

BVGer C-627/2015 vom 8. Februar 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-02-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-627_2015

FR: TAF C-627/2015 du 8 février 2017

IT: TAF C-627/2015 del 8 febbraio 2017

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

E. 1.2

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist.

E. 1.3

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die ihn betreffenden Verfügungen berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss rechtzeitig einbezahlt worden ist, ist auf sie einzutreten (Art. 60 ATSG, Art. 52 VwVG, Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 2.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Z. _____ im Land Hessen/Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71), und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des

Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

E. 2.2

Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004, haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitglied-staat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

E. 2.3

Laut Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Mitgliedstaats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger jedes anderen in Betracht kommenden Mitgliedstaats verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Mitgliedstaaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Letzteres ist mit Bezug auf das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz nicht der Fall. Eine entsprechende Regelung sahen bereits Art. 40 Abs. 4 und Anhang V der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vor.

E. 2.4

Der Träger eines Mitgliedstaats hat jedoch gemäss Art. 49 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 bzw. nach Art. 40 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 die von den Trägern der anderen Mitgliedstaaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte sowie die verwaltungsmässigen Auskünfte ebenso zu berücksichtigen, als wären sie in seinem eigenen Mitgliedstaat erstellt worden. Jeder Träger behält indessen die Möglichkeit, die antragstellende Person durch einen Arzt oder eine Ärztin seiner Wahl untersuchen zu lassen. Es besteht hingegen keine Pflicht zur Durchführung einer solchen Untersuchung.

E. 3

Der Beschwerdeführer hat sein Rentengesuch am 3. Juli 2007 bei der IV-Stelle Y. _____ (Schweiz) eingereicht. Nach Eingliederungsbemühungen der IV-Stelle Y. _____ überwies diese am 14. Juli 2009 die Akten an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland, welche am 30. Dezember 2014 die angefochtenen Verfügungen erliess. Einleitend ist daher zu prüfen, ob die Entscheide durch die zuständige Behörde gefällt worden sind.

E. 3.1

Die Zuständigkeit der IV-Stellen ist in Art. 55 IVG und Art. 40 IVV geregelt. Zuständig ist in der Regel die IV-Stelle, in deren Kantonsgebiet der Versicherte im Zeitpunkt der Anmeldung seinen Wohnsitz hat. Der Bundesrat ordnet die Zuständigkeit in Sonderfällen (Art. 55 Abs. 1 IVG). Nach Art. 40 Abs. 1 IVV ist zuständig zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet die Versicherten ihren Wohnsitz haben (Bst. a) oder für im Ausland wohnende Versicherte - unter Vorbehalt der speziellen Regelung für Grenzgänger gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV - die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (Bst. b). Gemäss Art. 40 Abs. 2 ist bei Grenzgängern die IV- Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet die Grenzgängerin oder der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in

der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IV-Stelle für Versicherte im Ausland erlassen. Laut Art. 40 Abs. 3 IVV bleibt die einmal begründete Zuständigkeit der IV-Stelle im Verlauf des Verfahrens erhalten.

E. 3.2

Der Beschwerdeführer hatte gemäss den Protokolleinträgen der IV-Stelle Y. _____ (Schweiz) bei Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens (Mai 2005) gesetzlichen Wohnsitz in der Schweiz und kehrte am Wochenende (wöchentlich/zweiwöchentlich) zu seiner Familie nach Z. _____ in Deutschland zurück. Am 6. Juli 2009 löste der Arbeitgeber (B. _____) in Y. _____ (Schweiz) den Arbeitsvertrag im gegenseitigen Einvernehmen per 31. Juli 2009 auf. Am 14. Juli 2009 überwies die IV-Stelle Y. _____ (Schweiz) gestützt auf ein Telefongespräch mit der IVSTA ihre Akten an letztere und teilte ihr mit, der Beschwerdeführer habe trotz Tätigkeit beim B. _____ seinen Lebensmittelpunkt in Deutschland bei der Familie behalten, er selber habe in Y. _____ (Schweiz) nur während der Woche gewohnt und seine Familie am Wochenende besucht. Einen Grenzgängerstatus verneinte sie in ihren Protokolleinträgen explizit (IV 1, 2, 6, 7). IV-Stelle Y. _____ (Schweiz) und IVSTA sind damit aufgrund der Akten zur Überzeugung gelangt, dass der Beschwerdeführer trotz gesetzlichen Wohnsitzes in der Schweiz weiterhin (überwiegenden) Wohnsitz im Ausland gehabt habe, weshalb die IVSTA für die weitere Bearbeitung des Gesuches zuständig sei.

E. 3.3

Gemäss höchstrichterlicher Praxis kann unter gewissen Umständen ein Wechsel der Zuständigkeit von der ursprünglich zuständigen kantonalen IV-Stelle auf die IV-Stelle für Versicherte im Ausland erfolgen, wenn prozessökonomische Gründe oder rechtliche Überlegungen für einen solchen Wechsel sprechen (vgl. Urteil BGer 9C_891/2010 vom 31. Dezember 2010 E. 2.2 m.w.H.; Urteil BVGer C-730/2009 vom 12. April 2011 E. 4.2 m.H.). Vorliegend können aufgrund dessen, dass sämtliche medizinischen Behandlungen seit 2005 ausnahmslos in Deutschland erfolgt sind, der Beschwerdeführer beabsichtigte, sich nach Auflösung des Arbeitsverhältnisses im Juli 2009 bei der deutschen Arbeitslosenversicherung anzumelden und primär in Deutschland eine neue Stelle zu suchen, die deutsche Rentenversicherung im Juni 2007 ein Rentenverfahren einleitete (IV 25, 80 S. 20) und sich eine Koordination mit dem deutschen Versicherungsträger aufdrängte, wofür die IVSTA die besseren Voraussetzungen aufweist (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 8/02 vom 16. Juli 2002 E. 2.4), sowie des Umstands, dass das weitere Abklärungsverfahren seit Mitte 2009 bis Ende 2014 von der IVSTA geführt wurde, prozessökonomische Gründe für den Zuständigkeitswechsel bejaht werden.

E. 3.4

Die Rechtsprechung erachtet die (von einer örtlich unzuständigen IV-Stelle erlassene) Verfügung in der Regel nicht als nichtig, sondern bloss als anfechtbar. Voraussetzung ist, dass die fehlende Zuständigkeit nicht gerügt wird und aufgrund der gegebenen Aktenlage in der Sache entschieden werden kann (Urteil BGer 9C_891/2010 E. 2.2; Urteil BVGer C-730/2009 E. 4.3). Vorliegend ist die Zuständigkeit seitens des Beschwerdeführers nicht bestritten worden und erweist sich die Aktenlage als genügend klar für einen Entscheid in der Sache, weshalb vorliegend - auch bei Annahme einer durch eine örtlich unzuständige

IV-Stelle erlassene Verfügung - der Zuständigkeitsmangel als geheilt erachtet und von einer Überweisung an die IV-Stelle Y. _____ (Schweiz) abgesehen werden kann.

E. 4.1

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 30. Dezember 2014) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329, BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den in Kraft stehenden Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Tatsachen, die den Sachverhalt seit dem Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Nach Verfügungserlass verfasste ärztliche Berichte können jedoch berücksichtigt werden, wenn sie (rückwirkend) Bezug auf den bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vorliegenden gesundheitlichen Zustand des Beschwerdeführers nehmen, somit mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und allenfalls geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. BGE 116 V 80 E. 6b).

E. 4.2

Da vorliegend Leistungsansprüche ab 1. Mai 2007 streitig sind, ist auf die Fassung des IVG gemäss den am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Änderungen (4. IV-Revision; AS 2003 3837) abzustellen. Soweit ein Rentenanspruch ab dem 1. Januar 2008 zu prüfen ist, sind weiter die mit der 5. IV-Revision zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Gesetzes- und Verordnungsänderungen (AS 2007 5129 und AS 2007 5155) und ab dem 1. Januar 2012 das IVG in der Fassung vom 18. März 2011 (AS 2011 5659; 6. IV-Revision/1. Massnahmenpaket) sowie die IVV in der entsprechenden Fassung der 6. IV-Revision anwendbar. Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) zu beachten. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität entsprechen den bisherigen von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1 ff.). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der 6. Revision des IVG und des ATSG vom 6. Oktober 2006 nichts geändert.

E. 4.3.1

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) sie gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 IVG).

E. 4.3.2

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). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; der

am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert [BGE 135 V 215 E. 7.3]).

E. 4.3.3

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 4.4

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden jedoch Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie - wie der Beschwerdeführer - in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

E. 4.5

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, welche ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

E. 4.6.1

Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

E. 4.6.2

Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen).

E. 4.6.3

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt

den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b; 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, S. 212, Rz. 450; vgl. auch BGE 122 V 162 E. 1d; 122 II 464 E. 4a; 120 Ib 224 E. 2b). Diese Praxis wurde vom Bundesgericht bestätigt (vgl. z.B. Urteil des BGer 8C_671/2014 vom 19. März 2015 E. 2 m.w.H.).

E. 4.7.1

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 dabei, 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 Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidsbedingt eingeschränkt ist. Im Vordergrund stehen dabei vor allem jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung bzw. von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des EVG I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 20 E. 2b).

E. 4.7.2

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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu Urteil des EVG I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). So ist den im Rahmen des im Verwaltungsverfahren 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 (vgl. dazu das Urteil des EVG vom 26. Januar 2006 [I 268/2005] E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a und weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine konkreten Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und 3b; 122 V 160 E. 1c; 123 V 178 E. 3.4 sowie Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 55).

E. 4.7.3

Nach der Rechtsprechung bestimmt sich der Beweiswert prognostischer Angaben zur Arbeitsfähigkeit im rechtlich massgebenden Beurteilungszeitpunkt danach, ob sie im Lichte der erhobenen medizinischen Befunde und Diagnosen sowie der vorher oder später erstatteten, beweiskräftigen Arztberichte nachvollziehbar, einleuchtend und konkret überzeugend sind und namentlich nichts für eine seitherige, objektive Verschlechterung des Gesundheitszustands spricht, welche ernsthafte Zweifel an der Richtigkeit der früheren Prognose respektive der ursprünglich zugemuteten Restarbeitsfähigkeit begründet (vgl. unveröffentlichtes Urteil des BGer I 783/06 vom 6. September 2007 E. 4 mit Hinweisen; Urteil des BVGer C-2573/2006 vom 8. Juli 2008 E. 8.1).

E. 5.1

Im vorliegenden Verfahren ist strittig, ob die Vorinstanz mit ihren Verfügungen vom 30. Dezember 2014 zu Recht den Anspruch auf eine ganze Invalidenrente ab 1. Mai 2007 verneint hat. Nicht angefochten hat der Beschwerdeführer die von der IVSTA am 11. Dezember 2014 erlassene Rentenverfügung, mit welcher diese dem Beschwerdeführer eine ganze Invalidenrente ab 1. Juli 2006 bis 30. April 2007 inklusive zwei ganze Kinderrenten zugesprochen hat.

E. 5.2

Die vorinstanzliche Prüfung der medizinischen Situation stützt sich auf folgende Akten (in chronologischer Reihenfolge der Vorakten): 26.04.2006: Arztbericht, Dr. S. F.c._____, Innere Medizin, ambulantes Herzzentrum V._____, Deutschland (110) 03.05.2006: Arztbericht, Dr. S. F.c._____, Innere Medizin, ambulantes Herzzentrum V._____, Deutschland (109) 11.07.2006: Arztbericht, Dr. S. F.c._____, Innere Medizin, ambulantes Herzzentrum V._____, Deutschland (108) 29.08.2006: Spiral-CT Thorax (119) 18.10.2006: Arztbericht, Dr. F.d._____, ambulantes Herzzentrum V._____, Deutschland (107) 17.11.2006: Vorläufiger Arztbericht Dr. [unleserlich], Kardiologische Fachklinik, X._____, an der W._____, Deutschland (122.1) 21.11.2006: Entlassungsbericht Dres. F.e._____, F.f._____, F.g._____, Kardiologische Fachklinik, X._____, an der W._____, Deutschland (31; 122.2) 05.01.2007: Entlassungsbericht Dr. M. F.h._____, Rehasentrum C._____, Klinik D._____, (28.15) 12.01.2007: Ärztlicher Entlassungsbericht, Rehasentrum C._____, Klinik D._____, (28.1; 120) 12.03.2007: Konsiliarbericht Dres. F.i._____, F.j._____,

F.k._____, Ambulanz für Schmerzbehandlung, Universitätsmedizin T._____, an Dr. F.l._____, Hausarzt, Z._____, Deutschland (29.1; 106) 05.06.2007: Konsiliarbericht Dres. F.i._____, F.j._____, F.k._____, Ambulanz für Schmerzbehandlung, Universitätsmedizin T._____ (D), an Hausärzte (30) 28.09.2007: Herzkatheterbericht Dr. F.m._____, Kardiologie (33.5; 118) 10.10.2007: Arztbericht Dr. F.l._____, Hausarzt (104.2) 08.11.2007: Entlassungsbericht Prof. Dr. F.e._____, Kardiologische Fachklinik, X._____ an der W._____, Deutschland (33.1; 121) 29.11.2007: Arztbericht Dres. F.n._____, F.l._____, an IV Y._____ (32) 13.12.2007: Stellungnahme Dr. A. F.o._____, Psychiatrie & Psychotherapie, RAD (erwähnt in 23.12) 28.12.2007: Ärztliches Gutachten Dr. S. F.p._____, V._____ (D), Innere Medizin, z.H. gesetzliche Rentenversicherung (25.1; 116.1) 28.12.2007: Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, Dr. F.p._____, V._____, Deutschland (25.8; 116.8) 12.06.2008: Neuropsychologisches Zusatzgutachten Dr. R. F.q._____, FA für Neurologie und Psychiatrie, E._____spital Y._____, Schweiz (23.31) 12.06.2008: Neurologisches Zusatzgutachten Dr. R. F.q._____, FA für Neurologie, E._____spital Y._____, Schweiz (23.35) 18.07.2008: Echokardiographie Kardiologie des E._____spitals Y._____, Schweiz (23.44/47; 101.4) 18.07.2008: Spiro-Ergometrie E._____spital Y._____, Schweiz (23.45/48; 101.5) 18.07.2008: Arztbericht Dr. M. F.r._____, Kardiologie, E._____spital Y._____ [CH], an Hausärzte (23.41; 101.1) 18.07.2008: Kardiologisches Teilgutachten Dr. M. F.r._____, E._____spital Y._____ [CH], an MEDAS (23.40) 04.09.2008: Arztbericht Hausärzte (102) 28.10.2008: MEDAS-Hauptgutachten, Dres. F.s._____, F.t._____, F.u._____, F.q._____, MEDAS Y._____, Schweiz (23.1) 17.02.2009: Magendiagnostik, Dr. R. von F.v._____, innere Medizin, S._____ (15; 100) 20.02.2009: Pathologisch-anatomische Begutachtung, Institut für Pathologie, Zytologie und molekulare Diagnostik, Antwort an Dr. R. von F.v._____ (16; 99) 01.04.2009: Stellungnahme RAD, Dr. A. F.o._____, Facharzt Psychiatrie/ Psychotherapie (19) 15.04.2009: Arztbericht Dr. A. F.w._____, Facharzt für Innere Medizin & Kardiologie, V._____, Deutschland (14; 98) 04.05.2009: Stellungnahme MEDAS Y._____ (17.1) 24.06.2009: Protokolleintrag IV Y._____, Schweiz, "FZI - Sachbearbeitung" (2.8): Rücksprache mit Orthopäden JPF/RAD 02.07.2009: Stellungnahme RAD, Dr. Th. F.a._____, Innere Medizin, zu Sternumsschmerzen (9) 15.07.2009: Arztbericht, Prof. Dr. G. F.x._____, Orthopädische Klinik R._____, Deutschland (97.1) 02.10.2009: Fachinternistisches Gutachten, Dr. M. F.y._____, Innere Medizin, Q._____, an Sozialgericht V._____, Deutschland (115) 02.11.2009: Neurologisch-psychiatrisches Gutachten, Prof. Dr. G. F.z._____, Neurologie & Psychiatrie, Psychotherapie, T._____ (D), z.H. Sozialgericht V._____, Deutschland (71; 114) 16.11.2009: Neurologischer Befund Dres. G.a._____, G.b._____, G.c._____ (erwähnt in 66.7) 18.11.2009: Arztbericht Dr. M. G.c._____, Neurologie (93) 15.12.2009: MRT Halswirbelsäule, Dr. G.d._____ (92) 21.12.2009: Kontrollbericht Dr. M. G.c._____, Facharzt Neurologie (91) 19.01.2010: MRT der Brustwirbelsäule, Dr. G.d._____ (69; 90) 29.01.2010: MRT der Lendenwirbelsäule, Dr. G.d._____ (70; 89) 14.04.2010: Laborberichte (112.27) 07.06.2010: Gutachten Dr. N. G.e._____, Allgemeinmedizin, S._____, an Sozialgericht V._____, Deutschland (66; 112) 21.06.2010: Stellungnahme Beschwerdeführer an Sozialgericht V._____, Deutschland (65): Stellungnahme zu Gutachten G.e._____ 16.07.2010: Stellungnahme Dr. M. F.y._____, Innere Medizin, Q._____ an Sozialgericht V._____, Deutschland (113) 29.07.2010: Stellungnahme Dr. T. F.a._____, RAD (64.2): Stellungnahme zu Gutachten G.e._____ 16.08.2010:

Neurologisch-psychiatrische Stellungnahme, Prof. Dr. G. F.z._____ an Sozialgericht V._____, Deutschland (111) 05.10.2010: Arztbericht Dr. A. F.w._____, zur Vorlage beim Sozialgericht V._____, Deutschland (88) 28.11.2013: Kardiologisches Teilgutachten G._____, Dres. B. G.f._____ und O. G.g._____ (148.89) 28.11.2013: Spiroergometrie (148.96) 28.11.2013: Lungenfunktionsprüfung (148.101) 03.12.2013: Neurologisches Teilgutachten G._____, Dres. J. M. G.h._____, D. G.i._____ (148.59) 09.12.2013: Pneumologisches Teilgutachten G._____, Dres. M. G.j._____, K. G.k._____, Prof. M. G.l._____ (148.92) 16.12.2013: Psychiatrisches Teilgutachten G._____, Dr. D. G.m._____ (148.49) 03.02.2014: Neuropsychologisches Teilgutachten G._____, G. G.n._____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, Dr. phil. S. G.o._____, Psychologin FSP (148.68) 14.03.2014: Hauptgutachten G._____, Dr. A. C. G.p._____, Facharzt für Allgemein- und Arbeitsmedizin, Umweltmedizin, fallführender Oberarzt G._____, Universitätsspital U._____, Schweiz (148): Untersuchungen vom 26.-29.11.2013. 30.03.2014: Stellungnahme Dr. W. F.b._____, medizinischer Dienst (153) 12.05.2014: Ergänzende Stellungnahme Dr. W. F.b._____, medizinischer Dienst (156; 158)

E. 5.3

Die Vorinstanz stützt sich in ihrer Beurteilung der Gesundheitssituation des Beschwerdeführers und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit primär auf die Beurteilung der Begutachtungsstelle G._____ in ihrem Gutachten vom 14. März 2014 und deren Bestätigung durch ihren medizinischen Dienst. Die Expertise vom 14. März 2014 wurde bei der G._____ in Auftrag gegeben, nachdem das Bundesverwaltungsgericht im Verfahren C-7279/2010 mit Urteil vom 15. Oktober 2012 (IV 80) festgehalten hatte, dass weder das Gutachten der MEDAS Y._____ (Schweiz) vom 28. Oktober 2008 (IV 23) noch die nachfolgende Beurteilung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) eine zuverlässige multidisziplinäre Gesamtbeurteilung sämtlicher Behinderungen und ihrer Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit enthielten. So sei das Leistungskalkül der MEDAS zum Zeitpunkt des Erlasses (6. September 2010 [IV 58]) bereits nicht mehr aktuell gewesen, fehle eine Darlegung des Verlaufs und der Verbesserung der Arbeitsfähigkeit als SAP-Berater seit Mai 2005, sei unklar, ab wann und mit welchem Verlauf Verweisungstätigkeiten zumutbar seien und sei ungenügend abgegrenzt worden, inwiefern die Arbeitsunfähigkeit auf das leichte Herzleiden und/oder eine erhebliche Selbstlimitierung bzw. geistig-psychische Überforderung und/oder den übermässigen Konsum von Opioiden (Tramal / Tramadol) und damit eine allfällige Opiatabhängigkeit zurückzuführen sei. Den Gutachtern hätten auch nicht alle Vorakten (insbesondere aus dem deutschen Rentenverfahren) vorgelegen. Unklar geblieben sei auch, ob die letzte Tätigkeit als geistig/psychisch überdurchschnittlich anspruchsvoll zu werten sei. Sodann beurteile das Gutachten von Prof. Dr. F.z._____ vom 2. November 2009 (IV 71) nur die Arbeitsfähigkeit ab dem 25. Juni 2007, sei dieses ohne Kenntnisnahme des Gutachtens der MEDAS Y._____ (Schweiz) erfolgt und weise keine interdisziplinäre Würdigung auf. Ebenso stelle das Gutachten von Dr. N. G.e._____ vom 7. Juni 2010 (nur) eine monodisziplinäre Expertise dar (IV 66) und sei unklar, ob diese auf einer vollständigen Anamnese (unter Kenntnisnahme sämtlicher relevanten medizinischen Vorakten) beruhe. Damit beruhe das Leistungskalkül des RAD auf einer Würdigung unzureichender medizinischer Akten, weshalb (sinngemäss) auch dessen Beurteilung keine volle Beweiskraft zukomme. Der Beschwerdeführer bestreitet die Beurteilung der Begutachtungsstelle G._____ insoweit, als am 11. Januar 2007 keine gesundheitliche

Verbesserung eingetreten sei und deshalb die Herabsetzung auf eine Dreiviertelsrente per 1. Mai 2007 nicht rechtens sei.

E. 5.4

Das Gutachten der G._____ (IV 80) gibt einleitend auf den Seiten 4 bis 18 umfassend die Vorakten aus dem schweizerischen und deutschen Rentenverfahren wieder; die vorliegend relevanten Gutachten und Stellungnahmen aus dem schweizerischen und deutschen Rentenverfahren (IV 23, 25, 31, 33, 66, 111, 113, 114, 115) sowie der Entlassungsbericht der Rehaklinik C._____ vom 12. Januar 2007, in welchem der Beschwerdeführer für seinen Arbeitsplatz als weiter vollschichtig arbeitsfähig beurteilt wurde (IV 28), sind darin enthalten. Nach eingehender Anamnese (jetziges Leiden, Sozialanamnese, Patientenanamnese, Familienanamnese, Zukunftsvorstellung des Exploranden) und Untersuchungen in den Fachbereichen Innere Medizin inkl. Laboruntersuchungen (Dr. A. C. G.p._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, Arbeitsmedizin und Umweltmedizin), Psychiatrie (Dr. D. G.m._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für HNO-Heilkunde), Neurologie (Dres. J. M. G.h._____ und D. G.i._____, Fachärzte für Neurologie), Neuropsychologie (Dr. phil. S. G.o._____, Psychologin FSP, Neuropsychologin, und lic. phil. I G. G.n._____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP), Kardiologie (Dres. B. G.f._____ und O. G.g._____, Fachärzte Kardiologie), Pneumologie (Dres. M. G.j._____, K. G.k._____ und M. G.l._____, Fachärzte für Pneumologie) hielten die Gutachter folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest: 1. leichte depressive Episode (F32.0); 2. chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41); 3. Abhängigkeitssyndrom für Opiode, gegenwärtig Substanzgebrauch unter ärztlicher Kontrolle (F11.24); 4. Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit narzisstischen und zwanghaften Mustern (Z73.1); 5. mittelschwere restriktive Ventilationsstörung bei Status nach atypischer Lungenteilresektion links bei chondromatösem Hamartom 11/2005 und Status nach ACVB-Operation 2005, mit leicht eingeschränkter Leistungsfähigkeit bezüglich der Arbeit und Sauerstoffaufnahme; 6. chronisches thorakales Schmerzsyndrom ES 2005 (R07.4) bei Status nach diaphragmalem Herzinfarkt 05/2005 bei koronarer 3-Gefäss-Erkrankung, bei Zustand nach arterio-koronarer Bypass-Operation 06/2005, koronarangiographisch 10/2006 guter Bypass-Status, bei Pseudarthrose des Sternums, bei Zustand nach Sterndraht-Entfernung 11/2006, klinisches Beschwerdebild mit mechanischem Schmerzmuster, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keiner Interkostal-Neuralgie entsprechend, und Opiat-Dauertherapie. Als weitere Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie: 1. koronare 3-Gefäss-Erkrankung bei Status nach inferiorem Myokardinfarkt mit TCA/Stent 05/2005, Status nach 3-fach AKB 06/2005 (LIMA auf RIVA, RIMA auf rPLD und distale RCX), anamnestisch letzte Koronarangiographie 2011 mit offenen Bypassen und ohne relevante Stenosierungen (Verengungen) in der Peripherie, kardiovaskuläre Risikofaktoren: arterielle Hypertonie und Hyperlipoproteinämie, transthorakale Echokardiographie vom 28.11.2013: LVEF (Ejektionsfraktion des linken Herzventrikels) 50% bei infero-basaler Akinesie, keine relevanten Vitien; 2. Anpassungsstörung (2008); 3. Zustand nach Karpaltunnelsyndrom beidseits ES ca. 1990 (G56.0), bei operativer Spaltung des Retinaculum flexorum beidseits (1992 oder 1993) mit anfangs gutem Effekt, Wiederauftreten eines semiologisch veränderten Taubheitsgefühls in den Händen beidseits, ohne Hinweis auf Rezidiv in der elektrophysiologischen Untersuchung (11/2009). In der Gesamtbeurteilung führten sie aus, der Beschwerdeführer habe im Mai 2005 einen Hinterwand-Myokardinfarkt erlitten, der mit PTCA-Stent versorgt

worden sei. Nachdem es zu einem Verschluss des/r Stents gekommen sei, sei im Juni ein Bypass bei koronarer 3-Gefäss-Erkrankung mit Hauptstammstenose durchgeführt worden. Wegen Thoraxschmerzen sei er vom 8. bis 18. November 2006 stationär im Herz- und Kreislaufzentrum X. _____ an der W. _____ (Deutschland) behandelt worden; eine Dyspnoe nach atypischer Lungen-Teilresektion des linken Unterlappens im November 2005 sei mitdiagnostiziert worden. Während des Aufenthalts seien die Sternaldrüsen am Brustbein chirurgisch entfernt worden. In der nachfolgenden Rehabilitation in C. _____ im D. _____ (14.12.2006 - 11.1.2007) sei erstmals ein ausgeprägter psychovegetativer Erschöpfungszustand diagnostiziert worden. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Informatik-Projektleiter sei er als vollschichtig leistungsfähig entlassen worden. Ein Wiedereingliederungsversuch zu 50% habe am 18. Mai 2007 gesundheitsbedingt abgebrochen werden müssen. Die thorakalen Schmerzen hätten weiterhin persistiert und seien in der Folge abgeklärt worden. Eine kardiale Ursache (mangelnde Gefässdurchblutung, progressive koronare Herzkrankheit (KHK) -Erkrankung) habe im September 2007 ausgeschlossen werden können; eine Opiat-Behandlung gegen die Schmerzen sei implementiert worden. In einem deutschen Gutachten vom 28. Dezember 2007 (IV 25) sei der Beschwerdeführer für leichte Bürotätigkeiten im Innendienst ohne übermässige Stressbelastung noch als vollschichtig arbeitsfähig beurteilt worden, aber nicht mehr als Projektleiter. Im nachfolgenden Gutachten der MEDAS Y. _____ (Schweiz) vom 28. Oktober 2008 (IV 23) sei die Ausübung einer angepassten Verweistätigkeit zu 6.8 Stunden pro Tag (verminderte Leistungsfähigkeit von 20% durch verlangsamte Bearbeitungsgeschwindigkeit) als zumutbar erachtet worden. Ein fachinternistisches Gutachten von Dr. M. F.y. _____ zuhanden des Sozialgerichts V. _____ (D) vom 2. Oktober 2009 (IV 115) habe eine Tätigkeit in einer Verweistätigkeit zu 6 Stunden täglich als zumutbar bejaht, unter Ausschluss einer psychiatrischen und neurologischen Beurteilung. Das neurologisch-psychiatrische Gutachten von Prof. Dr. G. F.z. _____ zuhanden des Sozialgerichts V. _____ (D) vom 2. November 2009 (IV 114) habe ebenfalls die Zumutbarkeit einer Verweistätigkeit zu 6 Stunden täglich ergeben; der Gutachter habe sogar Schicht- oder Akkordarbeit für möglich erachtet. Trotz gegenteiliger Beurteilung durch Dr. N. G.e. _____ in seinem allgemeinmedizinischen Gutachten vom 7. Juni 2010 zuhanden des Sozialgerichts V. _____ in Deutschland (IV 66), der den Beschwerdeführer als vollständig arbeitsunfähig erachtete, hielt der Arzt des RAD in seiner Beurteilung vom 29. Juli 2010 (IV 64 S. 2) an seiner bisherigen Einschätzung fest, wonach das Zumutbarkeitsprofil der MEDAS übernommen werden könne. Die Verfügung vom 6. September 2010, in welche diese Beurteilung eingeflossen sei, sei jedoch vom Bundesverwaltungsgericht mit Urteil vom 15. Oktober 2012 aufgehoben worden. In den Untersuchungen am Universitätsspital U. _____ (Begutachtungsstelle G. _____, Schweiz) seien in psychiatrischer Hinsicht die Kriterien für eine leichte depressive Episode erfüllt; eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren stehe jedoch im Vordergrund. Das konsequente Ausblenden von psychosomatischen Einflussfaktoren beim Exploranden führe zur Aufrechterhaltung und Chronifizierung der (vorhandenen) organisch bedingten Beschwerden. Es sei eine deutliche Kränkung infolge verwehrt gebliebenen beruflichen Aufstiegs im Jahre 2005 festzustellen, sowie eine Projektion seiner Wut auf die IV, die deutsche Rentenversicherung und die Gutachter. Er bleibe aber aufgeschlossen für den Hinweis auf die Nebenwirkungen seiner andauernden Behandlung mit Opiaten (Opiat-Abhängigkeit, chronische Verstopfung) und Betablocker (pulmonale Einschränkungen). Aus psychiatrischer Sicht seien deutliche Ressourcen

vorhanden, die ihn zu 80% arbeitsfähig qualifizierten, jedoch aufgrund seiner Persönlichkeitsakzentuierung nicht in einer leitenden Position. Aus neurologischer Sicht könne das chronische thorakale Schmerzsyndrom nur teilweise neurologisch erklärt werden. Eine Interkostal-Neuralgie (Nervenschmerzen der Brustwand) könne ausgeschlossen werden (infolge fehlenden segmentalen Charakters der Schmerzen, keine Missempfindungen, unterschiedliche/abweichende Beurteilungen durch Vorgutachter); wahrscheinlich sei die Pseudarthrose des Sternums (ausbleibender knöcherner Durchbau der Wunde am Brustbein) massgebliche Ursache für die geschilderten Beschwerden. Die Ergebnisse der neuropsychologischen Abklärungen seien vergleichbar mit denjenigen in der MEDAS Y._____ (Schweiz). Es bestehe eine leichte neuropsychologische Störung der Aufmerksamkeitsfunktionen. Dabei kämen die Defizite vor allem durch die Verlangsamung zustande, jedoch seien die Nebenwirkungen des MST (Arzneimittel auf Opium-Basis) nicht zu unterschätzen. In der kardialen Untersuchung ergäben sich keine Hinweise auf eine erneute kardiale Ischämie und eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. In der pneumologischen Begutachtung sei eine mittelschwere restriktive Ventilationsstörung festgestellt worden, dies bei Status nach atypischer Lungenteilresektion links wegen chondromatösem Hamartom (11/2005) und Status nach Bypass-Operation 06/2005. Der Sauerstoff-Austausch sei gut, die signifikante restriktive Ventilationsstörung werde als Kombination nach den wiederholten thorakalen Eingriffen (Eröffnung Brustkorb für Bypass-OP, Lungenteilresektion) gesehen. Die Leistungseinschränkung sei somit pulmonal, nicht kardial bedingt. Aufgrund der objektivierten Testbefunde, der Verhaltensbeobachtungen sowie der affektiven Situation mit hohen Anforderungen an sich selbst und verminderter Frustrationstoleranz sei der Beschwerdeführer in einer Verweistätigkeit in der Lage, ein Arbeitspensum von 80% zu bewältigen; die zuletzt ausgeübte Funktion als Projektleiter für Informatikprojekte, die einen relativ hohen Verantwortungsgrad aufweise und geistig-psychisch anspruchsvoll sei, sei nicht mehr zumutbar. Dies entspreche der Beurteilung im neuropsychologischen Gutachten der MEDAS Y._____ (Schweiz) vom 12. Juni 2008 (IV 23 S. 31) und dem Gutachten von Dr. F.p._____ aus V._____ (D) vom 28. Dezember 2007 (IV 25). Eine zusätzliche Einschränkung um 10% ergebe sich aus der verminderten Belastbarkeit bei Schmerzen, erhöhter Ermüdung und Verlangsamung. Somit sei der Beschwerdeführer bis auf weiteres zu 0% arbeitsfähig als Projektleiter im SAP-Programm, dies vorwiegend aufgrund der psychiatrischen, neuropsychologischen und neurologischen Diagnosen. In einer leichten Verweistätigkeit mit der Möglichkeit zu Wechselbelastung bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80%. Wegen verminderter Belastbarkeit bei Schmerzen, erhöhter Ermüdung und Verlangsamung sei das Arbeitsleistungsvermögen zusätzlich um 10% eingeschränkt (Arbeitsleistung von 70% [bezogen auf ein Pensum von 100%] bei Präsenz von 80%). Diese Arbeitsfähigkeit gelte seit dem Zeitpunkt des vorliegenden Gutachtens. Eine Änderung des Gesundheitszustandes habe sich seit 2008 (Datum des Gutachtens der MEDAS Y._____, Schweiz) nicht ergeben.

E. 5.5

Die Expertise der Begutachtungsstelle G._____ erweist sich als für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, ist in eingehender Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten sind begründet (vgl. E. 4.7.2). Ihr ist daher volle Beweiskraft für die medizinischen und

arbeitsmedizinischen Feststellungen zuzurechnen. Der medizinische Dienst der IV-Stelle hat sich in seiner Stellungnahme der Beurteilung der Gutachter angeschlossen und präzisierend ausgeführt, es bestehe eine (volle) Arbeitsunfähigkeit seit Mai 2005 in der bisherigen Arbeitsstelle und eine Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten von 70% spätestens seit 11. Januar 2007 (Datum des Abschlusses der Rehabilitation im Reha-Zentrum C._____, Klinik D._____.). Als Verweistätigkeiten führte er an: alle administrativen Tätigkeiten im kaufmännischen Bereich, Handel, Beratung, auch Informatiktätigkeiten ohne Führungsverantwortung (IV 153).

E. 5.6

Der Beschwerdeführer rügt, die Beurteilung der Gutachter, wonach ab 11. Januar 2007 eine Besserung eingetreten sei (die eine Verweistätigkeit von 70% zulasse), könne aus den Akten nicht entnommen werden. Nachfolgend ist deshalb zu prüfen, ab wann von einer Ausübung einer angepassten Verweistätigkeit ausgegangen werden kann.

E. 5.6.1

Die vorgenannte Beurteilung stützt sich ab auf den Ärztlichen Entlassungsbericht des Reha-Zentrums C._____, Klinik D._____, vom 12. Januar 2007 (IV 28 S. 1). Darin werden in Ziff. 7 die Rehabilitationsdiagnosen koronare 3-Gefäß-Erkrankung mit Hauptstammstenose, Zustand nach Hinterwandmyocardinfarkt (05/2005), Zustand nach PTCA/Stent (05/2005) und Bypass-OP (06/2005), ausgeprägter psychovegetativer Erschöpfungszustand, Anpassungsstörung, Zustand nach Sternaaldrähtentfernung am 14. November 2006, Lungenteilresektion linker apikaler Unterlappen (11/2006 [recte: 11/2005]), myostatisches HWS-/BWS-/LWS-Syndrom sowie kombinierte Hyperlipidämie festgehalten. Aufgrund der eingehenden Befunderhebung (klinische Untersuchung in den Bereichen Innere Medizin und Orthopädie), Diagnostik (in den Bereichen Kardiologie, Pneumologie, Labor, Psychosomatik/Psychologie) und der Rehabilitationstherapie während stationärer Behandlung des Beschwerdeführers vom 14. Dezember 2006 bis 11. Januar 2007 hielten die Ärzte fest, die kardiopulmonale Leistungsfähigkeit habe gesteigert werden können (Ergometertraining mit 80-90 Watt während 25 Minuten möglich), die Blutdruckwerte seien günstig, die Lipidstoffwechselstörung sei mit einer Therapie mit Ezetrol (Arzneimittel zur Senkung des Cholesterinspiegels) angegangen worden. Psychovegetativ habe sich der Patient etwas stabilisiert und Entspannungsverfahren im Umgang mit Schmerzen erlernt. Die Rehabilitationsziele seien diesbezüglich aber nur teilweise erreicht, weil noch keine zufriedenstellende psychovegetative Stabilisierung erreicht worden sei. Die Schmerzen im Bereich der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule hätten gelindert werden können. Im Vergleich zur Aufnahmeuntersuchung habe sich die Beweglichkeit verbessert. Auch die paravertebralen Muskelverspannungen hätten gelockert werden können. Es bestehe kein paravertebraler Druckschmerz mehr, jedoch bestünden noch Beschwerden im Thoraxbereich. Damit sei der Patient in seiner bisherigen Tätigkeit als Informatik-Projektleiter mit den für seinen Arbeitsplatz unter Punkt 5.3 beschriebenen Anforderungen (Arbeitszeit 44-60 Stunden pro Woche, Fahrstrecken um 100'000 km pro Jahr, alle 2 Wochen vom Wohnort zur Arbeitsstelle (von V._____[D] nach Y._____[CH]), Tätigkeit überwiegend im Sitzen, am Bildschirm, hohe Verantwortung, öfters Tragen von Laptop, Gewicht: 10-12 kg, erhöhte Stressbelastung, zum Teil Mobbing am Arbeitsplatz, Zufriedenheit mit der Arbeit bejaht) weiter vollschichtig leistungsfähig. Dies entspreche auch der Selbsteinschätzung des Patienten. Eine stufenweise Wiedereingliederung sei - beginnend ab 15. Januar 2007 - in die Wege geleitet worden.

E. 5.6.2

Bezüglich des Datums, ab wann eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit eingetreten sei, enthält das nach der Entlassung aus der Rehabilitation erstellte Gutachten der MEDAS in Y._____ (Schweiz) keine Hinweise. Festgehalten ist dazu, dass sämtliche Gutachter übereinstimmend den Versicherten für körperlich nicht belastende, hauptsächlich im Sitzen auszuübende Tätigkeiten mit durchschnittlicher Anforderung an die geistigen Fähigkeiten oder die psychische Belastbarkeit für einsatzfähig halten. Damit schlossen sich die Gutachter der MEDAS der Einschätzung des auswärtigen Vorgutachtens Dr. F.p._____ vom 28. Dezember 2007 an (IV 23 S. 26). Seit Ende Mai 2005 habe eine medizinisch begründete volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Der Grad der Arbeitsfähigkeit habe sich seither verbessert. Der Versicherte könne seine Fähigkeiten in jeder beliebigen Bürotätigkeit ohne höhere Verantwortung verwerten. Der Arbeitsplatz sollte keine besonderen Anforderungen an die Stresstoleranz und die psychische Belastbarkeit stellen. Zumutbar seien ihm 6.8 Stunden pro Tag (80% eines Normarbeitstages). Die Leistungsfähigkeit sei durch die verlangsamte Bearbeitungsgeschwindigkeit um 20% vermindert (S. 27 f.). Auch der ergänzenden Stellungnahme der MEDAS-Gutachter vom 4. Mai 2009 (IV 17) ist nicht zu entnehmen, ab wann die im neuropsychologischen Zusatzgutachten vom 12. Juni 2008 (mit der geringen Bearbeitungsgeschwindigkeit) begründete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 80% gilt.

E. 5.6.3

In der Folge blieb umstritten, ob der Beschwerdeführer infolge Verdachts auf Instabilität seines Sternums arbeitsfähig sei oder nicht (s. Protokolleintrag der IV-Stelle Y._____ (Schweiz) vom 24. Juni 2009 [IV 2 S. 8] und Stellungnahme der Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes vom 2. Juli 2009 [IV 9]: "Festhalten an der Beurteilung des MEDAS - Gutachtens [80% Pensum, zusätzliche Leistungseinbusse von 20%, Anpassen der Tätigkeit in eine körperlich leichte, vorwiegend sitzende Arbeit ohne grosse Verantwortung und Stress]"). Noch in der Aktenüberweisung an die IVSTA vom 14. Juli 2009 hielt die IV-Stelle Y._____ (Schweiz) fest, der Versicherte sei seit dem 10. Juli 2006 arbeitsunfähig geschrieben. Den beiliegenden Unterlagen könne die IVSTA die Abklärung des Zumutbarkeitsprofils durch die IV-Stelle Y._____ (Schweiz) entnehmen. Sie sei zum Schluss gekommen, dass der Versicherte bei einem IV-Grad von 34% nicht rentenberechtigt sei (IV 1).

E. 5.6.4

Im fachinternistischen Gutachten an das Sozialgericht V._____ (D) vom 2. Oktober 2009 erachtete Dr. M. F.y._____ den Versicherten seit April 2009 als zu mindestens 6 Stunden täglich arbeitsfähig. Dem neurologisch-psychiatrischen Gutachten von Prof. Dr. G. F.z._____ vom 2. November 2009 ist aus seiner fachspezifischen Beurteilung ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 6 Stunden täglich in angepasster Verweistätigkeit zu entnehmen, jedoch ohne Angaben eines Zeitpunktes (IV 71).

E. 5.6.5

Mit Vorbescheiden vom 5. Februar 2010 und 24. August 2010 teilte die IVSTA bzw. die IV-Stelle Y._____ (Schweiz) mit, in medizinischer theoretischer Sicht sei die Ausübung einer körperlich leichten bis mittelschweren, geistig und psychisch durchschnittlich anspruchsvollen Tätigkeit ohne höhere Verantwortung während 6.8 Stunden täglich (80%) zumutbar (IV 49, 63). Angaben zum Zeitpunkt, ab wann diese Beurteilung gelte, sind den

Vorbescheiden nicht zu entnehmen.

E. 5.6.6

Auch weder das Gutachten von Dr. N. G.e. _____ vom 7. Juni 2010 (IV 66) noch die Stellungnahmen des Gutachters Dr. M. F.y. _____ (IV 113), der RAD-Ärztin Dr. T. F.a. _____ vom 29. Juli 2010 (IV 64) und des Gutachters Prof. Dr. G. F.z. _____ vom 16. August 2010 (IV 111) enthalten Hinweise auf den Zeitpunkt des Beginns ihrer Arbeitsfähigkeitsschätzung.

E. 5.6.7

Der angefochtenen Verfügung vom 6. September 2010 ist einzig zu entnehmen, dass im Einkommensvergleich das Valideneinkommen auf das Jahr 2007 aufindexiert wurde und entsprechend der Praxis der IV-Stellen daraus zu schliessen ist, dass die Vorinstanz von einer möglichen Anspruchsberechtigung seit dem Jahre 2007 ausging. Worauf sich dies abstützt und ab welchem Datum im Jahre 2007 von dieser Beurteilung auszugehen ist, ist jedoch weder aktenkundig noch nachvollziehbar, wie die bisherigen Ausführungen zeigen.

E. 5.6.8

Wie in E. 5.4 bereits dargelegt wurde, ist dem im Anschluss an das Rückweisungs Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 15. Oktober 2012 erstellten polydisziplinären Gutachten in der G. _____ vom 14. März 2014 zu entnehmen, dass die Arbeitsfähigkeit von 70% "ab dem Zeitpunkt des vorliegenden Gutachtens" gelte. Die Gutachter haben den Zeitpunkt des 11. Januar 2007 nicht diskutiert. Dr. W. F.b. _____ des medizinischen Dienstes bestätigte in seiner Stellungnahme vom 30. März 2014 (IV 153) erstmals den Zeitpunkt von Januar 2007. Hierzu führte er aus, die G. _____-Ärzte hätten die seit Mai 2005 bestehende volle Arbeitsunfähigkeit als Informatikspezialist, unterbrochen durch einen kurzen, misslungenen Integrationsversuch an der gleichen Arbeitsstelle mit etwas geänderten Aufgaben, bestätigt. Hingegen werde auch eine erhebliche Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten bestätigt, die Beurteilung weiche nur wenig von der MEDAS-Beurteilung aus dem Jahre 2008 ab. "In solchen Verweistätigkeiten ergibt sich aufgrund des Aktenstudiums demnach folgender Verlauf der Arbeitsunfähigkeit: 70% arbeitsunfähig ab Mai 2005 (Herzinfarkt, Bypass-Operation), 30% arbeitsunfähig seit s p ä t e s t e n s 11. Januar 2007 (Abschluss stationäre Reha in D. _____ klinik)."

E. 5.6.9

Diese Beurteilung wurde unverändert auf die nachfolgenden Entscheidungen der Vorinstanz übertragen: Mit Vorbescheid vom 15. Juli 2014 und gleichlautender Begründung der Verfügungen vom 11. und 30. Dezember 2014 (IV 157, 162, 164 S. 5, 166-168 je S. 5) führte die Vorinstanz aus, die Arbeitsunfähigkeit bei einer leichteren, dem Gesundheitszustand besser angepassten Tätigkeit liege bei 70% ab 1. Mai 2005 und 30% ab 11. Januar 2007, was zu einer Erwerbseinbusse von 70% ab 1. Mai 2005 und 63% ab 11. Januar 2007 führe. Ab 11. Januar 2007 (Abschluss stationäre Reha in der D. _____ klinik) sei wieder eine dem Gesundheitszustand angepasste Tätigkeit zumutbar, womit ab 1. Mai 2007 nur noch Anspruch auf eine Dreiviertelsrente bestehe.

E. 5.6.10

Wie jedoch die ab E. 5.6.1 erwähnten Beurteilungen aufzeigen, sind die verschiedenen Gutachter und die die Arbeitsfähigkeit beurteilenden Ärzte in ihrer Würdigung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit in angepasster Verweistätigkeit nicht durchwegs zu

denselben Schlüssen gelangt. Die G. _____ hat zwar in ihrer Expertise wiederholt darauf hingewiesen, dass sich seit der Beurteilung durch die MEDAS Y. _____ (Schweiz) im Jahre 2008 in gesundheitlicher Sicht keine Veränderungen ergeben hätten. Jedoch wurde einerseits die Beurteilung der MEDAS Y. _____ (Schweiz) insbesondere hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit vom Bundesverwaltungsgericht im Verfahren C-7279/2010 als nicht schlüssig beurteilt und kann somit darauf nicht ohne weiteres abgestellt werden. Andererseits weicht die G. _____ in ihrer Beurteilung des Grades der Restarbeitsfähigkeit von der Beurteilung der MEDAS bewusst ab (vgl. E. 5.4) und führt in der Gesamtbeurteilung zudem explizit an, diese Arbeitsfähigkeit gelte seit dem Zeitpunkt des vorliegenden Gutachtens. Damit ist erstellt, dass die Beurteilung, wonach ab 11. Januar 2007 eine Arbeitsfähigkeit von 70% bestehe, allein auf der Aktenbeurteilung von Dr. W. F.b. _____ beruht und in den verschiedenen Gutachten keine Stütze findet (zur Beweiskraft von Aktengutachten der Versicherungsärzte vgl. E. 4.7.2). Hinzu kommt, dass das Rehasentrum C. _____ den Beschwerdeführer am 11. Januar 2007 mit folgender Beurteilung entlassen hat: "Der Patient kam arbeitsunfähig zur Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und wurde arbeitsunfähig entlassen. Eine stufenweise Wiedereingliederung wurde beginnend ab 15.01.2007 in die Wege geleitet." (IV 28 S. 12 Ziff. 10 "Sozialmedizinische Epikrise"). Dr. F.b. _____ hat sich in seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit weder zur Entlassung des Beschwerdeführers als Arbeitsunfähiger noch zur (aus Sicht der Gutachter) notwendigen Wiedereingliederung geäußert. Seiner Beurteilung ist daher der Beweiswert abzusprechen.

E. 5.7

Bei dieser Sachlage steht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer ab 11. Januar 2007 in einer angepassten Verweistätigkeit zu 70% arbeitsfähig war. Damit kann auch die daraus folgende Abstufung, wonach der Beschwerdeführer in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV ab 1. Mai 2007 nur noch Anspruch auf eine Dreiviertelrente habe, nicht bestätigt werden. Dem Gutachten der Begutachtungsstelle G. _____, welches volle Beweiskraft aufweist (E. 5.5), ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer "mit dem Datum des Gutachtens" als zu 70% arbeitsfähig zu beurteilen sei (IV 148 S. 39). Sachgemäss ist für den Zeitpunkt der Änderung des Arbeitsfähigkeitsgrades auf den Zeitpunkt der persönlichen Untersuchung im Begutachtungszentrum (26.-29. November 2013) und nicht auf den späteren Zeitpunkt der Schlussredaktion des Gutachtens (März 2014) abzustellen, zumal die klinische Untersuchung im Begutachtungszentrum als Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit dient und dazu nicht auf den (willkürlichen) Zeitpunkt der Konsensbesprechung durch die Gutachter und die Schlussredaktion abzustellen ist. Damit erweist sich, dass eine Rentenherabsetzung (unter Berücksichtigung der Ausführungen zum Einkommensvergleich in E. 6) drei Monate ab Eintreten der Änderung d.h. vorliegend ab März 2014 zu berücksichtigen ist. Bis dahin hat der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung.

E. 6

Abschliessend sind der Einkommensvergleich und der ermittelte Invaliditätsgrad zu überprüfen.

E. 6.1

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b; ZAK 1990 S. 518 E. 2). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserslass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

E. 6.2

Der Beschwerdeführer rügt in seiner Replik vom 12. Mai 2015, die Vorinstanz habe in unzulässiger Weise einen neuen Einkommensvergleich erstellt und für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf die Tabellenwerte der LSE 2012 abgestellt (B-act. 8). Dieses Vorgehen ist im Ergebnis in Anbetracht dessen, dass vorliegend neu eine Abstufung des Arbeitsfähigkeitsgrades per November 2013 erfolgt, die gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ab März 2014 zu berücksichtigen ist, und bei der Berechnung des Invaliditätsgrades folgerichtig auf die neuesten Tabellenwerte (LSE 2012 unter Aufindexierung bis 2014) abzustellen ist, nicht zu kritisieren.

E. 6.3

Als Validenlohn berücksichtigte die Vorinstanz per 2013 ein Einkommen von Fr. 143'033.- jährlich, Fr. 11'919.42 monatlich, das in der Replik nicht bestritten wurde. Da die Einkommen auf zeitlich identischer Grundlage zu erheben sind und der Rentenanspruch per März 2014 eine Änderung erfährt, wird das per 2013 ermittelte Einkommen bis 2014 aufindexiert (Index 2013: 2'204; 2014: 2'220). Daraus ergibt sich neu ein Valideneinkommen von jährlich Fr. 144'071.35 ($\text{Fr. } 143'033 / 2'204 * 2'220$) und monatlich Fr. 12'005.95 (gerundet Fr. 12'006.-).

E. 6.4.1

Zur Bestimmung des Invalidenlohns bediente sich die Vorinstanz der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE). Da der Beschwerdeführer im Verfügungszeitpunkt keine zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen und deshalb kein konkret bestimmbarer Invalidenlohn vorgelegen hat, ist dieses Vorgehen nicht zu beanstanden (BGE 135 V 297 E. 5.2) und auch nicht bestritten worden. Die Berechnung mittels eines arithmetischen Mittelwerts verschiedener Medianwerte führt jedoch nicht zu verwertbaren statistischen Daten, wie auch das Bundesgericht mit Urteil vom 16. August 2013 (8C_192/1023 E. 7.2.2) erkannte. Der Invalidenlohn ist deshalb neu zu bestimmen.

E. 6.4.2

Aufgrund der konkreten Ausbildungssituation des Beschwerdeführers, der Unzumutbarkeit des Verbleibs im erlernten Beruf sowie der als zumutbar erachteten Verweistätigkeiten (gemäss den beiden MEDAS-Gutachten: leichte Arbeiten in Wechselbelastung ohne geistig und psychisch überdurchschnittlich anspruchsvolle Tätigkeiten, ohne höhere Verantwortung; gemäss Dr. W. F.b. _____ des medizinischen Dienstes: administrative Tätigkeiten im kaufmännischen Bereich, Handel, Beratung, auch Informatiktätigkeiten ohne Führungsverantwortung) rechtfertigt es sich, vom Medianwert für Männer im Anforderungsniveau 4 auszugehen (LSE 2012, Tabelle T1 "Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen", Medianwert für Tätigkeiten auf dem Anforderungsniveau 4, Männer, ohne Kaderfunktion: Fr. 6'088.-), zumal die Vorinstanz im Einkommensvergleich vom 17. März 2015 selber einräumte, es seien nicht alle Tätigkeiten auf dem Kompetenzniveau 3 zumutbar (B-act. 6 Beilage 1). Korrigiert auf eine durchschnittliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden/Woche im Jahre 2014 ($6'088 / 40 * 41.7 = 6'347$) und aufindexiert auf das Jahr 2014 (2012: 2'188, 2014: 2'220) ergeben sich Fr. 6'440.-, die bei einer Arbeitsfähigkeit von 70% in der Höhe von Fr. 4'508.- zu berücksichtigen sind.

E. 6.4.3

Ein behinderungsbedingter Abzug bis zu 25% vom ermittelten Medianlohn wird gewährt, wenn die verbleibende Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichen Erfolg verwertet werden kann (BGE 126 V 75 E. 5.b.aa; BGE 134 V 322 E. 5.2). Zum Zeitpunkt der Verfügungen war der Beschwerdeführer 58 Jahre alt, was nicht von vornherein für die Gewährung eines Leidensabzugs spricht (vgl. Urteil des BGer 8C_477/2016 vom 23. November 2016 E. 4.2) Der verminderten Belastbarkeit bei Schmerzen, erhöhten Ermüdung und Verlangsamung ist bereits bei der Festlegung des zumutbaren Grades der Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten Rechnung getragen worden, wie die Vorinstanz zutreffend festhält; dies ist hier nicht noch einmal zu berücksichtigen (Urteil des BGer 8C_234/2007 vom 14. November 2007 E. 4.3). Der Umstand, dass vorliegend nur noch eine Teilzeitbeschäftigung zu 70% möglich ist, kann im Rahmen des Leidensabzugs berücksichtigt werden. Die Vorinstanz hat vorliegend einen Leidensabzug von 15% vorgenommen, was in Anbetracht der obigen Ausführungen als eher grosszügig zu erachten ist, aber im Ermessen der Vorinstanz (BGE 132 V 393 E. 3.3) liegt und keine Rechtsfehlerhaftigkeit zu erkennen ist.

E. 6.4.4

Der massgebende Invalidenlohn ist nach diesen Erwägungen auf Fr. 4'508 - 15% = Fr. 3'832.- festzulegen.

E. 6.5

Der Invaliditätsgrad nach der allgemeinen Methode ist aus dem Verhältnis des Validenlohns von Fr. 12'006.- zum Invalidenlohn von Fr. 3'832.- zu bestimmen. Der Minderverdienst beträgt demnach Fr. 8'174.-, entsprechend 68.08%, gerundet 68% ($100 / 12'006 * 8'174$). Damit ist der mit Vernehmlassung vom 25. März 2015 ermittelte Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (die Vorinstanz hat in ihrem Einkommensvergleich einen Einkommensverlust von 68'57% errechnet) im Ergebnis zu bestätigen, dessen Beginn jedoch in Berücksichtigung der Ausführungen in E. 5 auf den 1. März 2014 festzulegen.

E. 7

Somit ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und dem Beschwerdeführer in "Zusprache der gesetzlichen Leistungen" ab 1. Mai 2007 (weiterhin) eine ganze Invalidenrente

zuzusprechen. Die ganze Rente ist bis Ende Februar 2014 zu befristen und ab dem 1. März 2014 auf eine (unbefristete, vorbehältlich ihrer Revision) Dreiviertelrente herabzusetzen. Dem Beschwerdeführer sind die Rentenbetroffene nachzuzahlen, unter Berücksichtigung allfälliger Zinszahlungen gemäss Art. 26 Abs. 2 ATSG. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

E. 8

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 8.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 und Abs. 3 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Dem Beschwerdeführer sind im Rahmen seines teilweisen Obsiegens reduzierte Verfahrenskosten von Fr. 200.- aufzuerlegen. Der Betrag wird aus dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen und die Restanz von Fr. 200.- dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils auf ein von ihm bekannt zu gebendes Konto zurückerstattet. Der teilweise unterliegenden Vorinstanz sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

Dem Beschwerdeführer ist in der Höhe seines teilweisen Obsiegens eine reduzierte Parteientschädigung zulasten der Vorinstanz zuzusprechen, die vorliegend mangels Einreichen einer Kostennote pauschal auf Fr. 1'400.- inklusive Auslagen und exklusive MWST, welche nicht geschuldet ist (Art. 1 Abs. 2 Bst. a des Mehrwertsteuergesetzes [MWSTG, SR 641.20] i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE), festzulegen ist (Art. 64 VwVG und Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2] e contrario). Die Vorinstanz hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.