

BVGer C-1712/2016 vom 16. August 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-08-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1712_2016

FR: TAF C-1712/2016 du 16 août 2018

IT: TAF C-1712/2016 del 16 agosto 2018

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung zur Erhebung der Beschwerde legitimiert (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde (BVGer act. 3), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 10. März 2017 einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 2

Zuständig zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen von Grenzgängern ist die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt. 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 (Art. 40 Abs. 2 IVV). Der Beschwerdeführer wohnte im Zeitpunkt der IV-Anmeldung in (...)/DE und war als Grenzgänger im Spital H. _____ erwerbstätig (vgl. act. 12, S. 1 - 4). Die Zuständigkeit der IV-Stelle zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung sowie der Vorinstanz zum Erlass der Verfügung ist dementsprechend gegeben. Diese Kompetenzregelung gilt nicht nur bei der erstmaligen, sondern bei der revisionsweisen Prüfung des Rentenanspruchs (Rz. 4008 des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI], in der ab 1. Januar 2018 geltenden Version). Die Zuständigkeit der Vorinstanz zum Erlass der Revisionsverfügung gestützt auf die Abklärungen der IV-Stelle ist damit gegeben.

E. 3

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

E. 3.1.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger mit Wohnsitz in seiner Heimat, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Freizügigkeitsabkommen (FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus,

als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten.

E. 3.1.2

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

E. 3.1.3

Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (30. Juli 2015) finden vorliegend auch die am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11) Anwendung. Gemäss Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, sofern (in dieser Verordnung) nichts anderes bestimmt ist, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates.

E. 3.1.4

Im Rahmen ihres Geltungsbereichs tritt diese Verordnung an die Stelle aller zwischen den Mitgliedstaaten geltenden Abkommen über soziale Sicherheit. Einzelne Bestimmungen von Abkommen über soziale Sicherheit, die von den Mitgliedstaaten vor dem Beginn der Anwendung dieser Verordnung geschlossen wurden, gelten jedoch fort, sofern sie für die Berechtigten günstiger sind oder sich aus besonderen historischen Umständen ergeben und ihre Geltung zeitlich begrenzt ist. Um weiterhin Anwendung zu finden, müssen diese Bestimmungen in Anhang II aufgeführt sein. Ist es aus objektiven Gründen nicht möglich, einige dieser Bestimmungen auf alle Personen auszudehnen, für die diese Verordnung gilt, so ist dies anzugeben (Art. 8 Abs. 1 der Verordnung [EG] Nr. 883/2004). Die Bestimmung des anwendbaren Rechts ergibt sich aus Art. 11 ff. der Verordnung (EG) Nr. 883/2004. Die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe richten sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4 m.w.H.; vgl. auch Art. 46 Abs. 3 der Verordnung [EG] Nr. 883/2004 i.V.m. Anhang VII). Ferner besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; vgl. auch Urteil BGer 8C_329/2015 vom 5. Juni 2015; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch Zeitschrift für die Ausgleichskassen [ZAK] 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung durch das Gericht (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, seit 1. Januar 2007 Bundesgericht] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.; vgl. auch BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 3.1.5

Demnach beurteilt sich vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf Weiterausrichtung seiner sistierten Rente der schweizerischen Invalidenversicherung allein aufgrund der innerstaatlichen schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 3.2

Nach dem Gesetz setzt der Anspruch auf eine Invalidenrente Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) und Invalidität (Art. 8 ATSG) voraus (Art. 28 Abs. 1 IVG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte volle oder teilweise Unfähigkeit, zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 ATSG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 E. 7.3).

E. 3.3

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) 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).

E. 3.4

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG [in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung], Art. 28 Abs. 1 IVG [in der ab 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung]).

E. 3.5

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).

E. 3.6

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).

E. 3.7

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

E. 3.8

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3; 130 V 343 E. 3.5).

E. 3.9

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Ist dagegen eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des BGer 9C_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.1.1 mit Hinweis).

E. 3.10

Als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte Beurteilung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und - bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens - Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4; 130 V 343 E. 3.5.2).

E. 3.11

Nach Art. 88a Abs. 2 IVV ist eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, oder eine Zunahme der Hilflosigkeit oder Erhöhung des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs zu

berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat.

E. 3.12

In Art. 88a IVV wird konkretisiert, welche Dauer oder Intensität die Sachverhaltsänderung aufweisen muss, um revisionsrechtlich relevant zu werden. Dabei handelt es sich letztlich um Konkretisierungen des für den Rentenanspruch massgebenden Invaliditätsbegriffs (BGE 133 V 67 E. 4.3.3). Art. 88a IVV legt auch die zeitlichen Wirkungen der Rentenanpassung fest, falls diese im Rahmen einer Befristung oder Abstufung, also gleichzeitig mit der Rentenzusprechung erfolgt. Wird hingegen eine zu einem früheren Zeitpunkt zugesprochene Rente revisionsweise abgeändert, richtet sich der Anpassungszeitpunkt nach Art. 88bis IVV (BGE 133 V 67 E. 4.3.4 m.w.H.). Demnach erfolgt eine Erhöhung der Rente - sofern die versicherte Person die Revision verlangt hat - frühestens von dem Monat an, in dem das Revisionsbegehren gestellt wurde (Art. 88bis Abs. 1 Bst. a IVV). Die Anwendung von Art. 88bis Abs. 1 Bst. a IVV setzt einen laufenden Rentenbezug voraus; diese Bestimmung ist insbesondere nicht anwendbar, wenn gleichzeitig rückwirkend erstmals eine Invalidenrente zugesprochen und eine Abstufung oder Befristung angeordnet wird. In diesen Konstellationen richtet sich der Übergang oder die Befristung einzig nach Art. 88a IVV (Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 30 - 31 N. 110).

E. 4.1

Die ursprüngliche, mit rechtskräftiger Verfügung vom 3. April 2003 (act. 27) ab 1. September 2001 zugesprochene halbe IV-Rente, stützte sich insbesondere auf den Arztbericht von Dr. med. I._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, radiologische Diagnostik/Neuroradiologie vom 5. November 2002 (act. 22). Dr. med. I._____ diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Postnukleotomiesyndrom bei Zustand nach (Z.n.) Operation eines Bandscheibenvorfalles L5/S1 rechts 1/2001, eine knöcherne Enge des Spinalkanals mit postoperativem foraminalem Impingement und anhaltenden Wurzelreizerscheinungen - bis auf den heutigen Tag sowie eine Sensibilisierung gegen Dexamthason Dihydrogenphosphat-Dinatrium. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde ab 1. September 2001 bis auf weiteres auf 50% beurteilt.

E. 4.2

Der nunmehr angefochtene Entscheid vom 29. Februar 2016 beruht im Wesentlichen auf folgende medizinische Unterlagen:

E. 4.2.1

Prof. Dr. Dr. med. J._____, Facharzt für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie diagnostizierte am 20. August 2007 einen Verdacht auf (V.a.) schlafbezogene Atmungsstörungen SBAS/obstruktives Schlafapnoe und Dollchofazialer Gesichtstyp (act. 54 S. 10).

E. 4.2.2

Am 27. August 2007 diagnostizierte Dr. med. K._____, Facharzt für Innere Medizin einen Z.n. passagerer neurologischer Linksseitensymptomatik sowie einen cerebrovaskulären Insult/Migräne accompagnée (als Dauerdiagnose). Ferner wurde aufgeführt: Frage nach kardialem Septumdefekt/Emboliequelle, nur diskrete Sklerose der extracraniellen hirnversorgenden Gefässe, chronische Schmerztherapie wegen

Bandscheibenprolaps L4 und Ausschluss stenosierender KHK, Coro Uni FR 5/04 (act. 54 S. 18-19).

E. 4.2.3

Dr. med. I. _____ stellte am 29. August 2007 folgende aktuellen Diagnosen (act. 50 S. 3-8): Erhärteter V.a. das Vorliegen einer höherrangigen, behandlungsbedürftigen obstruktiven schlafbezogenen Atemstörung (OSAS/SBAS) Unklare Armschwäche links, Ausschluss eines Hirninfarktes, V.a. kataplektische Attacken 08.07.2007 Anamnestisch Z.n. Myokardinfarkt 2004, AVRF, arterieller Bluthochdruck, Nikotinabusus Osteoporose zur weiteren ambulanten Evaluation Z.n. interkurrentem Vitamin B12-Mangel, Polyneuropathie Persönlichkeitsstörung vom impulsiv-gehemmten Typus, zur weiteren nervenärztlichen Versorgung

E. 4.2.4

Dr. med. L. _____, Fachärztin für Innere Medizin, Pneumologie, schlafmedizinische Diagnostik, Infektologie und Dr. med. M. _____, Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie und schlafmedizinische Diagnostik stellten am 7. September 2007 die Diagnose V.a. schlafbezogene Atmungsstörung? sowie die Dauerdiagnosen V.a. Schlafapnoe-Syndrom, koronare Herzkrankheit und Z.n. Apoplex 06/07 (act. 50 S. 1).

E. 4.2.5

Am 30. Oktober 2007 beurteilte Dr. med. N. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin, der Versicherte sei in der bisherigen Berufstätigkeit seit Juli 2007 zu 50% arbeitsunfähig (act. 54 S. 1-6).

E. 4.2.6

Dr. med. O. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin, beurteilte am 30. Oktober 2007 eine 50%-ige Arbeitsbelastung (act. 54 S. 7-8).

E. 4.2.7

Im ausführlichen Arztbericht von Dr. med. I. _____ vom 13. März 2008 wurden folgende Diagnosen gestellt (act. 59 S. 1-6): Tagesmüdigkeit, Schlafstörungen derzeit ungeklärter Ätiologie In der umfassenden neurologischen und somnologischen/pulmologischen Abklärung derzeit kein sicherer Hinweis auf das Vorliegen einer obstruktiven Schlafapnoe Polysomnographisch (Wiederholungsuntersuchung) Hinweise auf eine Rücken- assoziierte Obstruktion Neurologische Diagnosen: Neu aufgetretene Wurzelkompression L2/L3 links bei Bandscheibenvorfall L2/L3 Rezidivierende Cervikobrachialgien bei spondylogener lateraler Spinalkanalstenose C5 links und C6 rechts Chronisches Schmerzsyndrom, Postdiskektomiesyndrom bei Z.n. OP eines Bandscheibenvorfalles L5/S1 Z.n. OP einer Nasenatmungsbehinderung Anhaltende Tagesmüdigkeit (ESS 12/24, FSS 5.6) Bitte um somnologische Re-Evaluation im Schlaflabor Zurzach

E. 4.2.8

Lic. phil. P. _____, Psychologe und Dr. med. Q. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychiatrie der R. _____ (...) berichteten am 22. April 2008 und am 6. August 2008 über den Versicherten (act. 67 S. 1-4). Am 6. August 2008 wurden folgende Diagnosen gestellt: Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Status nach (St.n.) Bandscheibenoperation 2002 Bandscheibenvorfall 2006, erneut akut L5/S1 seit 12/2007 St.n. Herzinfarkt 2003 V.a.

leichten Hirninfarkt Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Leichtgradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom Übergewicht (BMI 27)

E. 4.2.9

Am 30. März 2009 wurde, anlässlich eines stationären Aufenthalts des Beschwerdeführers im Neurozentrum des Universitätsklinikums D. _____ vom 19. bis 30. März 2009 folgende Diagnosen gestellt (act. 175): V.a. rechtsseitigen Pons-Infarkt (I63.4) Anamnestisch Schlaganfall mit sensomotorischer Hemisymptomatik links, Sommer 2007 (Klinikum Y. _____/Schweiz) TIA mit transienter Hemisymptomatik links, Zeitpunkt nicht mehr genau erinnerlich Myokardinfarkt 2004 Leichtgradige arterielle Hypertonie Nikotin-Abusus, ca. 30 py (F17.1) Anamnestisch einmaliger Fieberkrampf als Kind Chronisches Schmerzsyndrom im Bereich der LWS, Bandscheiben-Op L5/S1 rechts, Bandscheibenvorfall L4/L5 links foraminal

E. 4.2.10

Im Arztbericht für die Deutsche Rentenversicherung diagnostizierten Dr. med. S. _____, Dr. med. T. _____ und Dr. med. U. _____ der Kliniken E. _____, Neurologisches Fach- und Rehabilitationskrankenhaus am 14. Mai 2009 neurokognitive Einschränkungen, residuelle Hemiparese links, paretische Gehstörung, Belastbarkeitsminderung sowie rechtsseitiger Ponsinfarkt am 19. März 2009 (Z.n. TIA mit sensomotorischer Halbseitensymptomatik links im Sommer 2007; act. 80 S. 25-34).

E. 4.2.11

Im verkehrspsychologischen Gutachten vom 13. Juni 2009 beurteilte Dr. rer. soc. V. _____, diplomierter Psychologe und psychologischer Psychotherapeut, das verbale Denken sei gut durchschnittlich zu beurteilen. Das sachlogische Denken und die visuelle Feldunabhängigkeit liege im durchschnittlichen Bereich. Die Gedächtnisfunktionen seien gut intakt. Das kognitive Leistungstempo sei gut. Bei der Überprüfung der Aufmerksamkeitsfunktion und Belastbarkeit erreiche der Versicherte ausreichende Leistungsmenge bei hoher Sorgfalt. Die geringe Leistungsmenge insbesondere bei der ersten Bearbeitung sei auf die ungewohnte Testsituation und die hohe Nervosität des Versicherten zu Beginn der Untersuchung zurückzuführen. Zusammenfassen seien die Ergebnisse in den zusätzlich durchgeführten Verfahren unauffällig und liessen auf eine durchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit schliessen (act. 147 S. 10-12).

E. 4.2.12

Prof. Dr. med. W. _____, Chefarzt, und Dr. med. X. _____, Stationsärztin der Abteilung Innere Medizin des Kantonsspitals Y. _____, diagnostizierten am 8. Juli 2009 einen V.a. cerebrovaskulären Insult, Anamnestisch einen St.n. Myokardinfarkt 2004 (kardiovaskuläre Risikofaktoren: arterielle Hypertonie, Nikotinabusus, positive Familienanamnese) sowie ein chronisches LWS-Syndrom L5/S1 (anamnestisch St.n. Diskushernienoperation; act. 80 S. 37-38).

E. 4.2.13

Das Ärztliche Begutachtungsinstitut (F. _____) fertigte am 3. September 2009 ein bidisziplinäres Gutachten in den Disziplinen Psychiatrie und Neurologie aus (act. 80). Unter der Fallführung von Dr. med. Z. _____, Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologie stellten Dr. med. Aa. _____, Facharzt für Neurologie und Dr. med. Bb. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie folgende Diagnosen: Mit Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit: Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) Chronisches lumbales und pseudoradikuläres Schmerzsyndrom bei St.n. Diskushernienoperation L5/S1 2001 (ICD-10 M54.16) Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Funktionelle Störung mit Halbseitensymptomatik links V.a. zerebrovaskuläre Erkrankung (ICD-10 I67) Arterielle Hypertonie

E. 4.2.14

Zusammenfassend wurde beurteilt, für körperlich schwere und anhaltend mittelschwere Tätigkeiten bestehe seit der Rentenzusprechung eine volle Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50%. Der Gesundheitszustand habe sich seit 2001 nicht verändert.

E. 4.2.15

Dr. med. I. _____ fasste am 15. September 2009 anlässlich der Durchführung des Wienertests vom 22. Mai 2009 zusammen, bei der psychometrischen Leistungstestung ergäben sich Hinweise auf einen möglicherweise erworbenen Intelligenzdefekt. Während der Verbal-IQ mit 97 weiterhin im Normbereich liege, sei der nonverbale IQ in den grenzwertdebilen Bereich von 66 abgesunken. Das Kurzzeitgedächtnis liege noch innerhalb der Norm, während die kognitiven, konzentrativen und koordinativen Leistungen sämtlich unterdurchschnittlich seien. Im Vergleich zur Testung vom 12. Juni 2008 sei vor allen Dingen der Verfall des nonverbalen IQ, gemessen im SPM von dort 109 auf jetzt 66 deutlich (act. 139 S. 1-2).

E. 4.2.16

Dr. med. I. _____ stellte am 20. Dezember 2012 folgende Diagnosen: Failed back surgery Syndrom bei Z.n. Nukleotomie L5/S1 Facettegelenksyndrom unter RT Chronisches Schmerzsyndrom unter schmerztherapeutischer Behandlung Myofasziälsyndrom der BWS und LWS unter physikalischer Therapie Anhaltende, in letzter Zeit rezidivierende mittelgradige depressive Episoden mit Selbstwertkrise Z.n. Hirnstamminfarkt 2009 Hirnlokales organisch bedingtes Psychosyndrom mit Intentions- und Antriebsminderung Es wurde beurteilt, eine der Behinderung angepasste Tätigkeit sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt schon deshalb nicht möglich, weil die hierzu notwendige psychotherapeutische Aufbereitung fehle (act. 100).

E. 4.2.17

Im Arztbericht vom 12. April 2013 ergänzte Dr. med. I. _____ seine Diagnosen um eine Trauerreaktion nach Ableben eines nahen Anverwandten, Überforderungssyndrom in psychosozialer Hinsicht. Ferner wurde die rezidivierende mittelgradige depressive Episode um einen Z.n. Parasuizidalität ergänzt. Der Versicherte sei anhaltend arbeitsunfähig (act. 113).

E. 4.2.18

Das G. _____ AG (G. _____) erstellte am 5. September 2013 ein polydisziplinäres Gutachten in den Disziplinen Rheumatologie, Orthopädie, Neurologie, Neuropsychologie und Psychiatrie (act. 124).

E. 4.2.18.1

Dr. med. Cc. _____, Facharzt für Rheumatologie, stellte am 28. Mai 2013 folgende Diagnosen: Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: Chronisches lumbospondylogenes Syndrom beidseits St.n. Diskushernienoperation L5/S1 2001 fortgeschrittenen mehrsegmentalen Osteochondrosen, Spondylarthrosen und Spondylosen Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit Chronisches zervikales und hochthorakales Schmerzsyndrom bei lediglich geringen degenerativen Veränderungen Beginnende Omarthrose links Schulterschmerzen rechts, Knie- und Sprunggelenkschmerzen beidseits, rechts ohne klinisches oder radiologisches objektivierbares Korrelat

E. 4.2.18.2

Dr. med. Dd. _____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie diagnostizierte am 25. April 2013: Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: Chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits mit/bei: o St.n. Dekompression einer Spinalkanalstenose L5/S1 am 10.01.2001 o degenerativen Veränderungen der lumbalen Wirbelsäule mit Osteochondrose LWK2/LWK3, LWK3/LWK4 sowie LWK5/S1 o aktuell ohne neurologische Reiz- oder Ausfallsymptomatik Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: Altersentsprechende, medial betonte Gonarthrose linkes Kniegelenk, Kellgren Grad II Altersentsprechende leichtgradige Arthrose des linken oberen Sprunggelenkes Leichtgradige degenerative Veränderungen an der Halswirbelsäule mit beginnender Osteochondrose insbesondere der distalen Halswirbelsäule Schulterbeschwerden beidseits mit beginnender Omarthrose links

E. 4.2.18.3

Am 28. Mai 2013 stellte Dr. med. Ee. _____, Facharzt für Neurologie die Diagnosen Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit radikulären Ausfällen L5/S1 rechts Z.n. mikrochirurgischer Dekompression einer spinalen Enge mit Bandscheibenvorfall-Ausräumung LWK5/SWK1 rechts im Januar 2001 Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: St.n. Ponsinfarkt rechts am 19.03.2009 Mikrovaskuläre Marklagerläsionen geringen bis mässigen Ausmasses St.n. TIA mit sensomotorischer Halbzeitsymptomatik links 2004 und 2007 ohne bildmorphologisches Korrelat im MRI Neurokognitive Defizite mit Symptomausweitung und Aggravationstendenz Spannungskopfschmerz

E. 4.2.18.4

Dr. phil. Ff. _____, Neuropsychologin beurteilte am 14. Mai 2013, aufgrund des Fehlens eines Nachweises authentischer neuropsychologischer Beeinträchtigungen werden keine Diagnosen basierend auf neuropsychologischen Störungen vergeben.

E. 4.2.18.5

Dr. med. Gg. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, konnte am 29. Mai 2013 keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4) sowie eine Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit narzisstischem Verhaltensmuster diagnostiziert.

E. 4.2.18.6

In der Konsensbeurteilung wurde festgehalten, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seien in erster Linie die lumbalen bzw. lumbospondylogenen Schmerzen entscheidend. Das Ausmass der degenerativen Veränderungen mache generell körperlich schwere und

mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Hinweise für weitere strukturelle und die Arbeitsfähigkeit einschränkende Pathologien an der übrigen Wirbelsäule oder den peripheren Gelenken fänden sich jedoch weder klinisch noch radiologisch. Somit sei der Versicherte für körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten mit häufig möglichem Wechsel der Körperposition (sitzend, stehend, gehend) und ohne repetitives Heben von Lasten über 7.5 kg bis Taillenhöhe bzw. 5 kg bis Brusthöhe sowie von vereinzelt Lasten über 15 kg in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Eine zusätzliche, neurologisch oder psychiatrisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei beim Versicherten nicht ausgewiesen. Die in der neuropsychologischen Testung gezeigten Leistungseinbußen korrelierten nicht mit den sonstigen klinischen und bildgebenden Befunden und seien angesichts der Ergebnisse der Symptomvalidierungstests als nicht authentisch zu beurteilen. Vielmehr komme eine funktionelle oder, wie von Dr. med. I. _____ vorgeschlagen, "pseudodementielle" Genese in Betracht als eine vaskuläre Demenz oder eine von der Ischämie unabhängige degenerative Ursache. Aus psychiatrischer Sicht könne ebenfalls keine Diagnose gestellt werden, welche die zumutbare Arbeitsfähigkeit des Versicherten einschränken würde. Retrospektiv könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit dem F. _____-Gutachten vom 8. Juli 2009 kaum verändert habe. Auch damals hätten in der neurologischen Untersuchung keine objektivierbaren Befunde für eine Linksseitenhemisymptomatik objektiviert werden können. Wie auch anlässlich der aktuellen Begutachtung seien deutliche Diskrepanzen bei der körperlichen Untersuchung bzw. ein erhebliches demonstratives Verhalten beschrieben worden. Einschränkend, in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit sei damals wie auch heute das chronische lumbale und pseudoradikuläre Schmerzsyndrom bei Z.n. Diskushernienoperation L5/S1 gesehen worden. Aufgrund der degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule seien körperlich schwere und anhaltend mittelschwere Tätigkeiten als bleibend nicht mehr zumutbar beurteilt worden. Hingegen sei für leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten, somit auch für die seit September 2000 ausgeübte Tätigkeit als Büroangestellter bei der B. _____, von einer zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 60% ausgegangen worden. Ausser einer arteriellen Hypertonie habe keine internistische Diagnose gestellt werden können. Seinerzeit sei im F. _____-Gutachten eine leichte depressive Episode diagnostiziert worden. Diese sei mittlerweile in den Hintergrund getreten. Die Diagnose "leichte depressive Episode" sei aufgrund des Gutachtens nachvollziehbar, ebenfalls die damals postulierte Arbeitsunfähigkeit von 20%. Inzwischen sei die depressive Symptomatik allerdings remittiert. Das von Dr. med. I. _____ in seinem Bericht vom 12. April 2013 postulierte hirnlokale, organisch bedingte Psychosyndrom sei nicht nachvollziehbar. Dagegen sprächen die klinischen und bildgebenden Befunde eindeutig. Die Ergebnisse der aktuellen neuropsychologischen Testung seien als nicht valide zu beurteilen. Die früher ausgeübte Tätigkeit als Gepäckträger und Reisebegleiter sei dem Versicherten aufgrund seiner objektivierbaren Rückenproblematik seit 2001 nicht mehr zumutbar. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Büroangestellter bei der B. _____ bestehe unverändert eine Arbeitsfähigkeit von 60%. In einer dem körperlichen Leiden optimal angepassten, körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit mit häufig möglichem Wechsel der Körperposition (sitzend, stehend, gehend) und ohne repetitives Heben von Lasten über 15 kg, bestehe aus interdisziplinärer Sicht medizinisch-theoretisch eine uneingeschränkte, 100%-ige Arbeitsfähigkeit. Der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich seit März

2005 nicht wesentlich verändert. Im Vordergrund sei damals, wie heute die lumbale Schmerzsymptomatik aufgrund der degenerativ veränderten LWS gestanden. Inzwischen sei es 2007 und 2009 zu zwei cerebrovaskulären Ereignissen gekommen. Doch sei bereits anlässlich der Begutachtung im F. _____ im August 2009 keine neurologische Symptomatik mehr objektivierbar gewesen. Seither sei der Gesundheitszustand des Versicherten stabil geblieben. Dementsprechend habe sich die Arbeitsfähigkeit auch seit 2005 nicht signifikant verändert.

E. 4.2.19

Auf Rückfrage ergänzte das G. _____ am 2. Juli 2014, wohl hätten sich in der neuropsychologischen Beurteilung massive Leistungseinbussen in den Bereichen Aufmerksamkeit, konstruktive Fähigkeiten, Lernen und Gedächtnis gezeigt, welche mit den deutlichen kortikalen Dysfunktionen vereinbar wären. Doch habe der Versicherte in der Verhaltensbeobachtung deutliche Hinweise auf Symptomverdeutlichung gezeigt, was in unabhängig durchgeführten Symptomvalidierungsverfahren bestätigt worden sei. Mit den vom Versicherten demonstrierten, schwersten kognitiven Leistungseinbussen, insbesondere der stark beeinträchtigten Reaktionszeit wäre der Versicherte zum aktuellen Zeitpunkt nicht fahrtauglich. Doch berichte er selber, dass er regelmässig Auto fahre und aufgrund seines Schlaganfalles regelmässig in Deutschland zur verkehrsmedizinischen Abklärung müsse und diese bisher bestanden habe. Das unfallfreie PKW-fahren sei somit erstaunlich und diskrepant. Bei der testpsychologisch erfassten, beinahe aufgehobenen Gedächtnisleistung erstaune es weiter, dass sich der Versicherte an kurz zurückliegende Ereignisse erinnere. Die in der neuropsychologischen Untersuchung erhobenen Leistungen ständen somit in einer deutlichen Diskrepanz zu den, zur Alltagsbewältigung benötigten, kognitiven Ressourcen. Die kognitiven Leistungen seien 2009 deutlich besser gewesen, als die in der neuropsychologischen Untersuchung präsentierten Leistungen. Dass es in vier Jahren zu einer derartigen Abnahme der Leistungen gekommen sei, sei bei Fehlen von entsprechenden neurologischen wie neuroradiologischen Pathologien kaum erklärbar. In Anbetracht des gesamthaft atypischen Fehlermusters und den auffälligen Resultaten in den Symptomvalidierungsaufgaben sei daher anzunehmen, dass die gezeigten Defizite mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine authentischen neuropsychologischen Beeinträchtigungen darstellten, sondern psychische Einflüsse eine leistungsprägende Rolle spielten. Aufgrund der eingeschränkten Validität der erhobenen Minderleistungen lasse sich anhand der neuropsychologischen Untersuchung weiterhin keine neuropsychologische Diagnose stellen (act. 150).

E. 4.2.20

Am 19. August 2015 fügte das G. _____ - infolge Nachfrage der HH. _____ - weitere Ergänzungen an. Hinsichtlich des im Gutachten noch nicht berücksichtigten Berichts des Universitätsklinikums D. _____ vom 30. März 2009 wurde im Wesentlichen festgehalten, dass keine dauerhafte Verschlechterung durch das Akutereignis vom 19. März 2009 vorhanden sei, da von den beschriebenen klinischen Defiziten keine Residuen mehr festzustellen seien. Die fragliche Diffusionsstörung im Pons rechts auf einer Transversalsicht des kranialen MRT vom 19. März 2009 habe somit für die Beurteilung der aktuellen Arbeitsfähigkeit, ebenso wie der pathologische Befund im Blinkreflex, keine Relevanz für die aktuelle Arbeitsfähigkeit. Retrospektiv könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass sich der gutachterlich ermittelte Gesundheitszustand im Jahr 2013 seit dem F. _____ -Gutachten vom 8. Juli 2009 kaum

verändert habe. Die vom F. _____-Psychiater seinerseits diagnostizierte leichte depressive Episode sei zum Zeitpunkt der Begutachtung im G. _____ mittlerweile in den Hintergrund getreten bzw. remittiert. Das von Dr. med. I. _____ am 12. April 2013 postulierte hirnlokale, organisch bedingte Psychosyndrom sei nicht nachvollziehbar, dagegen hätten die klinischen und bildgebenden Befunde eindeutig gesprochen. Die Ergebnisse der eigenen neuropsychologischen Testung seien nämlich als nicht valide zu beurteilen. Eine Diskrepanz ergebe sich aufgrund der unglücklich formulierten zumutbaren Restarbeitsfähigkeit von mindestens 60%. Eigentlich sei gemeint gewesen, dass der Versicherte aus polydisziplinärer Sicht für die Tätigkeit als B. _____ Büroangestellter, welche durchaus eine optimal dem Leiden angepasste Tätigkeit entspreche, uneingeschränkt und damit zu 100% arbeitsfähig sei. Die im F. _____-Gutachten attestierte, auf 50% limitierte Restarbeitsfähigkeit, auch für behinderungsangepasste Tätigkeiten sei, in Anbetracht der fehlenden neurologischen bzw. psychiatrischen Einschränkungen, aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht nachvollziehbar. Somit habe sich zwar der Gesundheitszustand des Versicherten seit 2009 nicht wesentlich verändert, eine Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit sei aber aus interdisziplinärer Sicht nicht zu legitimieren (act. 182).

E. 5

Zu prüfen ist zunächst, ob dieses Gutachten vom 5. September 2013 den beweisrechtlichen Anforderungen genügt (vgl. E. 3.6 vorstehend).

E. 5.1

Das polydisziplinäre Gutachten ist umfassend und beruht auf allseitigen Untersuchungen durch entsprechend qualifizierte Fachärzte in den Disziplinen Rheumatologie, Orthopädie, Neurologie, Neuropsychologie und Psychiatrie. Dabei wurden sowohl die medizinischen Vorakten als auch die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden berücksichtigt, was sich einerseits aus der zusammenfassenden Auflistung der medizinischen Vorgeschichte gemäss Aktenlage sowie den nachträglichen Stellungnahmen vom 2. Juli 2014 und 19. August 2015 und andererseits aus den Anamneseerhebungen der Gutachter ergibt. Ergänzend wurden radiologische und computertomographische Untersuchungen sowie neuropsychologische Tests und Fragebogenverfahren vorgenommen. Die medizinischen Zusammenhänge wurden im Einzelnen dargelegt, und es wurde auch Bezug auf abweichende frühere Beurteilungen genommen sowie differentialdiagnostische Überlegungen angestellt. Abschliessend enthält das Gutachten eine versicherungsmedizinische Beurteilung und eine Synthese der sechs Gutachter. Einem solchen Gutachten ist grundsätzlich volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen.

E. 5.2

In formeller Hinsicht macht der Beschwerdeführer geltend, der Spitalbericht des Universitätsklinikums D. _____ vom 30. März 2009 sowie der Bericht von Dr. med. I. _____ zum Wienertest vom 22. Mai 2009 seien im Gutachten nicht berücksichtigt worden. Zudem wurde moniert, dass keine Leistungstestung inklusive der Abtestung des SPM/CPM bzw. WST oder des HBI durchgeführt worden sei. Nachdem die beanstandeten medizinischen Unterlagen zu den Akten gereicht worden waren, wurden sie dem G. _____ zur Stellungnahme unterbreitet (act. 141), worauf am 2. Juli 2014 und am 19. August 2015 entsprechende Beurteilungen eingereicht wurden (vgl. E. 4.2.19 und 4.2.20

vorstehend). In Bezug auf den Bericht von Dr. med. I. _____ vom 15. September 2009 hat das G. _____ am 2. Juli 2014 die Ergebnisse dem verkehrspsychologischen Gutachten vom 13. Juni 2009 gegenübergestellt und entsprechende Schlüsse gezogen. Insbesondere wurde dabei festgestellt, dass die kognitiven Leistungen im verkehrspsychologischen Gutachten deutlich besser ausgefallen seien, als anlässlich des Gutachtens. Es wurde gefolgert, dass die gezeigten Defizite, in Anbetracht des gesamthaft atypischen Fehlermusters und den auffälligen Resultaten in den Symptomvalidierungsaufgaben, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine authentischen neuropsychologischen Beeinträchtigungen darstellten, sondern psychische Einflüsse einer leistungsprägende Rolle spielten. Im Übrigen erscheint die neuropsychologische Leistungstestung - insbesondere angesichts der festgestellten eingeschränkten Kooperations- und Motivationsbereitschaft des Versicherten (act. 124 S. 68) als hinreichend. Ferner hat das G. _____ am 19. August 2015 den Spitalbericht des Universitätsklinikums D. _____ vom 30. März 2009 gewürdigt und gelangte zum Schluss, dass von den im Befund beschriebenen klinischen Defiziten keine Residuen mehr festzustellen und somit keine dauerhafte Verschlechterung durch das Akutereignis vom 19. März 2009 vorhanden seien. Die nachträglich zu den Akten gereichten medizinischen Unterlagen wurden folglich hinreichend berücksichtigt und gewürdigt.

E. 5.3

Inhaltlich wurde gerügt, das psychiatrische Teilgutachten übernehme ungeprüft die Aussagen des Beschwerdeführers, wonach er noch nie mit einem Antidepressivum behandelt worden sei, was nicht den Tatsachen entspreche. Zudem habe der psychiatrische Teilgutachter den Beschwerdeführer als "jünger wirkend" und der orthopädische Teilgutachter als "vorgealtert" beschrieben. Es sei fraglich, wie sich diese unterschiedlichen Einschätzungen erklären liessen. Zu den Aussagen des Beschwerdeführers betreffend Antidepressivum hat das G. _____ am 2. Juli 2014 ausführlich Stellung genommen und insbesondere betont, der Umstand, dass der Beschwerdeführer Antidepressiva eingenommen habe, führe nicht zum Umkehrschluss einer depressiven Erkrankung. Vielmehr sei aufgrund der Akten davon auszugehen, dass die antidepressive Medikation im Rahmen des Aufenthalts in der Rehabilitationsklinik Ii. _____ im September 2009 im Sinne einer Schmerzmodulation der vorgelegenen Schmerzsymptomatik eingesetzt worden sei. Ferner bestehe keine Pflicht von Gutachtern, Berichte von behandelnden Therapeuten einzuholen. Im Übrigen sei im Gutachten festgehalten worden, dass die vorbestehende rezidivierende depressive Störung derzeit remittiert sei. Damit sei dem depressiven Leiden des Beschwerdeführers Rechnung getragen worden. Ferner betreffen die unterschiedlichen Einschätzungen bezüglich Alter des Beschwerdeführers zwei unterschiedliche Fachgebiete und die Beurteilung erfolgte aus der jeweiligen medizinischen Perspektive. Damit sind auch unterschiedliche Einschätzungen einer Person möglich, zumal sie sich auf unterschiedliche Aspekte konzentrieren.

E. 5.4

Soweit der Beschwerdeführer beanstandet, es seien der Vorinstanz Zusatzfragen für die polydisziplinäre Begutachtung zugestellt worden (act. 105), welche jedoch unbeantwortet geblieben seien, ist dem zu entgegnen, dass das Gutachten wohl nicht explizit zu den einzelnen Fragen Stellung genommen hat, diese sich jedoch bei der Erstellung des Gutachtens insoweit berücksichtigt wurden, als der Inhalt sämtliche Fragen beantwortet.

E. 5.5

Schliesslich macht der Beschwerdeführer geltend, dass im F. _____-Gutachten eine leichte depressive Störung diagnostiziert worden sei. Nach neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind nunmehr auch leichte bis mittelschwere depressive Störungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Davon kann jedoch im vorliegenden Fall aus Gründen der Verhältnismässigkeit abgesehen werden, zumal nach bestehender Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer - im Übrigen mittlerweile als remittiert beurteilten - leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die ihrerseits auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.3). Dass der Beschwerdeführer derzeit unter keinen psychiatrischen Beschwerden leidet, erscheint aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers anlässlich der Begutachtung auch nachvollziehbar. Darin hat er angegeben, er fühle sich nicht depressiv, könne Freude empfinden, habe Interessen und gute Kollegen. Zudem zeigte er eine unauffällige emotionale Schwingungsfähigkeit, wirkte im Affekt nicht deprimiert, die Schlafstörungen von denen er berichtete, waren schmerzbedingt, bezüglich Zukunft wirkte er nicht hoffnungslos und berichtete nicht über Sorgen und Ängste.

E. 5.6

Zusammenfassend ergeben sich keine konkreten Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens vom 5. September 2013 sprechen.

E. 6

Zu prüfen bleibt, ob und inwiefern sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verändert hat.

E. 6.1

Der Beschwerdeführer macht diesbezüglich im Wesentlichen geltend, schon allein unter Berücksichtigung der LWS-Beschwerden, insbesondere der neu aufgetretenen Wurzelkompressionen L2/3, habe sich eine objektivierbare Verschlimmerung der Gesundheitssituation ergeben. Es lägen objektivierbare Gesundheitsschäden vor, namentlich arterielle Hypertonie, fortschreitende LWS-Degeneration, Z.n. Operation einer Nasenatmung und deutlich depressive Stimmungslage, die die Leistungsfähigkeit deutlich einschränkten. Die Vorinstanz geht gemäss ihrer Verfügung vom 29. Februar 2016 demgegenüber davon aus, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers vorliege, die eine Herabsetzung der bisherigen halben Rente auf eine Viertelsrente rechtfertige.

E. 6.2

Infolge eines Verhebetaumas am 7. August 2000 wurde beim Beschwerdeführer computertomographisch ein Bandscheibenvorfall L5/S1 mediolateral rechts und ein weiterer extraforaminaler Bandscheibenvorfall L4/L5 festgestellt. Am 19. Januar 2001 erfolgte eine mikrochirurgische Diskektomie mit Entfernung des breitbogigen Bandscheibenvorfalles L5/S1 rechts. Dr. med. I. _____ diagnostizierte am 5. November 2012 (act. 22) ein Postnukleotomie-Syndrom bei Z.n. Mikrodiskektomie L5/S1 rechts. Computertomographisch bestanden Zeichen einer weitgehenden Narben- und Weichteilverdichtung mit Obstruktion des Recessus lateralis L5/S1 auf der rechten Seite sowie eine knöcherne Enge des Spinalkanals mit foraminalem Impingement.

E. 6.3

Von einer am 29. Mai 2004 akut aufgetretenen Hemiparese links, die im Rahmen einer transient-ischämischen Attacke (TIA) interpretiert wurde, erholte sich der Beschwerdeführer vollständig. Zudem entwickelte er mit gleichem Datum eine funktionelle Stenokardie im Sinne einer Prinzmetal-Angina. Aufgrund einer Koronarangiographie in der Universitätsklinik D._____ konnte eine stenosierende koronare Herzkrankheit ausgeschlossen werden.

E. 6.4

Am 10. Februar 2005 (act. 34) beschrieb Dr. med. I._____ eine fortschreitende Osteochondrose der LWS mit in der letzten CT-Untersuchung vom 8. November 2004 vollständigen Zusammensinterung des Bandscheibenfaches L5/S1 mit dauerhafter Wurzelkompression L5/S1 auf der rechten Seite, die er auch elektrophysiologisch bestätigte. Zudem beschrieb er eine zunehmende Instabilität im Segment L4/L5 mit einem Bandscheibenvorfall auf der linken Seite und möglicher Kompression bzw. Irritation der Wurzel L5. Gestützt auf diese Befunde wurde eine länger anhaltende Tätigkeit im Sitzen oder Stehen als unmöglich beurteilt. Auch in einer abwechslungsreichen Bürotätigkeit wurde die Einsetzbarkeit auf 4 Stunden pro Tag beschränkt.

E. 6.5

Am 8. Juli 2007 entwickelte der Beschwerdeführer eine plötzliche Armschwäche links mit konsekutiver Panik-Angstreaktion bei Verdacht auf Schlaganfall. In der bildgebenden Diagnostik wurde ein Hirninfarkt ausgeschlossen (act. 50).

E. 6.6

Dr. med. Jj._____ beurteilte am 13. März 2008 (act. 59) zusammenfassend, es bestehe eine fortgeschrittene HWS-Erkrankung mit Soft-Hard-Disc C5/C6 links und C6/C7 auf der rechten Seite ohne Nachweis eines frischen Bandscheibenvorfalles. Zudem wurde eine fortgeschrittene Bandscheibendegeneration mit frischem Vorfall L2/L3 mediolateral links mit Wurzelkompression sowie ein unveränderter postoperativer Zustand auf Höhe L5/S1 links festgestellt. Ferner bestand eine deutlich depressive Stimmungslage, deren Ursache im Wesentlichen in der Bewegungseinschränkung, der familiären Problematik sowie in der anhaltenden Tagesmüdigkeit gesehen wurde. Aufgrund der Tagesmüdigkeit wurde am 6. August 2008 ein leicht obstruktives Schlafapnoe-Syndrom diagnostiziert, welches ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei.

E. 6.7

Nach einer Kurznarkose wegen eines kieferchirurgischen Eingriffes am 19. März 2009 kam es zu einer Aphasie mit Wortfindungsstörung und einer sensomotorischen Hemisymptomatik links. Eine Hirn-MRI-Untersuchung zeigte eine fragliche Diffusionsstörung im Pons-Bereich rechts. Klinisch war im Verlauf auch eine Fazialisparese rechts hinzugekommen, welche sich bis zum 24. März 2009 vollständig zurückbildete. Eine erneute kardiovaskuläre Abklärung ergab lediglich unauffällige Befunde. In einem initialen EEG zeigten sich Zeichen einer gesteigerten kortikalen Erregbarkeit rechts frontal und temporal, welche bei einer späteren Kontrolle nicht mehr zu sehen waren (act. 76).

E. 6.8

Vom 30. März 2009 bis zum 11. Mai 2009 folgte eine stationäre Neurorehabilitation, wo der Beschwerdeführer relativ rasch eine vollständige Selbständigkeit in den

Alltagsaktivitäten erreichte sowie eine selbständige Mobilität mit dem Gehstock. Auch kam es im Verlauf der Hospitalisation zu einer weitgehenden Regredienz der linksseitigen Hemisymptomatik, der Dysarthrie und der Aphasie. Beim Austritt bestanden noch immer neurokognitive Einschränkungen, vor allem der Gedächtnisleistungen und der Visuokonstruktion (act. 76).

E. 6.9

Das F. _____ beurteilte am 3. September 2009 (act. 80), dass die wiederholt aufgetretenen, zerebrovaskulären Ereignisse aus neurologischer Sicht diagnostisch unklar geblieben seien. Aus den medizinischen Akten konnten keine objektivierbaren Zeichen für eine Hemisymptomatik oder eine intrazerebrale Läsion gefunden werden. Daher wurde einzig als einschränkend das chronisch lumbale und pseudoradikuläre Schmerzsyndrom bei Z.n. Diskushernienoperation L5/S1 beurteilt. Internistisch wurde eine arterielle Hypertonie diagnostiziert und das diagnostizierte leichte obstruktive Schlafapnoe-Syndrom konnte nicht bestätigt werden. Einschränkend wurde jedoch eine leichtgradig depressive Episode beurteilt.

E. 6.10

Anlässlich der Begutachtung durch das G. _____ ergab die allgemeininternistische Untersuchung eine arterielle Hypertonie mit leichten hypertonen Blutdruckwerten. Die rheumatologische bzw. chirurgisch-orthopädische Untersuchung zeigte als Hauptbefund eine deutliche und schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule. Partiiell liess sich auch die Bewegungseinschränkung im linken Schultergelenk von teilweise kapsulärem Muster im Sinne einer symptomatisch beginnenden Omarthrose erklären. In neurologischer Hinsicht liessen sich die vorbestehenden radikulären Ausfälle bis auf ASR-Reflex-Abschwächung rechts und sensiblem Ausfall L5 rechts nicht mehr nachvollziehen. Für die kognitiven Defizite, welche gemäss den medizinischen Akten bereits seit 2001 bestehen und in den letzten Jahren zugenommen haben, kann nicht der Ponsinfarkt ursächlich sein. Die geringen und nicht progredienten mikrovaskulären Marklagerläsionen stellen ein hinreichendes organisches Substrat für die aktuell präsentierte Okulomotorik, die Ergebnisse der kognitiven Testung und die beklagten Kopfschmerzen dar. Residuen des zerebrovaskulären Ereignisses im Jahr 2007 liessen sich nicht objektivieren. In neuropsychologischer Hinsicht konnten keine Beeinträchtigungen festgestellt werden. Die psychiatrische Untersuchung ergab ebenfalls keine für die Beurteilung massgebenden Diagnosen. Gemäss Konsensus der Gutachter des G. _____ sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in erster Linie die lumbalen und lumbospondylogenen Schmerzen entscheidend. Das Ausmass der degenerativen Veränderungen macht generell körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten für den Versicherten nicht mehr zumutbar. Die Gutachter kamen zum Ergebnis, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem F. _____-Gutachten kaum verändert habe (act. 124 S. 87 f.). Auch seit März 2005 habe sich der Gesundheitszustand nicht wesentlich verändert (act. 124 S. 89).

E. 6.11

Der Einschätzung des G. _____ kann zugestimmt werden. Stand doch bereits im Jahr 2005 die lumbale Schmerzsymptomatik aufgrund der degenerativ veränderten LWS im Vordergrund. Inzwischen kam es in den Jahren 2007 und 2008 zu zwei zerebrovaskulären Ereignissen. Doch erholte sich der Beschwerdeführer von seiner neurologischen

Symptomatik wieder und eine solche liess sich anlässlich der Begutachtung durch das F._____ nicht mehr objektivieren. Aus dem Vergleich des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache mit demjenigen gemäss Gutachten vom 5. September 2013 ergibt sich insgesamt, dass die Beschwerden im Wesentlichen gleichgeblieben sind. Gemäss den nachvollziehbaren Ausführungen der Gutachter haben nach wie vor vordergründig die lumbalen und lumbospondylogenen Schmerzen eine Minderung der Leistungsfähigkeit zur Folge. Diese Schlussfolgerung entspricht im Übrigen auch der Einschätzung des RAD-Arztes PD Dr. med. univ. Kk._____ vom 8. September 2015 (act. 186 S. 7).

E. 7

Nachdem keine erhebliche Änderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers vorliegt, ist in einem nächsten Schritt zu prüfen, ob eine andere wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen vorliegt, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen.

E. 7.1

Der Beschwerdeführer wurde nach seiner Bandscheibenoperation mit einem Pensum von 50% als Büroangestellter eingesetzt, bis er im Jahr 2009 von der B._____ aus medizinischen Gründen frühpensioniert wurde (act. 124 S. 79). Aufgrund der Akten können vorliegend keine Schlüsse auf veränderte Verhältnisse tatsächlicher Art gezogen werden. So haben sich weder die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit, noch die massgebenden Vergleichseinkommen, noch die Methode der Invaliditätsbemessung oder die erwerblichen Auswirkungen verändert. Die Bewertung der Arbeitsfähigkeit durch das G._____ stellt demnach lediglich eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts dar. Davon geht auch der RAD-Arzt PD Dr. med. univ. Kk._____ aus (act. 186 S. 7). Solche unterschiedliche Beurteilungen sind im revisionsrechtlichen Kontext nach Art. 17 Abs. 1 ATSG jedoch unbeachtlich (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 m.H. auf SVR 2011 IV Nr. 1 S. 1, 8C_972/2009 E. 3.2).

E. 7.2

Der Vollständigkeit halber sei darauf hinzuweisen, dass die Einschätzungen des G._____ im Widerspruch zu den Schlussfolgerungen der Vorinstanz stehen. Das G._____ ist anlässlich der Konsensbeurteilung zum Schluss gelangt, dass der Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Büroangestellter unverändert zu 60% erwerbsfähig sei. In einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe hingegen eine 100% Arbeitsfähigkeit (act. 124 S. 88). Am 19. August 2015 fügte das G._____ berichtigend an, der Beschwerdeführer sei für die Tätigkeit als Büroangestellter uneingeschränkt und damit zu 100% erwerbsfähig (act. 182 S. 3). Die Vorinstanz ihrerseits ging bei der Berechnung des Invalideneinkommens von einer Arbeitsfähigkeit von 60% aus, obwohl der RAD-Arzt PD Dr. med. univ. Kk._____ am 25. August 2015 (act. 186 S. 7) noch einmal darauf hingewiesen hatte, dass laut Stellungnahme des G._____ eine 100% Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit als Büroangestellter bei der B._____ oder einer vergleichbaren Tätigkeit bestehe. Die Invaliditätsbemessung der Vorinstanz entbehrt somit folglich einer jeglichen Grundlage, weshalb ihre Verfügung vom 26. Februar 2016 auch vor diesem Hintergrund zu beanstanden ist.

E. 8

Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass die Rentenreduktion auf eine Viertelsrente gestützt auf Art. 17 Abs. 1 ATSG mangels anspruch relevanter Tatsachenänderung nicht geschützt werden kann, da die entsprechenden Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Die Beschwerde ist somit insoweit gutzuheissen, als die Aufhebung der angefochtenen Verfügung beantragt wird. Der Beschwerdeführer hat daher weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung. Soweit der Beschwerdeführer die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente beantragt, ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 9

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 9.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Bei Streitigkeiten um die Höhe einer Invalidenrente darf die Parteientschädigung nicht allein deswegen reduziert werden, weil der Beschwerde führenden Person nicht die beantragte ganze oder höhere Rente, sondern eine geringere Teilrente zugesprochen wird (vgl. BGer 9C_288/2015 vom 7. Januar 2016 E. 4.2 mit Hinweisen). Nachdem die Vorinstanz mit Verfügung vom 26. Februar 2016 die Rente auf eine Viertelsrente reduziert hatte, dem Beschwerdeführer jedoch, gemäss Ausgang des vorliegenden Verfahrens, eine halbe Rente zusteht, gilt er - unabhängig von seinem Antrag auf eine ganze Invalidenrente - als vollständig obsiegende Partei. Auf die Erhebung von Verfahrenskosten ist daher zu verzichten. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 9.2

Obsiegende Parteien haben grundsätzlich Anspruch auf eine Parteientschädigung für die ihnen erwachsenen notwendigen Kosten (Art. 64 Abs. 1 VwVG; Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2)). Gemäss dem klaren Wortlaut in Art. 9 Abs. 2 VGKE ist jedoch keine Parteientschädigung geschuldet, wenn die Vertreterin oder der Vertreter in einem Arbeitsverhältnis zur Partei steht (vgl. diesbezüglich auch Urteil des Bundesgerichts 4C.269/2002 E. 4). Anders beurteilen sich ausnahmsweise Fälle, in denen ein Rechtsanwalt in eigener Sache prozessiert oder ein eigenes Interesse am Ausgang des Prozesses hat (BGE 129 II 297 E. 5, 129 V 113 E. 4.1, 128 V 236 E. 5, je mit weiteren Hinweisen) bzw. wenn ein Rechtsanwalt zugleich Organ einer juristischen Person ist und für diese handelt (Urteile des Bundesverwaltungsgerichts A-1420/2006 vom 10. April 2008 E. 6 und B-1211/2007 vom 21. November 2007 E. 8, je mit weiteren Hinweisen). Der Beschwerdeführer wurde durch die Fachstelle Sozialversicherungen seines Arbeitgebers B._____ vertreten womit vorliegend keine der genannten Ausnahmekonstellationen gegeben ist. Damit ist dem teilweise obsiegenden Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zuzusprechen. (Dispositiv nächste Seite)