



Urteil vom 10. August 2018

Besetzung

Richter Daniel Stufetti (Vorsitz),
Richter David Weiss, Richterin Caroline Bissegger,
Gerichtsschreiberin Anna Wildt.

Parteien

A. _____, (Deutschland),
vertreten durch Dr. iur. Elisabeth Glättli, Rechtsanwältin,
Anwaltskanzlei glättli & partner,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Anspruch auf eine Invalidenrente,
Verfügung der IVSTA vom 3. Juni 2016.

Sachverhalt:**A.**

A.a Der 1961 geborene deutsche Staatsbürger A._____ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) war vom 1. Juli 2007 bis zum 31. August 2012 bei der B._____ GmbH in (...) erwerbstätig, danach arbeitslos, und entrichtete Beiträge an die Schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) (Akten im Vorverfahren, Band I-III [nachfolgend act. I - III], act. II 1).

A.b Am 20. April 2012 meldete sich der Versicherte bei der IV-Stelle des Kantons C._____ (nachfolgend IV-Stelle) zum Bezug von IV-Leistungen an (act. II 10). Die IV-Stelle nahm in der Folge medizinische und erwerbliche Abklärungen vor (act. II 1 – 45) und sandte dem Arbeitgeber einen Fragebogen zu, den dieser nicht retournierte (act. III 80/41). Gemäss Feststellungsblatt der IV-Stelle nahm der RAD am 11. Oktober 2012 (act. II 45/3) und am 30. Januar 2013 (act. II 45/4) Stellung. Mit Vorbescheid vom 18. Februar 2013 (act. II 47) stellte die IV-Stelle dem Versicherten eine halbe Invalidenrente per 1. Oktober 2012 in Aussicht. Hiergegen liess der Versicherte am 11. März 2013 durch seine Rechtsvertreterin Einwand erheben und einen Arztbericht vorlegen (act. II 51, 52). In der Folge gelangten weitere medizinische Berichte zu den Akten (act. II 80) beziehungsweise wurde eine Stellungnahme des RAD vom 12. August 2013 vermerkt (act. II 67/2).

A.c Mit Vorbescheid vom 20. September 2013 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Anerkennung einer ganzen IV-Rente ab 1. Oktober 2012 in Aussicht (act. II 69). Wegen eines Einwands der D._____ vom 13. Oktober 2013 (act. II 74) nahm die IV-Stelle weitere Abklärungen vor und nahm Arbeitgeberinformationen zu den Akten (act. II 77, 78; III 80). Infolge einer erneuten Aufnahme einer Erwerbstätigkeit zog der Versicherte in seine Heimat Deutschland zurück und meldete sich per 31. Dezember 2013 in der Schweiz ab (act. I 2/3; II 60, 61).

A.d Mit Vorbescheid vom 15. Januar 2014 stellte die IV-Stelle die Ablehnung des Rentenbegehrens bei einem IV-Grad von 0 % in Aussicht (act. III 84). Hiergegen liess der Versicherte Einwand erheben (act. III 110).

A.e Mit Verfügung vom 14. April 2014 wies die IV-Stelle die Leistungsbegehren ab (act. III 117).

A.f Hiergegen liess der Versicherte Beschwerde an das Sozialversicherungsgericht des Kantons C. _____ erheben, welches mit Urteil vom 27. August 2014 die Verfügung vom 14. April 2014 wegen Unzuständigkeit der IV-Stelle C. _____ aufhob und die Akten an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz) abtrat (act. I 2).

B.

B.a Nach weiteren medizinischen und erwerblichen Abklärungen, insbesondere nach Einholung eines ophthalmologischen Gutachtens vom 9. Oktober 2015 (act. I 67) sowie Einholung der Stellungnahmen des medizinischen Dienstes (act. I 42, I 71, I 87), kündigte die IVSTA mit Vorbescheid vom 14. Januar 2014 an, dem Versicherten bei einer Erwerbseinbusse von 23% keine Rente zuzusprechen (act. I 80). Dieser liess dagegen Einwände erheben (act. I 84).

B.b Mit Verfügung vom 3. Juni 2016 wies die IVSTA das Rentengesuch bei einem Invaliditätsgrad von 33% ab (Akten im Beschwerdeverfahren [nachfolgend: BVGer act.], Beilage zu BVGer act. 1). Für die Feststellung des medizinischen Gesundheitszustands stütze sie sich auf das Gutachten vom 9. Oktober 2015 ab.

C.

Gegen diese Verfügung liess der Beschwerdeführer durch seine Rechtsvertreterin mit Eingabe vom 7. Juli 2016 (BVGer act. 1) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erheben und beantragen, die Verfügung sei aufzuheben, es sei ihm eine ganze Rente auszurichten, eventualiter seien von der Vorinstanz weitere Abklärungen vorzunehmen.

D.

Am 21. Juli 2016 leistete der Beschwerdeführer den angeforderten Kostenvorschuss von Fr. 800.– in Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten (BVGer act. 2; 4).

E.

Mit Vernehmlassung vom 30. August 2016 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung (BVGer act. 6).

F.

Mit Replik vom 8. November 2016 hielt der Beschwerdeführer an seinen Beschwerdebegehren fest (BVGer act. 13).

G.

Mit Duplik vom 5. Dezember 2016 hielt die Vorinstanz an ihrer Vernehmlassung fest (BVGer act. 15).

H.

Auf die Ausführungen der Parteien und die vorgelegten Beweismittel ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen

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

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

2.

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 3. Juni 2016, mit der die Vorinstanz den Anspruch auf eine IV-Rente verneint hat. Aufgrund der Rechtsbegehren streitig und zu prüfen ist der geltend gemachte Anspruch des Beschwerdeführers auf eine ganze Rente der schweizerischen Invalidenversicherung ab dem 1. Oktober 2012.

3.

3.1 Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) 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, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr.

574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, 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 – weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4 m.w.H.), was sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nicht geändert hat (vgl. Urteil des BVGer C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Demnach richten sich die Beurteilung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe alleine nach schweizerischem Recht.

3.2 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungsverfügung (hier: 3. Juni 2016) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

3.3 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 3. Juni 2016 in Kraft standen.

4.

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

4.2 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht. Die Rente wird vom Beginn des Monats, in dem der Rentenanspruch entsteht, ausbezahlt (Art. 29 Abs. 3 IVG).

4.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

5.

5.1 Die IV-Stelle prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG, Art. 57 Abs. 3 IVG, Art. 69 Abs. 2 IVV). Die regionalen ärztlichen Dienste 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. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1 IVV). Die IV-Stellen sind befugt, berufliche Abklärungsstellen (BEFAS) für die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen beizuziehen (Art. 59 Abs. 3 IVG, Art. 69 Abs. 2 IVV).

5.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im

Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

5.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

5.4 Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet und in sich widerspruchsfrei sind, und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 353 f.). Berichte der behandelnden Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber das Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

5.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen medizinischen Beurteilung als Bericht, Gutachten oder Stellungnahme (vgl. BGE 125 V 351 E. 3.a; 122 V 157 E. 1c).

5.6 Nicht auf eigene Untersuchungen beruhende RAD-Berichte (Art. 49 Abs. 3 IVV) können 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. 2bis IVG; Art. 49 Abs. 3 IVV; vgl. Urteil des BGer 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3.1). Ein förmlicher Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung besteht mithin 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).

5.7 Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht 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).

6.

6.1 Die Vorinstanz stützte sich für die Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers massgeblich auf das Gutachten von Dr.

E._____, Arzt für Orthoptik, Augenklinik, F._____, vom 9. Oktober 2015 (act. I 67). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit ging sie – abweichend von den Stellungnahmen des behandelnden Arztes – von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus. Basierend auf einem Einkommensvergleich berechnete sie einen Invaliditätsgrad von 33%. Dabei stellte sie für die Ermittlung des Valideneinkommens nicht auf das erzielte Einkommen ab, sondern erwog ein wesentlich geringeres hypothetisches Einkommen, da ein befristetes Arbeitsverhältnis vorgelegen habe. Laut Arbeitgeberin sei eine aussergewöhnlich hohe Entlohnung vorgelegen, die einzig dadurch bedingt gewesen sei, unter Zeitdruck einen ausgewiesenen Experten zu verpflichten, wobei unter marktüblichen Umständen das monatliche Salär für diese Funktion zwischen Fr. 10'000.– und 12'500.– betragen würde (act. I 89).

6.2 Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, die Verneinung des Rentenanspruchs resultiere aus der unzutreffenden Festsetzung der Vergleichseinkommen. Zudem sei eine vertragliche Mindestdauer und keine Befristung vereinbart gewesen. Eventualiter wurde vorgebracht, die Festsetzung des Valideneinkommens aufgrund unsubstanziierter Angaben des Geschäftsführers würde bestritten, der Beschwerdeführer hätte bei einer vergleichbaren Organisation in der Schweiz Fr. 170'000.– bis 220'000.– verdienen können. Unzutreffend sei auch die Annahme, der Beschwerdeführer sei in jeder anderen Tätigkeit voll arbeitsfähig. Das ophthalmologische Gutachten genüge den Anforderungen an den Beweiswert nicht, es sei nicht konsistent und nicht nachvollziehbar. Unklar sei, auf welche medizinischen Akten sich der Gutachter gestützt habe, und es fehle die Auseinandersetzung mit den abweichenden Beurteilungen des behandelnden Arztes.

6.3 Nachfolgend ist zu prüfen, ob der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt worden ist.

6.4 Vorab ist festzuhalten, dass auf jene Stellungnahmen des RAD, welche nur in den Feststellungsblättern der IV-Stelle C._____ Erwähnung finden, nicht abgestellt werden kann (vgl. Stellungnahmen vom 11. Oktober 2012 (act. II 45/3), vom 30. Januar 2013 (act. II 45/4) und vom 12. August 2013, wonach die Einschätzungen des behandelnden Augenarztes plausibel seien). Diese Stellungnahmen liegen nicht als eigenständige Akten vor, wodurch die Urheberschaft der Informationen nicht geklärt ist. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts sind Arztberichte handschriftlich zu

unterzeichnen oder zu visieren, damit darauf abgestellt werden kann (BGE 133 V 450 E. 11.2.2). Aus diesem Grund kann auch auf den nachfolgend erwähnten unvollständigen Bericht der Augenklinik des G._____ vom 27. April 2009 (act. II 6/35, vgl. E. 6.5.4 hiernach), auf dem Teile der Befunderhebung und die Unterschriften fehlen, nicht abgestellt werden.

6.5 Im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung lagen der Vorinstanz im Wesentlichen folgende medizinische Berichte vor:

6.5.1 Gemäss Arztbericht vom 30. September 2008 von Dr. H._____, Assistenzarzt (act. II 6/37), wurde der Beschwerdeführer am 19. August 2008 notfallmässig wegen einer seit zwei Tagen bestehenden Gesichtsfeldeinschränkung in der Augenklinik des G._____ behandelt. Aufgrund von Untersuchungen und Tests (darunter Amslernetz-Gesichtsfeldmessung) wurde eine Retrobulbärneuritis am linken Auge, wahrscheinlich zweiter Schub, diagnostiziert und eine neurologische Abklärung empfohlen.

6.5.2 Im Bericht vom 29. September 2008 von Dr. I._____, Assistenzarzt Neurologie, J._____ Klinik (act. II 6/34), sind folgende Diagnosen enthalten:

Status nach zweimaliger Retrobulbärneuritis

- anamnestisch beidseits vor ca. 15 Jahren
- linksseitig seit anfangs August 2008
- Schädel und Orbita-MRI vom 10.09.2008 mit diskreter Aufreibung des N. opticus links

6.5.3 Dr. K._____, Neurologie, J._____ Klinik berichtete am 27. Oktober 2008 (act. II 6/32) von einer zwischenanamnestisch weiterhin bestehenden leichten Störung in einem Teilbereich des Gesichtsfeldes des linken Auges und hielt folgende Diagnosen fest:

Status nach zweimaliger Retrobulbärneuritis

- anamnestisch beidseits vor ca. 15 Jahren
- linksseitig seit anfangs August 2008
- Schädel und Orbita-MRI vom 10.09.2008 mit diskreter Aufreibung des N. opticus links
- Abklärung inklusive VEP und LP 10/08 unauffällig

6.5.4 Im unvollständig zu den Akten gelangten Bericht (ohne zwei Seiten eines mutmasslichen Befundbeschriebs sowie ohne Unterschriften) von Dr. L._____ und Dr. M._____, Augenklinik, G._____, vom 27. April 2009 (act. II 6/35) sind folgende Diagnosen enthalten:

Auge links: Status nach zweimaliger Retrobulbärneuritis

- persistierendem Zentralskotom
- aktuell keine Hinweise für ein neues Ereignis

6.5.5 Dr. K._____, Herzzentrum, Klinik N._____, führte am 28. Oktober 2010 eine Echokardiographie durch (act. II 6/30 f.) und schlug wegen Verspüren eines unregelmässigen Herzschlags einen Elektrokonversionsversuch vor. Dabei hielt er folgende Diagnosen fest:

Anamnestisch St. n. N. opticus Neuritis 2008

St. n. Meniskus- und Kreuzbandoperation

Hypertensive Kardiopathie

- mässiggradig bis mittelschwer eingeschränkte linksventrikuläre Funktion
- keine relevanten Klappenvitien, linksatriale Dilatation, konzentrische LV Hypertrophie
- etabliertes Vorhofflimmern
- auswärtig objektiv und subjektiv unauffällige Ergometrie, auswärtig keine Stenosen der hirnzuführenden Arterien
- anamnestisch auswärtig normale Laborwerte inkl. Lipid- und Schilddrüsenwerte
- CVRF Hypertonie

6.5.6 Nach der Durchführung von Blutuntersuchungen und Echokardiographien (act. II 6/27-29) berichtete Dr. O._____, Oberarzt Kardiologie, G._____, über eine Elektrokonversion vom 25. November 2010 (act. II 6/24). Bei Beschwerden über ein persistentes Vorhofflimmern, relativ oligosymptomatisch, und mehr oder weniger normaler Leistungsfähigkeit ohne Hinweise auf eine Herzinsuffizienz oder pektanginöse Beschwerden stellte er folgende Diagnosen:

1. Hypertensive Kardiopathie (DD koronare HK, DD non-compaction)
 - mässiggradig bis mittelschwer eingeschränkte linksventrikuläre Funktion (TTE/TEE Klinik N._____, 10/10), LVEF 45% bei diffuser Hypokinesie
 - apikal und lateral angedeutete myokardiale Einbuchtungen (erfüllt non-compaction Kriterien nicht)
 - TTE/TEE 24.11.10 (USZ): Normal grosser, nicht hypertropher linker Ventrikel mit diffuser septum-betonter Hypokinesie und leicht bis mittelschwer eingeschränkter systolischer Funktion (EF biplan = 47%)
 - Leichte Mitralinsuffizienz bei verdickten Mitralsegeln
2. Permanentes Vorhofflimmern
 - initial erfolgreiche Elektrokonversion in normokarden Sinusrhythmus am 24.11.10, Frührezidiv nach einigen Minuten
 - CHADS-Score = 2 (arterielle Hypertonie, Herzinsuffizienz)

6.5.7 Zur Klärung der Frage, ob eine koronare Herzkrankheit vorliege, wurde der Versicherte am 29. November 2010 in der Nuklearmedizin, G._____, angemeldet (act. II 6/26). Dr. P._____, Thoraxchirurgie, G._____, berichtete am 14. Januar 2011 (act. II 6/21), im Zuge einer Myokardszintigraphie sei als Zufallsbefund eine grosse Raumforderung im

Bereich des linken Unterlappens nachgewiesen und im CT Thorax bestätigt worden. Das weitere Vorgehen bestehe in einer diagnostischen Thorakoskopie mit intraoperativem Entscheid zur thorakoskopischen oder offenen Tumorresektion. Neben den bereits bekannten Diagnosen Hypertensive Kardiopathie und Permanentes Vorhofflimmern (vgl. E. 6.5.6 hiervor) stellte er neu die folgende Diagnose:

1. Unklare Raumforderung im Unterlappen links
 - DD fibröser Pleuratumor, DD andere benigne Veränderung
 - Grösse 7.9 x 5.5 x 7.1 cm; inhomogen, Kontrastmittel- aufnehmend (CT-Thorax vom 17.12.10)
 - Nachweis schon im konventionellen Röntgen-Thorax vom 13.06.94

6.5.8 Am 9. Februar 2011 berichtete Dr. Q._____, Oberarzt Rhythmologie, G._____, über die Durchführung eines EKG (act. II 6/17) und stellte das Bestehen eines oligosymptomatischen normocarden Vorhofflimmerns zumindest seit Sommer 2010 fest. Es seien konservative und kathetertechnisch interventionelle Therapieoptionen besprochen worden. Aufgrund des verhältnismässig geringen Leidensdrucks sei vorerst eine medikamentöse Therapie vereinbart worden.

6.5.9 Gemäss Kurzaustrittsbericht von Dr. R._____, Thoraxchirurgie, G._____, (Hospitalisation 03.03. – 09.03.11) hat am 4. März 2011 eine thorakoskopische Adhäsionolyse und Unterlappenteilresektion links stattgefunden (act. II 6/14). Im Weiteren gelangten Berichte über die erfolgten (Nach-)untersuchungen zu den Akten (act. II 6/13, II 6/5 – II 6/7).

6.5.10 In einer weiteren Untersuchung berichtete die Kardiologie / Echokardiographie des G._____, am 7. Juni 2011 (act. II 6/3) über eine leichte Zunahme der LVEF. Dr. O._____, Oberarzt Kardiologie, berichtete am 10. Juni 2011 über die folgenden Diagnosen (act. II 6/1):

1. Hypertensive Kardiopathie
 - DD Kardiomyopathie, Tachykardiomyopathie
 - initiale LVEF 49% (11/10)
 - aktuell knapp normale systolische LV-Funktion (EF=54%), normal grosser, nicht hypertropher linker Ventrikel mit leichter diffuser Hypokinesie
2. St. n. persistierendem Vorhofflimmern
 - medikamentöse Konversion unter Dronedarone
 - initial erfolgreiche Elektrokonzersion in normocarden Sinusrhythmus am 24.11.10. Frührezidiv nach einigen Minuten
 - CHADS-Score 2
3. St. n. solitärem fibrösem Pleuratumor ausgehend vom Unterlappen links
 - St. n. thorakoskopischer Adhäsionolyse und Unterlappenteilresektion links am 04.03.11

6.5.11 Laut Arztbericht vom 8. Juni 2011 (act. II 6/6) untersuchte Dr. S._____, Augenarzt, den Versicherten im Mai und Juni 2011 aufgrund von aufgetretenen Beschwerden über eine Visusabnahme und Tränen, v.a. bei Helligkeit. In der Gesichtsfelduntersuchung am linken Auge sei ein Zentralskotom darstellbar, am rechten Auge sei ebenfalls ein vergrößerter blinder Fleck auffällig. Dies sei allenfalls vereinbar mit einer abgelaufenen Optikusneuritis. Die Pupille rechts sei aber randscharf, nur am linken Auge sei sie blass, im Sinne einer abgelaufenen Neuritis. Diagnosen: St. n. Optikusneuritis links und Myoper Astigmatismus.

6.5.12 Mit Arztzeugnis vom 22. November 2011 bestätigte Dr. T._____, Arzt für Allgemeine Medizin, die 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Versicherten vom 21. bis 28. November 2011 (act. II 20/41).

6.5.13 Im Bericht von Dr. U._____, Medizinisch Radiologisches Institut, (...), vom 22. November 2011 wird aufgrund eines MRI (Schädel und Orbita) festgehalten, es zeigten sich geringgradige mikroangiopathische Veränderungen, ansonsten sei der Befund altersentsprechend normal, insbesondere lägen keine Hinweise für eine nervi optici links und keine radiologischen Zeichen einer Encephalomyelitis disseminata vor.

6.5.14 Am 27. Januar 2012 (act. II 17/13) berichtete Dr. S._____, Augenarzt, über eine notfallmässige Konsultation vom 21. November 2011 bei stechenden Schmerzen am rechten Auge und Druckgefühl, zudem Visusschwankungen und Vergrößerung des Gesichtsfelddefektes. Auf der Grundlage eigener durchgeführter Untersuchungen gelangte er sodann zum Befund, dass sich bei der sogleich durchgeführten Gesichtsfeldmessung im Vergleich zu den Vorbefunden ein vergrößerter blinder Fleck und mögliche beginnende Skotome am rechten Auge gezeigt hätten. Am linken Auge bestehe unverändert ein zentraler Gesichtsfelddefekt bei Status nach Opticus neuritis. Der Visus am rechten Auge sei erfreulicherweise bei 1.0 und am linken Auge unverändert (weniger als 0.05). Zum Ausschluss einer Opticus neuritis sei eine MRI-Untersuchung durchgeführt worden. Der Bericht enthält die folgenden Diagnosen und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit:

- Status nach Opticus neuritis links mit zentralem Gesichtsfelddefekt
- Gesichtsfeldverschlechterung am Auge rechts, klinisch verdächtig auf Retrobulbärneuritis, im MRI nicht nachweisbar

Von 8. Dezember 2011 bis 31. März 2012 betrage die Arbeitsfähigkeit 50%. Wichtige Arbeiten am PC könnten ausgeführt werden, jedoch mit einer verminderten Leistungsfähigkeit und rascher Ermüdung. Längerfristig sei ein

Wiederanstieg der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei zu verneinen.

6.5.15 In einer Stellungnahme vom 13. Februar 2012 (act. II 20/29) äuserte sich der beratende Arzt der V._____ Versicherungen, Dr. W._____, im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht aufgrund der Krankentaggeld-Versicherung zur Aktenlage. Eine angepasste Tätigkeit sei ab sofort möglich. Die Behauptung, der Versicherte könne seine Alltagsarbeit mit Verzögerung bewältigen, sei mehr als fraglich, da er eine Führungsposition innehatte und delegieren könne.

6.5.16 Im Bericht vom 10. April 2012 (act. II 17/5) hielt Dr. S._____, Augenarzt, folgende Beschwerden fest: Am linken Auge bestehe ein Zentralskotom und kein Tafelvisus. Am rechten Auge sei eine subjektive Sehverschlechterung bemerkt worden sowie ein Schmerzgefühl, verminderte Akkommodationsfähigkeit und Oskulationen, auch sei das Gesichtsfeld eingeschränkt. Im objektiven Befund zeige sich am rechten Auge ein Gesichtsfelddefekt nach temporal oben, am linken Auge ein vorbestehendes Zentralskotom. Am linken Auge liege ein Status nach Opticusneuritis vor. Am rechten Auge sei der Befund verdächtig für einen ersten Schub einer Opticusneuritis. In der MRI-Untersuchung sei keine entzündliche Aktivität nachgewiesen. Der Visus sei erstaunlicher Weise immer sehr gut auf der rechten Seite bei 1.0. Der Augendruck sei im Normbereich. Im Fundus zeigten sich keine indirekten Hinweise auf eine aktive Neuritis. Daraufhin stellte er nachfolgende Diagnosen:

- Status nach Opticusneuritis links mit Zentralskotom
- Gesichtsfelddefekt rechts parazentral, klinisch möglicherweise mild ablaufende Opticusneuritis.

Seit dem 8. Dezember 2011 sei der Versicherte in der angestammten Tätigkeit zu 50% krankgeschrieben, wobei eine verbleibende Arbeitsfähigkeit von 50% zu prognostizieren sei. In einer angepassten Tätigkeit bestehe die volle Arbeitsfähigkeit bei einem Beruf mit weniger PC-Arbeit und mehr in Richtung Beratertätigkeit.

6.5.17 Ein ärztliches Zeugnis (Name unleserlich) vom 10. April 2012 (act. II 17/4) enthält eine Arbeitsunfähigkeitsschätzung von 50% aufgrund der zeitlichen Schonung und folgende Diagnosen:

- St. n. Optikusneuritis, links Zentralskotom

- Seit Mai (unleserlich) Sehverschlechterung, seit Oktober 2011 zusätzlich (unleserlich) Schädel und Orbita-MRI vom 10.09.2008 mit diskreter Aufreibung des N. opticus links

6.5.18 Gemäss Gesprächsprotokoll der V. _____ Versicherung vom 12. April 2012 (act. II 17/7) wurden im Gespräch vom 27. März 2012 vom Versicherten folgende Beschwerden genannt: Nach einer Sehnerventzündung sei das linke Auge dauerhaft geschädigt. Vor ca. einem Jahr habe eine erneute Verschlechterung stattgefunden. Nach zwei bis drei Stunden PC-Arbeiten seien starke Kopfschmerzen aufgetreten. Er könne nur maximal eine Stunde lesen. Am linken Auge bestehe ein zentraler blinder Fleck, der ständig vorhanden sei, am rechten Auge variierende blinde Flecken und Sichtfeldstörungen.

6.5.19 Aus dem Arztbericht von Dr. T. _____, Arzt für Allgemeine Medizin, vom 23. Mai 2012 (act. II 14) ergeben sich folgende Diagnosen und Beurteilungen:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- St. n. Opticusneuritis li. Mit Zentralskotom, Gesichtsfelddefekt re. parazentral seit 2008

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Hypertensive Kardiopathie
- St. n. persist. VHF u. erfolgreicher Elektrokonversion
- St. n. Op. Fibröser Pleuratumor UL li. 4.3.11

Die Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (Überwachungs- und Analysetätigkeit) liege bei 50% von 1. Dezember 2011 bis auf Weiteres; die Einschränkung bestehe wegen einer Sehstörung bei der Bildschirmarbeit; Auswirkungen seien auftretende Kopfschmerzen, Konzentrationsprobleme und schnelle Ermüdung. In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine Leistungseinschränkung, da sie nicht ohne Bildschirmarbeit möglich sei. Mit der Wiederaufnahme beziehungsweise Erhöhung der Einsatzfähigkeit könne dann gerechnet werden, wenn dies nicht mit dem Bildschirm erfolge.

6.5.20 Mit Schreiben vom 13. Juni 2012 (act. II 20/4) teilte der Versicherte der Krankentaggeld-Versicherung mit, dass er wieder zu 100% arbeite, bei gleichzeitiger Freistellung von Bildschirmarbeit. Dies sei zeitlich beschränkt, da das Arbeitsverhältnis mit August beendet werde (vgl. auch Schreiben des Arbeitgebers, act. II 78/7).

6.5.21 Der Augenarzt Dr. S. _____ gab im Bericht vom 25. Juni 2012 (act. II 18/4) hinsichtlich der Zumutbarkeit angepasster Tätigkeiten an, dass das

Konzentrationsvermögen in Bezug auf den PC, Zahlen und Tabellen eingeschränkt sei. Es bestünden aufgrund von Visum und Gesichtsfeld Einschränkungen hinsichtlich der Anpassungsfähigkeit sowie der Belastbarkeit am PC. Die Angaben würden ab 30. Mai 2011 gelten, als unterstützendes Hilfsmittel sei ein grosser Bildschirm nötig.

6.5.22 In einem weiteren Bericht vom 4. Juli 2012 (act. II 22) stellte der behandelnde Augenarzt, Dr. S._____, die Diagnosen

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Status nach Opticus Neuritis links mit zentralem Gesichtsfelddefekt
- Klinischer Verdacht auf Retrobulbärneuritis Auge rechts mit Gesichtsfelddefekt

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Myopie
- Astigmatismus
- Presbyopie
- Oculäre Hypertension, unter Therapie

Basierend auf den Untersuchungen und Gesichtsfeldtests sei eine verbleibende 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Analyst vor allem bei Computerarbeiten seit dem 30. Mai 2011 anzunehmen. Aufgrund der Monokelsituation mit dem zentralen Gesichtsfelddefekt und zusätzlich Gesichtsfelddefekten am besseren rechten Auge würden Einschränkungen vor allem bei der Bildschirmarbeit und beim Lesen bestehen. Bei der Arbeit führe dies zu erhöhter Müdigkeit und reduzierter Konzentrationsfähigkeit. Auf längere Sicht sei eine Steigerung auf 100% in einer anderen Tätigkeit möglich.

6.5.23 Am 11. Oktober 2012 (act. II 45/3) hielt laut Feststellungsblatt der IV-Stelle der RAD, Dr. X._____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, fest, der Arztbericht vom 4. Juli 2012 sei plausibel, es könne darauf abgestützt werden.

6.5.24 Am 20. November 2012 stellte der Augenarzt, Dr. S._____, in einem Arztzeugnis adressiert an den Versicherten (act. II 34) die Diagnosen:

- Status nach Opticusneuritis links mit zentralem Gesichtsfelddefekt
- Status nach Retrobulbärneuritis Auge rechts mit Gesichtsfelddefekten

Die 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe wegen der Monokelsituation – das linke Auge sei für das Erkennen von kleinen Texten nicht mehr geeignet und auf dem rechten Auge bestünden Gesichtsfelddefekte – daher sei die Arbeit gleich einem Börsenhändler mit mehreren Bildschirmen, auf denen

kleine Texte erkannt werden müssten, nicht mehr möglich. Die bisherige Arbeit sei so, wie sie der Versicherte beschrieben habe, nicht mehr durchführbar und nicht verantwortbar. Sicher sei eine normale Bildschirmarbeit, wie sie im Bürobereich durchgeführt werde, bis halbtags denkbar, insbesondere, wenn Pausen eingehalten würden.

6.5.25 Laut Feststellungsblatt der IV-Stelle nahm der RAD am 30. Januar 2013 (act. II 45/4) erneut Stellung und hielt fest, es sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 50% in der angestammten Tätigkeit ab 30. Mai 2011 auszugehen.

6.5.26 Am 17. Februar 2013 (act. II 51) schrieb der behandelnde Augenarzt, Dr. S._____, an den Versicherten per E-Mail, wegen einer permanenten Schädigung des Auges sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und von einer 40–50%igen Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen.

6.5.27 Am 1. März 2013 stellte Dr. S._____ in einem Bericht (act. II 80/244) nach Wiederholung der Krankengeschichte und Bestätigung der Fahrtauglichkeit (Beilage von Gesichtsfeldmessungen links und rechts vom 7. Juni 2011, 21. November 2011, 25. August 2012 und 13. Februar 2013) die Diagnosen:

- Auge rechts: klin. V.a. Retrobulbärneuritis mit Gesichtsfelddefekt
- Auge links: Status nach Opticusneuritis mit zentralem Gesichtsfelddefekt
- Auge beidseits: Glaukom

6.5.28 Im Bericht vom 13. April 2013 (act. II 80/255) geht Dr. S._____ von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für die Arbeit als Analyst aus, im hochspezialisierten Beruf, vergleichbar mit Börsenhändlern, die zeitgleich an acht Bildschirmen arbeiten würden und dies Tag und Nacht, wobei der Versicherte nicht fähig sei, dies gewissenhaft auszuführen. Bis maximal 50% Bildschirmarbeit bestehe volle Arbeitsfähigkeit, wobei eine Anpassung durch Umorientierung auf eine Beratungstätigkeit bereits erfolgt sei (Beilage: Gesichtsfeldmessung links und rechts).

6.5.29 Im Feststellungsblatt hielt die IV-Stelle die Stellungnahme des RAD, Dr. X._____, Facharzt Innere Medizin, vom 12. August 2013 fest: Laut Arztbericht von Dr. S._____ vom 20. November 2012 sei die bisherige Arbeit nicht mehr durchführbar. Eine normale Bildschirmarbeit, wie sie im Bürobereich durchgeführt wird, sei halbtags denkbar.

6.6 Nach dem Rückweisungsentscheid des Sozialversicherungsgerichts vom 27. August 2014 und der Abtretung der Akten an die IVSTA gelangten die folgenden Berichte zu den Akten:

6.6.1 In der Stellungnahme des medizinischen Dienstes vom 16. März 2015 (act. I 42) hielt Dr. Y._____, Arzt für Allgemeine Medizin, fest, der Versicherte sei in einer leitenden Stellung mit sehr hohem angestammten Einkommen, was nur teilweise mit der Arbeit am PC-Bildschirm verbunden gewesen sein könne. Eine teilweise Arbeitsfähigkeit sei im angestammten Beruf aus der Sicht des RAD durchaus zumutbar. Wegen fehlender unabhängiger Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sei die Einholung eines augenärztlichen Gutachtens auf universitärer Stufe zu empfehlen.

6.6.2 Gemäss Gutachten vom 9. Oktober 2015 (act. I 67) führte Dr. E._____, Arzt für Ortophtik, Augenklinik, F._____, eine Anamnese, klinische Untersuchung und Befundaufnahme sowie verschiedenen Tests durch, woraus er die folgenden Diagnosen ableitete:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- St. n. Neuritis N. optici (September 2008) mit Junction-Skotom links
- Optikusneuropathie beidseits

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Myopie und Astigmatismus beidseits
- Hypertensive Kardiopathie
- Permanentes Vorhofflimmern

In der Anamnese hielt der Gutachter Konzentrationsschwierigkeiten seit einer Sehnerventzündung im Jahr 2008 fest, sowie eine Visusminderung mit Schmerzen. Seit Ende 2010 seien dunkle Stellen am rechten Auge aufgetreten, verbunden mit Schmerzen bei visueller Anstrengung, was sich im Lauf der Zeit nicht mehr verändert habe. Aktuell bestünden Augenschmerzen bei längerem konzentrierten Lesen, Computerarbeiten oder Autofahren, wobei die Beschwerden ca. 1 Std. nach Beginn einer visuellen Anstrengung entstehen und bei länger dauernden visuellen Tätigkeiten Pausen eingelegt werden müssten. Während ca. einem Tag pro Woche habe er Vorhofflimmern, was zu Nervosität und Angespanntheit, Angstzuständen und weniger Leistungsfähigkeit führe. Seit der Implantation eines Pacemakers habe die Angst während dem Herzflimmern nachgelassen. Die Konzentrationsschwierigkeiten bei visuellen Aufgaben seien visuell bedingt.

Nach Durchführung von eigenen Untersuchungen und Tests hielt der Experte fest, es würden Defizite an beiden Augen vorliegen: eine Sehschär-

fenminderung am linken Auge und ein schläfenseitig betonter Gesichtsfelddefekt am rechten Auge. Passend zu den Funktionsausfällen sei eine Atrophie von Ganglienzellen und Nervenfasern an beiden Augen. Die im Jahr 2008 als als entzündlich beurteilte Ursache im Sinne einer Neuritis N. optici sei höchst plausibel. Ob es sich dabei um ein einmaliges Ereignis oder um mehrere Entzündungsschübe gehandelt habe, sei auf der Basis der vorliegenden Unterlagen nicht konklusiv zu beurteilen. Die Befunde seien gut kompatibel mit einer einmaligen Läsion, die im August/September 2008 angefangen habe und seit ca. April 2009 stabil, d.h. unverändert, sei. Gemäss telefonischer Anfrage sei weder am G. _____ noch in der Praxis von Dr. S. _____ das Gesichtsfeld vom rechten Auge vor 2011 untersucht worden. Es sei gut möglich, dass der vermeintliche erneute Entzündungsschub am rechten Auge im Jahr 2010 lediglich einen Ausfall darstellt, der bereits früher vorbestanden habe, aber erst zwei Jahre später symptomatisch geworden sei. Gegen einen zweiten Entzündungsschub spreche, dass keine Sehschärfenminderung am linken Auge stattgefunden habe. In den letzten 5 Jahren bestünden stabile Befunde und es bestehe ein kleines Risiko eines Rezidivs.

Aus dieser Befundlage leitete er folgende Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ab:

Für Tätigkeiten mit normaler visueller Beanspruchung bestehe keine Arbeitsunfähigkeit, hingegen sei die Leistungsfähigkeit bei Tätigkeiten mit sehr hoher visueller Beanspruchung reduziert. Insbesondere erforderten Suchleistungen und das rasche Auffinden von Objekten mehr Zeit. Aufgaben mit dem Erfordernis eines hohen räumlichen Auflösungsvermögens seien weniger gut möglich. Es bestehe eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Leistungsfähigkeit für sehr hohe Anforderungen, wie das stundenlange simultane Beobachten mehrerer Bildschirme mit mehreren Fenstern, signifikant beeinträchtigt gewesen sei. Die Leistungsfähigkeit in Tätigkeiten mit sehr hohen visuellen Anforderungen sei um 50% reduziert. Für die Tätigkeit in der aktuellen Funktion, wie auch für die ganz grosse Mehrheit aller anderen beruflichen Tätigkeiten, bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Die visuelle Leistungsfähigkeit habe sich seit April 2009 nicht mehr geändert und werde sich auch in Zukunft nicht mehr ändern. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung hinsichtlich normaler visueller Anforderungen sei in Abweichung zu Dr. S. _____ erfolgt, da Ähnlichkeiten zu einer Monokelsituation bestünden. Hinsichtlich hoher Anforderungen sei die Arbeitsfähigkeit wegen klinischer Erfahrung mit ähnlichen Patienten anders als von Dr. S. _____ zu beurteilen. Eine Weiterführung von äusserst intensiver Bildschirmarbeit

würde mehr Anstrengung bedeuten und sei mit den damit assoziierten Folgen verbunden.

6.7 Hierzu nahm der medizinische Dienst der Vorinstanz wie folgt Stellung:

Im Bericht vom 20. Oktober 2015 (act. I 71) stellte Dr. Y. _____, Arzt für Allgemeine Medizin, folgende Diagnosen:

Hauptdiagnose:

- St. n. Neuritis N. optici (September 2008) mit Junction-Skotom links
- Optikusneuropathie beidseits

Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Myopie und Astigmatismus beidseits
- Hypertensive Kardiopathie
- Permanentes Vorhofflimmern

Auf der Grundlage des sehr ausführlichen und nachvollziehbaren Gutachtens sei von einer einmaligen Läsion im Jahr 2008 auszugehen. Wegen der hohen Belastung sei die angestammte Arbeit nur noch zu 50% zumutbar wegen der hohen Belastung der Augen an den Monitoren, jede andere Tätigkeit sei vollzeitig ohne Einschränkung möglich. Es sei von einer Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 50% ab 21.11.2011 auszugehen.

In der Stellungnahme vom 8. März 2016 hielt Dr. Y. _____ fest, das Gutachten sei hinsichtlich der Schätzung der Arbeitsunfähigkeit von 50% in der angestammten Tätigkeit schlüssig, wohingegen der behandelnde Arzt, Dr. S. _____, im Arztzeugnis vom 4. Juli 2012 seine Aussage, die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar, relativiert habe.

7.

Zunächst ist zu prüfen, ob sich die Vorinstanz für die Beurteilung des Gesundheitszustands auf das Gutachten von Dr. E. _____ stützen konnte.

7.1 Das Gutachten beruht auf persönlichen Untersuchungen in dem Fachbereich der Ophthalmologie und enthält eine ausführliche Anamnese. Es erscheint zwar hinsichtlich der Diagnosestellung unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden und in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge nicht un schlüssig, jedoch kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Experte volle Einsicht in die medizinischen Akten erhalten und darauf basierend Bericht erstattet hat. Zwar hat die IVSTA den Gutachter bei der Auftragsvergabe darauf hingewiesen, dass er verpflichtet sei, Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der

SGPP (SZS 05/2016 S. 435 ff.) zu beachten (act. I 57). Darin wird die Auflistung der Berichte, die dem Experten vorliegen, verlangt, doch fehlt eine solche im vorliegenden Gutachten. Mangels Berücksichtigung der medizinischen Vorberichte ist dem Gutachten nicht der volle Beweiswert zuzumessen (vgl. E. 5.4 hiervor).

7.2 Dem Gutachten ist zu entnehmen, dass die Ursache des als glaubhaft erachteten Augenleidens entzündlich sei, wohingegen der zeitliche Ablauf der Erkrankung unklar bleibe. In der Beurteilung kam der Experte im Gegensatz zum behandelnden Facharzt zum Schluss, dass von einem einmaligen Entzündungsschub im Jahr 2008 auszugehen sei, wobei sich die Befunde im Jahr 2009 stabilisiert hätten. Dies steht im Gegensatz zu den Berichten des behandelnden Augenarztes, der eine Neuritis im Jahr 2008 und im Jahr 2011 für wahrscheinlich hielt. Im Jahr 2011 ging dieser im Gegensatz zur vorliegenden Expertise von einer erneuten, mild ablaufenden Opticusneuritis mit Schädigung des rechten Auges aus. Es handelt sich dabei um eine anderslautende fachärztliche Diagnose und damit zusammenhängende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Der Gutachter führte hierzu aus, dass das Vorliegen eines zweiten Entzündungsschubs für das Jahr 2011 aufgrund des unveränderten Zustandsbilds des linken Auges nicht zu bestätigen sei. Worauf sich aber seine Erkenntnis, der Zustand sei seit 2009 als stabil anzunehmen, stützt, ist in Anbetracht der Aktenlage nicht nachvollziehbar. Wie bereits erwähnt, wurde der Beschwerdeführer im Jahr 2009 in der Augenklinik G. _____ behandelt, die auf der ersten Seite des unvollständigen Berichts von einer Stabilisierung des Zustandes auszugehen scheint, jedoch kann auf diesen unvollständig zu den Akten gelangten Arztbericht nicht abgestellt werden (vgl. E. 6.4 und 6.5.4 hiervor). Die Inkonsistenzen in der medizinischen Aktenlage erwecken den Eindruck, der Experte habe sich aufgrund eines fehlenden Zugangs zu den Vorbefunden nicht hinreichend mit der Frage einer weiteren Schädigung im Jahr 2011 auseinandersetzen können. Der Gutachter führte hierzu aus, dass für die Feststellung eines erneuten Entzündungsschubs vergleichende Gesichtsfeldmessungen des rechten Auges vor dem Jahr 2011 nötig gewesen wären, weshalb er im G. _____ und beim behandelnden Facharzt telefonisch nachgefragt habe, ob solche vorhanden seien, was jedoch verneint worden sei. Die IVSTA hätte sich nicht damit begnügen dürfen, um vom Fehlen verwertbarer Informationen auszugehen, zumal der Gutachter eine eingehendere Nachforschung in älteren Berichten nach anamnestischen Angaben für die Klärung der Frage des Zeitpunktes der Schädigung des rechten Auges angeboten hat.

Aufgrund der fehlenden Unterlagen ist auch davon auszugehen, dass es dem Experten nicht möglich war, sich mit der abweichenden fachlichen Meinung des behandelnden Augenarztes fundiert auseinanderzusetzen. Zwar wird vom Gutachter die Abweichung in der Diagnosestellung angesprochen und dargelegt, es fehle der Nachweis einer erneuten Schädigung des linken Auges. Doch wies der Experte auch darauf hin, dass er für eine bessere Beurteilung Zugang zu einer ergänzenden medizinische Dokumentation über anamnestische Angaben und Gesichtsfeldmessungen vor dem Jahr 2011 benötige. Laut vorliegenden Arztberichten wurden am 30. September 2008 im G._____ Gesichtsfeldmessungen (Amsler-Netz) und darüber hinaus am 27. Oktober 2008 in der J._____ Klinik Angaben zur Gesichtsfeldstörung festgehalten. Zudem ist nicht auszuschliessen, dass im unvollständig zu den Akten gelangten Befund der Augenklinik des G._____ vom 27. April 2009 weitere Angaben zum Zustandsbild des rechten Auges enthalten sind.

Abweichend zum Ergebnis des Gutachtens ging der behandelnde Facharzt von einem Verdacht auf beziehungsweise von einem milden Verlauf einer Retrobulbärneuritis mit Gesichtsfeldschädigung am rechten Auge im Jahr 2011 aus und stützte sich hierfür auf eigene, zeitlich auseinanderliegende Gesichtsfeldmessungen hinsichtlich beider Augen. Weiter hielt der behandelnde Augenarzt, der das Gesichtsfeld am rechten Auge im Mai und Juni 2011 sowie notfallmässig am 21. November 2011 untersucht hatte, im Bericht vom 27. Januar 2012 fest, es lägen ein vergrößerter blinder Fleck und möglichen beginnenden Skotome am rechten Auge vor. Mögliche Hinweise auf eine klinisch dokumentierte Veränderung des Zustandes des rechten Auges im Verlauf des Jahres 2011 sind daher nicht von der Hand zu weisen.

Bei dieser Sachlage hätte die IVSTA für die Vollständigkeit der Unterlagen sorgen müssen, damit eine fundierte und auf der Grundlage medizinischer Vorberichte basierte Expertise ermöglicht wird.

7.3 Als Zwischenfazit ist festzuhalten, dass das ophthalmologische Gutachten einen gewissen Beweiswert hinsichtlich der selber erhobenen Befundtatsachen und daraus gezogenen Schlussfolgerungen entfaltet. Jedoch sind darin die Vorakten sowie die abweichenden fachlichen Beurteilungen nicht hinreichend berücksichtigt und diskutiert worden, weshalb dem Gutachten nicht die von der Rechtsprechung vorgesehene volle Beweiskraft (vgl. E. 5.4 hiervor) zuzumessen ist.

7.4 Aus den medizinischen Unterlagen geht im Weiteren hervor, dass beim Beschwerdeführer – neben dem im Vordergrund stehenden Augenleiden – auch ein Herzleiden diagnostiziert sowie im Jahr 2011 ein Pleuratumor entfernt wurde (vgl. E. 6.5.5 – 6.5.10 hiervoor).

Der Gutachter, Dr. E. _____, Arzt für Orthoptik, hielt Nebendiagnosen betreffend das Herzleiden fest, wobei er – wie bereits festgehalten – keine Liste der vorhandenen Arztberichte als Grundlage für das Gutachten aufgeführt hat. Aus der gutachterlichen Anamnese geht hervor, der Beschwerdeführer sei eigenen Angaben zufolge ca. an einem Tag pro Woche wegen Vorhofflimmern weniger leistungsfähig, wobei seit der Implantation eines Pacemakers die Angst während dem Herzflimmern nachgelassen habe. In der aktenkundigen medizinischen Dokumentation finden sich Hinweise auf eine mehr oder weniger eingeschränkte Leistungsfähigkeit wegen eines Vorhofflimmerns (vgl. E. 6.5.6 und 6.5.8 hiervoor). Gemäss Bericht des Oberarztes für Rhythmologie vom 9. Februar 2011 (E. 6.5.8) wurde aufgrund des verhältnismässig geringen Leidensdrucks einer medikamentöse Therapie der Vorzug gegeben vor einer kathetertechnisch interventionellen Therapie. Daraus lassen sich noch keine Schlussfolgerungen über die Arbeitsfähigkeit ziehen. Insbesondere sind keine aktuellen Arztberichte betreffend den im Zuge der Gutachtenserstellung im Jahr 2015 neu vorgebrachten Einsatz eines Pacemakers aktenkundig. Diese Intervention wäre für eine zuverlässige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen gewesen, zumal sich aus den bis 2011 aktenkundigen Berichten ergibt, dass damals noch keine Veränderung des Leidens beziehungsweise der Leistungsfähigkeit vorlag, die zur Erwägung eines solchen medizinischen Vorgehens hätte führen können. Dementsprechend sind weitere Abklärungen zwingend vorzunehmen, um verlässliche Aussagen über die Einschränkung der Leistungsfähigkeit treffen zu können (– der Vollständigkeit halber sei angemerkt, dass der Gutachter lediglich eine augenärztliche Begutachtung abzugeben hatte [vgl. act. I 54] und nicht über eine Facharzttausbildung im Bereich der Kardiologie verfügt [vgl. Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1 mit Hinweisen]).

7.5 Bei dieser Sachlage kann für eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht nur auf das ophthalmologische Gutachten abgestellt werden. Das Ausmass der durch den Gesundheitsschaden bewirkten Arbeitsunfähigkeit ist zusätzlich gestützt auf aktuelle kardiologische Befunde festzulegen und bedingt das Vorliegen eines fachärztlich ausgewiesenen Leidens mit Krankheitswert. Dieses kann nicht anhand der aktenkundigen Vorberichte eruiert werden, da über den weiteren Krankheitsverlauf, der laut Angaben

des Beschwerdeführers zum Einsatz eines Herzschrittmachers geführt habe, keine Berichte vorliegen.

7.6 Als Zwischenergebnis kann festgehalten werden, dass dem Gutachten von Dr. E. _____ in der Beantwortung der Frage, ob aus ophthalmologischer Sicht Funktionseinschränkungen vorliegen, zwar ein beschränkter Beweiswert zukommt. Dies kann aber angesichts der ihm fehlenden augenärztlichen Befunde sowie der zusätzlich geltend gemachten Herzbeschwerden, die eine kardiologische Abklärung benötigen, keinen genügenden Aufschluss für die Beurteilung der Gesundheitsschäden und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bieten.

8.

8.1 Dr. Y. _____, Arzt für Allgemeinmedizin des medizinischen Dienstes der IVSTA, kam in der Prüfung des Gutachtens zum Schluss, die gutachterlich festgestellten Krankheiten seien anhand der fachärztlich erhobenen ausgeprägten Befunde nachvollziehbar festgestellt und bewertet worden.

8.2 Soweit ein Arzt des medizinischen Dienstes der IVSTA wie vorliegend nicht selber medizinische Befunde erhebt, sondern die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht würdigt, 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 medizinischen Dienstes 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 medizinischen Dienst erlaubten, sich ein einheitliches Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen, und ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Dienstes nachvollziehbar und schlüssig sind.

Vorliegend stützte sich der medizinische Dienst für seine Stellungnahmen auf das augenärztliche Gutachten. Wie weiter oben ausgeführt, kommt diesem nur ein begrenzter Beweiswert zu. Bei einer unvollständigen Aktenlage beruhte die Beurteilung des Experten darauf, es gebe keine Anhaltspunkte für die Diagnose eines Entzündungsschubs im Jahr 2011. Darauf aufbauend nahm er die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auftragsgemäss in

seiner Disziplin, der Ophthalmologie, vor, und schätzte die Arbeitsfähigkeit abweichend vom behandelnden Facharzt auf 50% in der angestammten Tätigkeit. Dieser ging aber zuletzt von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf aus. Der medizinische Dienst stellte sich in der Stellungnahme vom 8. März 2016 auf den Standpunkt, im Gutachten werde klar erläutert, warum die simultane Beobachtung mehrerer Bildschirme mit jeweils mehreren Fenstern als sehr hohe visuelle Anforderung zu einer Arbeitsunfähigkeit von 50% führe. Auf die Berichte des behandelnden Facharztes könne nicht abgestellt werden, da dieser die Aussage hinsichtlich der Frage der Zumutbarkeit relativiert habe. Dem medizinischen Dienst ist zuzustimmen, dass der behandelnde Facharzt die Schätzung der Arbeitsunfähigkeit wiederholt gerändert hat, ohne dies auf eine Änderung der objektiven Befunde zurückzuführen. Anfangs hat er den Beschwerdeführer zu 50% krankgeschrieben (vgl. E. 6.5.14 hiervor), da der Beschwerdeführer noch wichtige Arbeiten am Computer ausführen könne, jedoch mit einer verminderten Leistungsfähigkeit (vgl. in diesem Sinn auch die Berichte [E. 6.5.16 und 6.5.22]; sowie die Angaben des Hausarztes [E. 6.5.19], wonach er zunächst von 21. bis 28. November 2011 zu 100% arbeitsunfähig war [E. 6.5.12] und danach ab 1. Dezember 2011 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit vorlag). Später hat der behandelnde Facharzt mangels Zumutbarkeit von intensiven Arbeiten am PC die Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit auf 100% geschätzt (E. 6.5.24). Für Verweistätigkeiten hat er zunächst eine volle Arbeitsfähigkeit bei weniger PC-Arbeit angenommen (E. 6.5.16), im späteren Verlauf ging er von einer halbtägigen Arbeitsfähigkeit aus, bei normaler Bildschirmarbeit, wie sie im Büro durchgeführt werde (E. 6.5.24), beziehungsweise reduzierte er die Schätzung später nochmals auf eine Arbeitsfähigkeit von 40–50% für angepasste Tätigkeiten (E. 6.5.26). Bei der Würdigung der Berichte ist die Nähe zum Patienten einzubeziehen, weshalb hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht allein auf die Angaben des behandelnden Arztes abgestellt werden kann (vgl. E. 5.4 hiervor).

8.3 Hinsichtlich der Beurteilung der Auswirkung des Herzleidens kann mangels fachärztlicher Qualifikation nicht auf das ophthalmologische Gutachten abgestellt werden. Aus dem Gutachten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer zwar auf eine Leistungsbeeinträchtigung wegen eines Herzleidens hingewiesen hat, doch sind, wie weiter oben ausgeführt, keine ausreichend aktuellen beweiskräftigen kardiologischen Berichte aktenkundig, auf die sich der medizinische Dienst der Vorinstanz hätte stützen können. Bei den geltend gemachten Beschwerden kann ohne Abklärung, wie sich die Krankheit seit 2011 entwickelt hat, nicht auf das Fehlen eines die

Erwerbsfähigkeit einschränkenden Gesundheitsschadens geschlossen werden. Da das augenärztliche Gutachten nicht alle Bereiche der geltend gemachten Beschwerden abdecken konnte, hätte die IVSTA der vernehmlassungsweise vorgetragenen Ansicht ihres medizinischen Dienstes, wonach die Begutachtung durch einen Ophthalmologen umfassend genug sei, nicht folgen dürfen. Weil der medizinische Dienst seine Einschätzung ohne die Vornahme einer eigenen Untersuchung auf die hinsichtlich der Beurteilung der geltend gemachten Beschwerden beziehungsweise der Arbeitsfähigkeit unvollständigen medizinischen Berichte stützte, kann seinem Bericht keine ausreichende Beweiskraft zukommen. Ein lückenloser Befund bzw. ein feststehender medizinischer Sachverhalt liegt mithin nicht vor.

8.4 Angesichts der erwähnten Unklarheiten und der daraus folgenden Indizien, die gegen ein primäres Abstellen auf ein monodisziplinäres augenärztliches Gutachten sprechen, kann den Stellungnahmen des medizinischen Dienstes nicht gefolgt werden. Insgesamt betrachtet nahm dieser eine pauschale Einschätzung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers anhand des Gutachtens vor, obwohl dieses keine abschliessende Beurteilung des medizinischen Sachverhalts zulässt.

8.5 Zusammenfassend ist aufgrund der vorhandenen medizinischen Berichte der medizinische Sachverhalt und dessen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht rechtsgenügend erstellt. Damit kann nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b) beurteilt werden, inwieweit der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit und einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig ist. Unter diesen Umständen hätte sich die Vorinstanz nicht massgeblich auf das monodisziplinäre Gutachten, welches zudem ergänzungsbedürftig erscheint, respektive auf die diesbezügliche Prüfung des medizinischen Dienstes stützen dürfen, ohne weitere Abklärungen zur Beurteilung des Augenleidens und ohne kardiologische Abklärungen betreffend das Herzleiden und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorzunehmen.

9.

9.1 Im Interesse der Vollständigkeit ist zum Valideneinkommen Stellung zu beziehen, welches unter den Parteien bestritten wird. Die IVSTA stellte nicht auf den zuletzt erzielten Verdienst ab. Begründend führte sie aus, dass das Arbeitsverhältnis einer Befristung unterlegen und am 31. August 2012 beendet worden sei. Auch sei der damalige Verdienst nicht marktüblich, sondern überhöht gewesen. Unter Bezugnahme auf eine Eingabe der

Arbeitgeberin, die vom Beschwerdeführer bestritten wurde, ging die IVSTA davon aus, der marktübliche Lohn betrage Fr. 10'000.– bis 12'000.– pro Monat.

9.2 Hiergegen machte der Beschwerdeführer geltend, für die Bestimmung des Valideneinkommens sei auf seinen letzten Verdienst abzustellen. Es habe sich um ein unbefristetes Arbeitsverhältnis mit einer vereinbarten Mindestdauer gehandelt. Eventualiter sei auf den marktüblichen Lohn abzustellen, der für seine speziellen Tätigkeiten wesentlich höher liegen würde, als von der Arbeitgeberin angegeben worden sei.

9.3 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

9.4 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung stellt sich die Ermittlung der beiden hypothetischen Vergleichseinkommen als Tatfrage dar, soweit sie auf konkreter Beweiswürdigung beruht, hingegen als Rechtsfrage, soweit sich der Entscheid nach der allgemeinen Lebenserfahrung richtet. Letzteres betrifft etwa die Frage, ob Tabellenlöhne anwendbar sind, welches die massgebende Tabelle ist und ob ein leidensbedingter Abzug vorzunehmen sei (vgl. BGE 132 V 393 E. 3.3; BGer 9C_514/2016 vom 18. Januar 2017 E. 5.1).

9.5 Bezogen auf überdurchschnittliche Einkommen gewährt die IV als Erwerbsunfähigkeitsversicherung grundsätzlich nur Versicherungsschutz für eine übliche, normale erwerbliche Tätigkeit, was aber nicht ausschliesst, dass hohe – oder sehr hohe – Einkommen als Valideneinkommen berücksichtigt werden (vgl. U. KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 16 Rz. 43; Urteil des BGer 8C_671/2010 vom 25. Februar 2011). Massgeblich ist, dass ein überdurchschnittlich hoher Lohn mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weiterhin erzielt worden wäre (Urteile des BGer 8C_671/2010 vom 25. Februar 2011 E. 4.5.1; 9C_838/2016 vom 3. März 2017 E. 3.1).

9.6 Endet die Erwerbstätigkeit vor Entstehen des Rentenanspruchs nicht aus leidensbedingten Gründen, besteht mithin die Vermutung, dass die versicherte Person der letzten Erwerbstätigkeit, insbesondere wenn sie

über längere Zeit ausgeübt wurde oder sie der beruflichen Ausbildung entsprach, auch weiterhin nachgehen würde (vgl. BGer 8C_143/2009 vom 22. September 2009 E. 2.2.1 – 2.2.3).

9.6.1 Gemäss Aktenlage hat der Beschwerdeführer am 20. April 2012 ein IV-Rentenbegehren gestellt, weshalb nach Ablauf der Wartefrist frühestens ab Oktober 2012 vom Entstehen eines Rentenanspruchs ausgegangen werden kann (vgl. E. 4.3 hiavor). Bezüglich der bestrittenen Befristung des Arbeitsverhältnisses überwiegen die Hinweise, dass dieses am 31. August 2012 durch Zeitablauf endete und auch der Beschwerdeführer die entsprechende Vereinbarung so verstanden hat (vgl. vertragliche Vereinbarung und Arbeitgeberinformationen, act. II 78; Schreiben des Versicherten an die Krankentaggeld-Versicherung vom 13. Juni 2012 [E. 6.5.20 hiavor], worin er festhält, dass er aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkung seinen Arbeitsvertrag nicht erneuern konnte und sein Einsatz daher bis Ende August 2012 zeitlich beschränkt sei).

9.6.2 Vorliegend ist von der Vermutung auszugehen, dass der Beschwerdeführer auch nach dem 31. August 2012 ohne Gesundheitsschaden in seinem spezialisierten Tätigkeitsbereich verblieben wäre. Der Beschwerdeführer war über 20 Jahre ununterbrochen in der gleichen Branche tätig – zunächst bei einem Anbieter in Deutschland und ab Mitte 2007 bei der Arbeitgeberin in der Schweiz – davon zuletzt 14 Jahre in federführenden Positionen für einen hochspezialisierten Bereich (vgl. act. II 78). Aufgrund seiner langjährigen Tätigkeit ist es überwiegend wahrscheinlich, dass er – das Fehlen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung vorausgesetzt – wiederum derselben oder einer vergleichbaren Erwerbstätigkeit nachgehen würde. Diese Vermutung wird durch den Umstand, dass das letzte Arbeitsverhältnis durch Zeitablauf endete, nicht umgestossen (vgl. E. 9.6 hiavor). Hingegen kann aufgrund der Aktenlage nicht mit der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden (vgl. E. 9.5 hiavor), dass der zuletzt erzielte Verdienst von der Höhe her angemessen war (vgl. Arbeitgeberinformation, act. II 78). Die IVSTA erwog daher zu Recht, für die Festsetzung des Valideneinkommens auf den branchenüblichen Verdienst in einer vergleichbaren Position abzustellen. Dagegen wandte der Beschwerdeführer ein, die Vorinstanz habe sich hierfür auf unsubstanzierte Angaben der Arbeitgeberin gestützt (Fr. 10'000.– bis 12'000.– Monatsgehalt statt Jahreseinkommen von mehr als Fr. 280'000.–). In seinem spezialisierten Stellenprofil betrage der marktübliche Lohn mindestens Fr. 170'000.– bis 220'00.– pro Jahr.

9.6.3 Der erste befristete Arbeitsvertrag wurde für die Dauer von drei Jahren abgeschlossen (2007 – 2010) und im Jahr 2009 vor Fristablauf aufgrund der guten Zusammenarbeit bis 2012 verlängert (act. II 78/15). Selbst wenn man die von der Arbeitgeberin erwähnten Gründe in Betracht zieht (etwa Zeitdruck und das Abwerben aus einer gesicherten Position in eine befristete Tätigkeit), weshalb sie bereit gewesen sei, einen mehr als doppelt so hohen Lohn zu zahlen, als nach ihrem Ermessen üblich sei, erstaunt es, dass sie den Vertrag bei der Fristverlängerung zu denselben Konditionen aufrechterhalten hat. Der Einschätzung des Beschwerdeführers, ein mit ihm vergleichbarer Experte hätte am freien Markt im Jahr des Entstehens des Rentenanspruchs mindestens Fr. 170'000.– bis 220'000.– verdient, kann nicht zum Vorneherein die Relevanz abgesprochen werden. Gegen eine Festsetzung des hypothetischen Valideneinkommens allein aufgrund der unbelegten Angaben der Arbeitgeberin über den marktüblichen Lohn spricht, dass sie anlässlich der Erstellung eines neuen Vertrags bereit gewesen ist, weiterhin mehr als doppelt so viel zu zahlen. Auf ihre Angaben zum marktüblichen Lohn kann ohne weitere Nachforschungen nicht abgestellt werden. Bei dieser Sachlage überwiegt der Beweiswert der Angaben der Arbeitgeberin nicht die Vorbringen des Beschwerdeführers, auf dessen alleinige Angaben die Festsetzung des hypothetischen Valideneinkommens aber auch nicht abgestützt werden kann.

9.7 Zusammenfassend drängt sich der Schluss auf, dass die Vorinstanz noch nicht über genügend Angaben zur Festsetzung des Valideneinkommens verfügt und weitere Abklärungen für die Durchführung eines Einkommensvergleichs vorzunehmen sind. Es wird die Aufgabe der IVSTA sein – neben den medizinischen Abklärungen – die für die Beurteilung der Frage des der Arbeitsleistung angemessenen Lohnes notwendigen Erhebungen vorzunehmen (etwa durch Einholung von Lohnangaben bei anderen Firmen in der Schweiz). Auf die Einwände des Beschwerdeführers betreffend die Anwendung von Tabellenlöhnen zur Bestimmung des Invalideneinkommens und die Festsetzung eines Leidensabzugs ist nicht weiter einzugehen, da der Sachverhalt betreffend das Vorliegen eines IV-relevanten Gesundheitsschadens noch nicht hinreichend abgeklärt ist.

10.

10.1 Zusammenfassend erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt als nicht genügend abgeklärt. Angesichts der vorgebrachten gesundheitlichen Einschränkungen hat – wie vom Beschwerdeführer beantragt – eine umfassende Abklärung und Neuurteilung zu erfolgen. Der interdisziplinäre

Charakter der medizinischen Problemlage gebietet es, ein pluridisziplinäres Gutachten einzuholen, das berücksichtigt, dass der Beschwerdeführer ein Augenleiden und ein Herzleiden geltend gemacht hat. Ausserdem haben die Gutachter ihre jeweiligen Ergebnisse nach einem interdisziplinären Austausch in einer Gesamtwürdigung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers wiederzugeben. Namentlich haben die Gutachter bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die Befunde aller involvierten Fachrichtungen zu berücksichtigen, damit die vorgenommene Beurteilung als vollständig betrachtet werden kann. Aufgrund der eigens erhobenen Befunde ist das vorliegende Gutachten zwar teils beweiskräftig. Vorliegend reicht es aber nicht aus, eine Ergänzung vorzunehmen, indem dem Experten alle erforderlichen Unterlagen zur Beurteilung des Gesundheitsschadens und zur Auseinandersetzung mit der abweichenden Diagnosestellung des behandelnden Facharztes vorgelegt werden. Die letzte Befundaufnahme durch den externen Experten fand vor mehr als zwei Jahren und zehn Monaten statt, weshalb auch im augenärztlichen Bereich eine erneute, umfassende Begutachtung vorzunehmen ist, um mit aktuellen Befunden zu einer beweiskräftigen, interdisziplinären Gesamtwürdigung aller somatischen Gesundheitsschäden und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beizutragen.

10.2 Gemäss Art. 61 Abs. 1 VwVG entscheidet die Beschwerdeinstanz in der Sache selbst oder weist diese ausnahmsweise mit verbindlichen Weisungen an die Vorinstanz zurück.

10.2.1 Gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zu weiteren medizinischen Abklärungen an die Verwaltung zurückweisen. So drängt es sich auf, dass die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen medizinischen Sachverhalt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist.

10.2.2 Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist, oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1 ff.). Die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung litte empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit in jedem verfügbaren abgeschlossenen Sozialver-

sicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterliege (BGE 137 V 210 E. 4.2).

10.2.3 Vorliegend liegt ein ophthalmologisches Gutachten im Recht. Dabei ist der Bereich der kardiologischen Gesundheitsbeeinträchtigung und der hierzu geäußerten Beschwerden vollkommen unberücksichtigt geblieben. Da kein umfassendes, von der Vorinstanz eingeholtes Administrativgutachten vorliegt, das den medizinischen Sachverhalt vollständig feststellt und sich mit einer möglichen Wirkung der verschiedenen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit auseinandersetzt, ist die Angelegenheit zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. 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 rechts- erheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) abzuklären, auf das Gericht. Mit der Auslassung des Administrativgutachtens im Verwaltungsverfahren würde dem Versicherten zudem die Möglichkeit genommen, dieses später durch ein gerichtliches Obergutachten prüfen zu lassen.

10.2.4 Nach dem Gesagten ist die Sache zur ergänzenden Abklärung und Neubeurteilung an die IVSTA zurückzuweisen. Diese ist anzuweisen, in der Schweiz ein pluridisziplinäres Gutachten einzuholen. Dabei ist für die Beurteilung des Herzleidens ein Facharzt für Kardiologie sowie für die Augenleiden ein Facharzt für Ophthalmologie beizuziehen. Ob allenfalls weitere Spezialisten zu involvieren sind, wird in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz bzw. der Gutachter gestellt. Im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung werden die Gutachter insbesondere auch im Hinblick auf das Zusammenwirken der verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit vorzunehmen 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.).

Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder der Erhebung anderer Beweismassnahmen – etwa zur Frage des marktüblichen Lohns im Tätigkeitsfeld des Beschwerdeführers – ist daher abzusehen.

10.3 Zusammenfassend ist die Beschwerde insoweit 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. Die Vorinstanz ist anzuweisen, unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte sowie Beizug weiterer verfügbarer medizinischer Unterlagen eine interdisziplinäre fachärztliche Begutachtung des Gesundheitsschadens des Beschwerdeführers (insbesondere in kardiologischer und ophthalmologischer Hinsicht) sowie von dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorzunehmen. Im Weiteren sind Erhebungen zur Feststellung des Valideneinkommens notwendig (vgl. E. 9 hiervor). Anschliessend hat die Vorinstanz neu zu verfügen (Art. 61 Abs. 1 VwVG).

11.

11.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} i.V.m. Abs. 2 IVG). 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. 800.– ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

11.2 Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz (Art. 64 Abs. 1 VwVG, Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.– (inkl. Auslagen) angemessen (Art. 9 Abs. 1, Art. 10 Abs. 2 VGKE). Die Mehrwertsteuer ist vorliegend nicht geschuldet (Art. 1 Abs. 2 Bst. a i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG [SR 641.20]).

(Dispositiv nächste Seite)

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 3. Juni 2016 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur weiteren Abklärung und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– wird ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.– zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde; 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

Anna Wildt

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 hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: