkeiten aufgeführt (IV-act. 52).

## 7.

Zu prüfen ist im Folgenden, ob die Vorinstanz die anspruchsverneinende Verfügung zu Recht auf die Beurteilung des IV-Arztes abgestellt hat beziehungsweise ob sich aufgrund der Aktenlage der medizinische Sachverhalt als genügend abgeklärt erweist.

**7.1** Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2<sup>bis</sup> IVG). Auf die Stellungnahme eines RAD Arztes kann aber nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügt. Vorliegend hat der IV-Arzt Dr. med. Thomas Lehmann keine eigene Untersuchung des Beschwerdeführers vorgenommen. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist nicht an sich ein Grund, um einen versicherungsinternen ärztlichen Bericht in Frage zu stellen (vgl. Art. 49 Abs. 2 IVV). Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen des RAD (Urteil des BGer 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2). Soweit RAD-Ärzte wie hier nicht selber medizinische Befunde erheben, sondern die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei, müssen die Akten für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen enthalten. Ist das nicht der Fall, kann die Stellungnahme des RAD-Arztes in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). Entscheidend ist somit, ob es die vorliegenden medizinischen Akten dem RAD-Arzt erlaubten, sich ein einheitliches Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen, und ob seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar und schlüssig sind. Nicht auf eigene Untersuchungen beruhende Berichte des RAD (Art. 49 Abs. 3 IVV) können folglich

beweiskräftig sein, sofern ein *lückenloser Befund vorliegt* und es im Wesentlichen um die *Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts* geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Art. 59 Abs. 2<sup>bis</sup> IVG; Art. 49 Abs. 3 IVV; Urteile des BGer 9C\_858/2014 vom 3. September 2015 E. 3.3.2 f. sowie 9C\_25/2015 vom 1. Mai 2015 E. 4.1 je m.H.).

**7.2** Ein förmlicher Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung besteht nicht. Eine solche ist indes anzuordnen, wenn *auch nur geringe Zweifel* an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen. Ein externes, meist polydisziplinäres Gutachten ist namentlich einzuholen, wenn der interdisziplinäre Charakter einer medizinischen Problemlage dies gebietet, wenn der RAD nicht über die nötigen fachlichen Ressourcen verfügt, sowie wenn zwischen RAD-Bericht und dem allgemeinen Tenor im medizinischen Dossier eine relevante Differenz besteht (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1; 135 V 465 E. 4.6; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 N. 41 m.H.).

**7.3** Der IV-Arzt führte in seinen Stellungnahmen vom 29. Oktober 2012 und 7. Dezember 2012 (IV-act. 20 u. 22) als Hauptdiagnose eine koronare Herzkrankheit mit Status nach zwei Myokardinfarkten (im Mai 2011 und im Frühling 2012) und Status nach Implantation von 4 Stents (ohne Angabe eines ICD-10 Codes) sowie als Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Dyslipidämie (ohne Angabe eines ICD-10 Codes) auf. In der angestammten Tätigkeit bestehe ab 24. Mai 2011 (recte: 1. Juli 2011) eine 70% Arbeitsunfähigkeit und eine 100% Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Zu berücksichtigen seien funktionelle Einschränkungen beim Heben von Gewichten, bei schweren Arbeiten sowie bei Hitze und Kälte. Am 14. Mai 2013 nahm der IV-Arzt Stellung zu den im Laufe des Verfahrens eingereichten medizinischen Unterlagen (IV-act. 35) und legte dar, der Befundbericht der bildgebenden Untersuchung vom 19. März 2013 (IV-act. 33) sei unklar. Die im Bericht von Dr. R. \_\_\_\_\_ (IV-act. 34) festgestellte vollständige Arbeitsunfähigkeit sei nicht nachvollziehbar begründet. Aus diesem Grund empfahl er den Spitalbericht nach dem Schleudertrauma vom November 2011, die Bilder der Magnetresonanztomographie vom 19. März 2013 sowie einen neurologischen Bericht anzufordern. In seiner Stellungnahme vom 16. August 2013 folgerte er schliesslich, dass der neurologische Bericht einen normalen neurologischen Status beschreibe und keine Symptome auf ein abgelaufenes Schleudertrauma hindeuteten, weshalb aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Er kam zum Schluss, es gebe keine Befundberichte

und keine radiologischen Unterlagen vom Schleudertrauma und der Beschwerdeführer habe aktuell keine diesbezüglichen funktionellen Behinderungen. Damit bleibe noch die bereits beurteilte koronare Herzkrankheit, womit der in der Stellungnahme vom 29. Oktober 2012 beurteilte Grad der Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden könne.

**7.4** Die Stellungnahmen des IV-Arztes lassen nicht abschliessend erkennen, auf welche Berichte er sich bei seiner Schlussfolgerung abstützt, wonach der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit 100% arbeitsfähig sei. Ausdrücklich erwähnt er lediglich den fachärztlichen Bericht von Dr. R. \_\_\_\_\_ vom 25. März 2013 sowie den Befundbericht der bildgebenden Untersuchung vom 19. März 2013. Im Wesentlichen stützt er sich auf den ausführlichen ärztlichen Bericht E 213 vom 19. Juni 2012. Dieser bezieht sich einzig auf das Herzleiden, beurteilt die Arbeitsfähigkeit anhand der damit zusammenhängenden gesundheitlichen Einschränkungen und gibt überdies keine Auskunft über die genauen Qualifikationen der Gutachterin.

**7.5** Aus den oben dargestellten medizinischen Unterlagen wird ersichtlich, dass beim Beschwerdeführer neben dem im Vordergrund stehenden Herzleiden Beschwerden im Bereich der Lendenwirbel- und Halswirbelsäule vorliegen. Der IV-Arzt erkannte einzig aufgrund der Herzleiden eine relevante Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (IV-act. 20, 22 u. 35). Hingegen erkannte er aufgrund der neurologischen Symptomatik, gestützt auf den eingeforderten neurologischen Bericht, keine Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 54).

**7.6** Was das Herzleiden des Beschwerdeführers anbelangt, so kann in diagnostischer Hinsicht von einem feststehenden Sachverhalt ausgegangen werden. Die Einschätzung durch den IV-Arzt vom 29. Oktober 2012 und 16. August 2013 deckt sich im Wesentlichen mit den Einschätzungen von Dr. O. \_\_\_\_\_ in ihrem Arztbericht zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vom 31. Mai 2012 (IV-act. 4) und in ihrem ausführlichen ärztlichen Bericht E 213 vom 19. Juni 2012 (IV-act. 3). In diesen widerspiegeln sich im Übrigen die Feststellungen der Austrittsberichte vom 25. Mai 2011 (IV-act. 16) und 21. Mai 2012 (IV-act. 44) sowie dem Bericht zur diagnostischen Katheterisierung vom 25. April 2012 (IV-act. 45), welche insgesamt ein einheitliches Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführer hinsichtlich seiner Koronarerkrankungen aufzeigen. Ergänzend kommen die von Dr. V. \_\_\_\_\_ in ihrem Arztbericht vom 29. April 2013 (IV-act. 43) gestützt auf

eine EKG-Untersuchung und eine Einzelphotonen-Emissionscomputertomographie (Gated-SPECT) erhobenen Befunde hinzu. Damit lag dem IV-Arzt für seine Beurteilung insgesamt ein kardiologischer Befund vor, der es ihm erlaubte, Rückschlüsse auf die Belastungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu ziehen. Es ist daher davon auszugehen, dass sich er sich ein vollständiges und aktuelles Bild über das Herzleiden und dessen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers machen konnte.

**7.7** Der IV-Arzt hat im Rahmen seiner Beurteilung berücksichtigt, dass mit der angioplastischen Versorgung wieder eine normale Herzfunktion erreicht werden konnte. Diese Einschätzung deckt sich mit den Ausführungen von Dr. V. \_\_\_\_\_ im Arztbericht vom 29. April 2013 (IV-act. 43), wonach das EKG einen normalen Sinusrhythmus aufzeige, der Gated-SPECT keine Ischämien vermuten lasse und eine gute Reperfusion im früheren Infarktgebiet bestehe. Überdies deckt sich das vom IV-Arzt festgelegte Zumutbarkeitsprofil im Wesentlichen mit demjenigen, welches Dr. O. \_\_\_\_\_ im ärztlichen Gesamtgutachten vom 19. Juni 2012 (IV-act. 3) festgelegt hat. Insgesamt ist damit die Einschätzung der durch das Herzleiden verursachten funktionellen Einschränkungen und der daraus gezogenen Schlussfolgerung, dass der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig ist, nachvollziehbar und schlüssig. Angesichts des Umstandes, dass die Berichte der untersuchenden Fachärzte betreffend Diagnosen und Gesundheitsbeeinträchtigung hinreichend klar und nicht widersprüchlich sind, schmälert das Fehlen der einschlägigen Facharztqualifikation (Kardiologie) des IV-Arztes den Beweiswert seiner Beurteilung in diesem Fall nicht (vgl. Urteil des BGer 9C\_635/2015 vom 16. Oktober 2015 E. 3.2 und 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 2014 E. 5.2).

**7.8** Somit bleiben das Rückenleiden und das Schleudertrauma. Am 19. März 2013 wurde ein MRI der Lendenwirbelsäule und des Kreuzbeins gemacht (IV-act. 33). Das Ergebnis wurde von Dr. R. \_\_\_\_\_ in seinem Arztbericht vom 25. März 2013 mitberücksichtigt (IV-act. 32). Die in seinen Schlussfolgerungen postulierte vollständige Arbeitsunfähigkeit gründet auf einer Gesamtbetrachtung unter Berücksichtigung sämtlicher Pathologien des Beschwerdeführers und lässt nicht erkennen, welche konkreten Auswirkungen die einzelnen Beschwerden auf die beurteilte Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers haben. Der neurologische Bericht von Dr. W. \_\_\_\_\_ vom 8. Juli 2013 (IV-act. 52) schliesslich enthält keine Aussagen zur Arbeitsfähigkeit. Die Kurzberichte (IV-act. 15, 47 u. 48) und das Notfallblatt (IV-act. 49) die sich auf das Schleudertrauma beziehen äussern sich ebenfalls nicht zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers.

**7.9** Der IV-Arzt hat in seiner nur wenige Zeilen umfassenden Aktenbeurteilung vom 14. Mai 2013 (IV-act. 35) lediglich festgehalten, dass der Befundbericht der Magnetresonanztomographie unklar und die Begründung der Arbeitsunfähigkeit durch Dr. R. \_\_\_\_\_ nicht nachvollziehbar sei. Zu den im Arztbericht aufgeführten Beschwerden und deren funktionellen Auswirkungen hat er hingegen keine Stellung genommen. Zum neurologischen Bericht von Dr. W. \_\_\_\_\_ vom 8. Juli 2013 erwähnte er in seiner Stellungnahme (IV-act. 54) einzig, dass diese einen normalen neurologischen Zustand beschreibe. Sodann stellte er fest, dass weder Befundberichte noch radiologische Unterlagen zum Schleudertrauma existierten. Schliesslich folgerte er, dass der Beschwerdeführer keine diesbezüglichen funktionellen Behinderungen habe. Zu den weiteren aktenkundigen medizinischen Unterlagen äusserte er sich hingegen nicht. Weder das Rückenleiden noch das Schleudertrauma haben Eingang in die Diagnosestellung des IV-Arztes gefunden. Damit steht seine Beurteilung im Widerspruch zu den neurologischen und orthopädischen Befunden der spanischen Spezialärzte, welche über funktionale Einschränkungen und Arbeitsunfähigkeiten berichten, so z.B. Dr. K. \_\_\_\_\_ (IV-act. 47), Dr. G. \_\_\_\_\_ (IV-act. 45) sowie insbesondere Dr. R. \_\_\_\_\_, welcher in seinem Gutachten (IV-act. 32) ausführlich von einer stark eingeschränkten Arbeitsfähigkeit aufgrund von kardiologischen und vertebrealen Pathologien berichtet. Der IV-Arzt, welcher keinen Facharztstitel in Neurologie und Orthopädie besitzt, begründet im Übrigen seinen Befund, wonach von neurologischer Seite keine Arbeitsunfähigkeit bestehen soll, mit keinem Wort, noch würdigt er die von ihm ausdrücklich eingeholten neurologischen Arztberichte.

**7.10** Treffen verschiedene (anspruchsrelevante) Gesundheitsbeeinträchtigungen zusammen, ist in der Regel eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen (vgl. Urteil des BGER 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. Urteil des BGER 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 hätte stützen können.

**7.11** Zudem ist bei Gesundheitsschädigungen im Bereich der Orthopädie eine schlüssige qualitative und quantitative Analyse der Funktionsstörung des Bewegungsapparates und seiner Folgen von zentraler Bedeutung (vgl. Urteil des BGER 9C\_335/2015 E. 4.2.2). Die neurologischen und orthopä-

dischen Berichte der spanischen Ärzte äussern sich jedoch nur sehr zurückhaltend und in einer nicht verwertbaren Weise zu den funktionalen Beschwerden des Beschwerdeführers. Mithin ist eine eingehende (fachärztliche) klinische Erhebung in Bezug auf die funktionellen Einschränkungen des Bewegungsapparates vorliegend nicht ersichtlich (vgl. Urteil des BGer 9C\_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.2). Fehlt es wie hier an einer fachärztlichen Umschreibung des funktionellen Leistungsvermögens aufgrund einer aktuellen klinischen Untersuchung, kann aus orthopädischer und neurologischer Sicht nicht von einem feststehenden Sachverhalt – allenfalls abgesehen von der der Diagnosestellung – ausgegangen werden (vgl. Urteil des BGer 9C\_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.2).

**7.12** Im spezifischen Fall von HWS-Distorsionen sodann genügt es nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung bei Versicherten mit länger dauernden Beschwerden nicht, wenn die bestehenden Beeinträchtigungen lediglich isoliert betrachtet werden. Die Beurteilung, ob medizinisch noch ein Zusammenhang mit den Folgen des Unfalls vom 2. November 2011 bestehen hat grundsätzlich in einer interdisziplinären Begutachtung zu erfolgen (vgl. BGE 134 V 109 E. 9.3).

**7.13** Schliesslich sind auch die koronaren Beschwerden zu berücksichtigen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in einen Gesamtzusammenhang zu setzen. Weder die Beurteilungen der spanischen Ärzte noch die Stellungnahmen des IV-Arztes als reine Aktenbegutachtung sind im vorliegenden Fall geeignet, um eine hinreichende Beurteilungsgrundlage zu schaffen. Vielmehr fehlt ein lückenloser Befund, der eine zuverlässige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt hätte.

**7.14** Im Lichte der eingangs erwähnten Grundsätze zum Beweiswert von Aktenbeurteilungen versicherungsinterner Ärzte kann demzufolge nicht auf die Einschätzung des IV-Arztes abgestellt werden. Da zudem keine medizinischen Unterlagen aktenkundig sind, die eine sämtliche Leiden berücksichtigende, den Beweisanforderungen genügende Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner bisherigen und in einer leidensangepassten Tätigkeit enthalten bzw. ermöglichen, lässt sich der Invaliditätsgrad aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beurteilen.

## 8.

**8.1** Bei dieser Aktenlage sowie aufgrund des interdisziplinären Charakters der medizinischen Problemlage hätte sich die Vorinstanz nicht mit einer Aktenbeurteilung des IV-Arztes begnügen dürfen, sondern hätte mit Blick auf die unklare medizinische Aktenlage – wie vom Beschwerdeführer zu Recht verlangt – eine umfassende polydisziplinäre Begutachtung in neurologischer, orthopädischer und kardiologischer Hinsicht veranlassen und diese einem IV-Arzt mit entsprechendem Facharztstitel unterbreiten sollen. Im vorinstanzlichen Verfahren sind infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben. Da es an einer Gesamtbeurteilung fehlt und bisher noch keine gutachterliche Abklärung der orthopädischen Beschwerden und deren funktionellen Einschränkungen vorgenommen wurde, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen.

**8.2** Die Beschwerde ist folglich insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte und unter Beizug weiterer verfügbarer medizinischer Unterlagen eine pluridisziplinäre medizinische Begutachtung in neurologischer, orthopädischer und kardiologischer Hinsicht bei Spezialärzten (und/oder Spezialärztinnen) durchgeführt werden kann. Diese Untersuchungen sind in der Schweiz durchzuführen. Anschliessend hat die Vorinstanz neu zu verfügen (vgl. Art. 61 Abs. 1 VwVG).

## 9.

**9.1** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> i.V.m. Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. 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. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 408.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Da der Vorinstanz gestützt auf Art. 63 Abs. 2 VwVG ebenfalls keine Kosten aufzuerlegen sind, werden keine Verfahrenskosten erhoben.

**9.2** Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Die Parteientschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere notwendige Auslagen der Partei (Art. 8 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der Beschwerdeführer war im vorliegenden Verfahren anwaltlich vertreten, weshalb ihm zu Lasten der unterliegenden Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen ist. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Parteientschädigung unter Berücksichtigung des aktenkundigen und gebotenen Aufwands auf Fr. 1'200.- festzulegen (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE).

Der unterliegenden Vorinstanz ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

Dispositiv Seite 20

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 22. August 2013 aufgehoben und die Streitsache zu weiteren Abklärungen und zum Erlass einer neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Dem Beschwerdeführer wird der Kostenvorschuss von Fr. 408.- nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückerstattet.

**3.**

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der IVSTA eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'200.- zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Einschreiben mit Rückschein)
- 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

Giulia Santangelo

### **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 erfüllt sind. Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: