

BVGer C-3056/2017 vom 8. März 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-03-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3056_2017

FR: TAF C-3056/2017 du 8 mars 2018

IT: TAF C-3056/2017 del 8 marzo 2018

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 VGG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG. Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (vgl. Art. 32 VGG).

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a - 26bis und Art. 28 - 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. In formellrechtlicher Hinsicht finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.3

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren als Partei teilgenommen. Als Verfügungsadressat ist er durch die angefochtene Verfügung vom 12. Mai 2017 besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (vgl. Art. 60 ATSG und Art. 50 Abs. 1 VwVG) ist daher, nachdem auch der Verfahrenskostenvorschuss (Art. 21 Abs. 3 VwVG) in der Höhe von Fr. 800.- geleistet wurde (BVGer-act. 4), einzutreten.

E. 1.4

Mit der Beschwerde kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs von Ermessen), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG).

E. 1.5

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet diese eine Erwerbstätigkeit ausüben, 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 IVSTA erlassen. Diese Kompetenzregelung ist nicht nur bei der erstmaligen, sondern auch bei der revisionsweisen Prüfung des Rentenanspruchs anzuwenden, sofern Versicherte den Wohnsitz nicht gewechselt, die Grenzzone nicht verlassen und den Arbeitsort nicht von einem Kanton in einen anderen verschoben haben (Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI, gültig ab 1. Januar 2010; Stand 1. Januar 2017], Rz. 4008). Da vorliegend der Beschwerdeführer den Wohnsitz nicht gewechselt hat, war die IV-Stelle C._____ für die revisionsweise Prüfung des Rentenanspruchs zuständig. Die angefochtene Verfügung wurde zu Recht von der IVSTA erlassen.

E. 2.1

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. 2.1.1

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. 2.1.2

Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (12. Mai 2017) 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 Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates.

E. 2.1.3

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. 2.1.4

Demnach beurteilt sich vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine weitere Ausrichtung seiner bisherigen Rente der schweizerischen Invalidenversicherung allein aufgrund der innerstaatlichen schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 3.1

Nach ständiger Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Entscheides eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Nach Erlass des streitigen Entscheids ausgestellte Arztberichte (und andere einschlägige Dokumente) sind allerdings in die Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verfahrens gegebene Situation erlauben (vgl. Urteil 9C_136/2009 vom 10. August 2009 E. 2.5 mit Hinweisen). Weiter sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 130 V 329). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis-Regel; vgl. BGE 130 V 445).

E. 3.1.1

Damit finden vorliegend grundsätzlich jene materiellen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen 12. Mai 2017 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die

Beurteilung des streitigen Sachverhalts im vorliegend massgebenden Zeitraum von Belang sind (das IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659; 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket, in Kraft seit 1. Januar 2012]; die IVV in der entsprechenden Fassung).

E. 3.1.2

Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7) sowie Invalidität (Art. 8) entsprechen den von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der 5. und 6. IV-Revision nichts geändert, weshalb im Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird (vgl. Urteil BGer 8C_944/2010 vom 21. März 2011 E. 3; Urteil BGer 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1; siehe auch BGE 135 V 215 E. 7; vgl. AS 2011 5659; 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket).

E. 3.2

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). 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. 3.2.1

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (Urteil 8C_349/2015 E. 3.1 mit Hinweis auf BGE 135 V 201 E. 7.1.1). Nach Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der

gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen und liegt eine Erwerbsunfähigkeit zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

E. 3.2.2

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht von der Rechtsprechung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ähnliche Störungen und ihre Folgen vermutungsweise mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3), Abstand genommen und eine neue Basis für die Beurteilung somatoformer Schmerzstörungen und ihrer Auswirkungen auf die juristisch zu beurteilende Arbeitsunfähigkeit begründet (E. 6). Zusammenfassend ergibt sich, dass die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss (E. 2). Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit (E. 3) bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges (E. 3.4.1.1) mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe bzw. (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung (E. 3.1 und 3.2). Deren Rechtsnatur kann offen bleiben (E. 3.3). Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten (E. 3.4 und 3.5). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt (E. 3.6). An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG - ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) - ändert sich dadurch nichts (E. 3.7). An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren (E. 4). Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad (E. 4.3) und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen (E. 4.4). Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes (E. 4.3.1.1) und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität (E. 4.3.1.3) ist zu verzichten. Der Prüfungsrafter ist rechtlicher Natur (E. 5 Ingress). Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren (E. 5.1) wie auch bei deren - rechtlich gebotener - Anwendung im Einzelfall zusammen (E. 5.2). Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden (E. 4.2) die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen. Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in BGE 141 V 281 wie folgt: Kategorie "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3) Komplex "Gesundheitsschädigung" (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) Komplex "Sozialer Kontext" (E. 4.3.3) Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener

Leidensdruck (E. 4.4.2) Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (E. 4.1.3).

E. 3.2.2.1

In den zur Publikation vorgesehenen Urteilen 8C_841/2016 und 8C_130/2017 vom 30. November 2017 hat das Bundesgericht klargestellt, dass das indikatorengeleitete Beweisverfahren grundsätzlich auf sämtliche psychischen Störungen, einschliesslich der leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen, anzuwenden ist (8C_130/2017 E. 7.1, 8C_841/2016 E. 4.5.1 f.).

E. 3.3

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

E. 3.4

Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Max Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Auflage, 1984, S. 136). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b, 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 weitere Beweismassnahmen könnten an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz. 450; Alfred Kölz/Isabelle Häner/Martin Bertschi, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. Aufl., Zürich 2013, Rz. 153 und 537; Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl. 1983, S. 274; vgl. auch BGE 122 II 469 E. 4a, BGE 120 Ib 229 E. 2b, BGE 119 V 344 E. 3c mit Hinweisen).

E. 4.1

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, 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, BGE 125 V 256 E. 4).

E. 4.2

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 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, BGE 125 V 351 E. 3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 352 E. 3a).

E. 4.3

Rechtsprechungsgemäss darf das Gericht Gutachten externer Spezialärzte, welche von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt wurden und den einschlägigen Anforderungen entsprechen, vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Demgegenüber stehen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 352 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte - beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) - mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte kaum je in Frage kommen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1 mit Hinweisen).

E. 4.4

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, sodass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; Susanne Leuzinger-Naef, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, 2010, S. 413 f.). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der (zuständigen) Invalidenversicherungsstelle (Art. 54 - 56 in Verbindung mit Art. 57 Abs. 1 Bst. c - g IVG).

E. 4.5

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen dabei insbesondere die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 Satz 1

IVV). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Gutachten im Sinn von Art. 44 ATSG nicht erfasst werden, weshalb die in dieser Norm enthaltenen Verfahrensregeln bei der Einholung von RAD-berichten keine Wirkung entfalten (BGE 135 V 254 E. 3.4 S. 258 ff.; Urteil des BGer 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist nach der Rechtsprechung mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219 f.). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die RAD-Berichte gehören - kann bereits bei Vorliegen geringer Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit nicht abgestellt werden (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; Urteil 8C_385/2014 E. 4.2.2).

E. 5.1

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die Vorinstanz mit angefochtener Verfügung vom 12. Mai 2017 zu Recht die bisherige Viertelsrente des Beschwerdeführers wiedererwägungsweise aufgehoben hat, was die Vorinstanz bejaht, der Beschwerdeführer hingegen bestreitet. Fest steht aufgrund des Urteils B-1708/2011 vom 24. Oktober 2013 (act. 138) vorliegend die zweifellose Unrichtigkeit der Rentenverfügung vom 28. April 2004 sowie die der seitherigen revisionsweisen Rentenbestätigungen und auch die erhebliche Bedeutung der Berichtigung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG (vgl. Urteil B-1708/2011 E. 5.5.2 am Ende, E. 5.6 und E. 4.5).

E. 5.2

Die Vorinstanz stellte in der angefochtenen Verfügung vom 12. Mai 2017 fest, mit Verfügung vom 28. April 2004 sei dem Beschwerdeführer bei einem Invaliditätsgrad von 44% eine Viertelsrente ab 1. November 2002 zugesprochen worden. Es habe eine 60%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als OP-Pfleger sowie eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit bestanden. Mit Schreiben vom 23. April 2009 habe der Beschwerdeführer berufliche Massnahmen beantragt. Gemäss Gutachten vom 26. Mai 2010 (Gutachten von Dr. D._____ vom 26. Mai 2010, act. 98) habe weiterhin eine 60%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit bestanden. Mit Verfügung vom 10. Februar 2011 sei die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 28. April 2004 verfügt worden, da damals statt auf die angestammte Arbeitsfähigkeit auf die adaptierte Arbeitsfähigkeit hätte abgestellt werden müssen. Es sei ein IV-Grad von 32% ermittelt worden. Mit Bundesgerichtsurteil (recte: Urteil des Bundesverwaltungsgerichts) vom 24. Oktober 2013 sei die Verfügung vom 10. Februar 2011 aufgehoben worden. Die zweifellose Unrichtigkeit der Verfügung vom 28. April 2004 sei bestätigt worden, die Invalidenversicherung sei aber gebeten worden, zuerst berufliche Massnahmen durchzuführen. Mit Mitteilung vom 19. November 2015 (vgl. act. 157) sei die (am 5. Februar 2014 begonnene, vgl. Schreiben der IV-Stelle C._____ vom 5. Februar 2014, act. 145) Arbeitsvermittlung abgeschlossen worden, da sich der Beschwerdeführer nicht eingliederungsfähig gefühlt habe. Gemäss Gutachten vom 19. September 2016 (orthopädisch/traumatologisch-psychiatrisches H._____ -Gutachten vom 19. September 2016, act. 181) bestehe eine 40%ige Arbeitsfähigkeit (recte: Arbeitsunfähigkeit, vgl. act. 181 S. 17 Mitte) in der angestammten Tätigkeit als OP-Pfleger und eine unveränderte 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer

adaptierten Tätigkeit. Mit Schreiben vom 31. August 2016 (vgl. act. 189) habe der Beschwerdeführer eine höhere Rente beantragt, da er zum heutigen Zeitpunkt bereits 62 Jahre alt sei. Diesbezüglich sei darauf hinzuweisen, dass der Zeitpunkt zur Rentenberechnung gemäss Verfügung vom 28. April 2004 zu berücksichtigen sei und nicht der heutige Zeitpunkt. Damals sei der Einkommensvergleich per 1. November 2002 durchgeführt worden. Zu diesem Zeitpunkt sei der Beschwerdeführer 48 Jahre alt und die Arbeitsfähigkeit verwertbar gewesen. Per 2004 resultiere unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 10% ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von gerundet 32%. Gestützt darauf sei dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 9. Februar 2017 die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 28. April 2004 in Aussicht gestellt worden. Im dagegen erhobenen Einwand vom 9. Februar 2017 (recte: 8. März 2017, vgl. act. 194 S. 1) beanstandete der Beschwerdeführer, dass aufgrund seines Alters keine Eingliederungsmassnahmen mehr zumutbar seien. Diesbezüglich sei darauf hinzuweisen, dass Eingliederungsmassnahmen geprüft worden seien. Der Beschwerdeführer fühle sich subjektiv nicht eingliederungsfähig. Eingliederungsmassnahmen an sich seien in jedem Alter zumutbar. Weiter moniere der Beschwerdeführer, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. I. _____ nicht schlüssig sei und somit nicht auf dieses abgestellt werden könne. Es sei laut Beschwerdeführer eine Verlaufsbeurteilung zu veranlassen. Vorliegend werde aber weiterhin (gestützt auf die Stellungnahme von RAD-Ärztin Dr. K. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie [vgl. Medizinalberuferegister, MedReg; <https://www.medregom.admin.ch>; besucht am 20. Februar 2018] vom 27. März 2017) am H. _____-Gutachten vom 19. September 2016 und dessen Ausführungen festgehalten. Eine Verlaufsbeurteilung sei nicht angezeigt. Im Weiteren beanstandete der Beschwerdeführer in seinem Einwand vom 8. März 2017, dass der Vergleichszeitpunkt falsch sei. Vorliegend handle es sich um eine Wiedererwägung. Bei dieser sei der Zeitpunkt der in Wiedererwägung zu ziehenden Verfügung massgebend. Die Verfügung vom 28. April 2004 sei offensichtlich unrichtig gewesen. Die IV-Stelle habe deshalb festgestellt, dass zum Zeitpunkt der Verfügung vom 28. April 2004 kein Rentenanspruch bestanden habe. Das neuerlich erstellte Gutachten (H. _____-Gutachten vom 19. September 2016, act. 181) bestätige, dass sich am Gesundheitszustand weiterhin nichts verändert habe. Es bestehe weiterhin eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als OP-Pfleger sowie eine volle Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit. Also ergebe sich künftig kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Auch unter Berücksichtigung des Berichts vom 10. April 2017 von Dr. J. _____ habe sich keine Änderung ergeben (act. 201 S. 5; vgl. entsprechende Stellungnahme von RAD-Psychiaterin Dr. K. _____ vom 4. Mai 2017, act. 197 S. 16-17).

E. 5.3

Der Beschwerdeführer führte in seiner Beschwerde im Wesentlichen aus, mit Verfügung vom 8. Januar 2014 habe die Vorinstanz ihm, in Kenntnis des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts, mit Wirkung ab 1. April 2011 eine IV-Rente basierend auf einem IV-Grad von 44% zugesprochen. Diese Verfügung sei unangefochten in Rechtskraft erwachsen. Diese könne wohl nur dahingehend verstanden werden, als dass die Vorinstanz nach Studium des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts zur Auffassung gelangt sei, der IV-Grad betrage ab 1. April 2011 44%, weshalb ein Anspruch auf eine Viertelsrente bestehe. Mit dieser Verfügung (vom 8. Januar 2014) sei die Verfügung vom 28. April 2004 aufgehoben worden. Die rechtskräftige Verfügung vom 8. Januar 2014 könnte nur mehr aufgehoben werden, wenn ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vorläge. Ein

solcher werde weder behauptet noch dargetan, weshalb die angefochtene Verfügung vom 12. Mai 2017 bereits aus diesem Grund rechtswidrig sei (vgl. BVGer-act. 1 S. 5). Der Beschwerdeführer führte weiter aus, selbst wenn man davon ausgehen würde, dass die Verfügung vom 8. Januar 2014 unbeachtlich sei, wären die formellen Voraussetzungen zur Aufhebung der Verfügung vom 28. April 2004 nicht erfüllt, da das vom Bundesgericht vorgeschriebene Mahn- und Bedenkzeitverfahren im Sinne von Art. 43 ATSG nicht durchgeführt worden sei (vgl. BVGer-act. 1 S. 5 f. mit Hinweis auf das Urteil des BGer 9C_68/2015 E. 5.1). Auch in materieller Hinsicht seien die Voraussetzungen zur Aufhebung der (Renten-)Verfügung nicht erfüllt, da ihm eine Verweistätigkeit aufgrund seines fortgeschrittenen Alters nicht mehr zumutbar sei. Im Vorbescheid werde sodann die Auffassung vertreten, Vergleichszeitpunkt sei derjenige, in welchem die Zusprechung der Rente erfolgt sei. Dieser Auffassung könne nicht gefolgt werden, zumal sich aufgrund seines fortgeschrittenen Alters die Frage der Zumutbarkeit der beruflichen Wiedereingliederung stelle. Stelle man auf den Zeitpunkt der Rentenzusprechung im Jahre 2004 ab, würde heute die Eingliederungsfähigkeit beurteilt, wie sie sich vor 13 Jahren gestellt habe. Dass dies nicht sachgemäss sei, verstehe sich von selbst (vgl. BVGer-act. 1 S. 6 f.). Schliesslich führte der Beschwerdeführer in Bezug auf seinen Gesundheitszustand aus, die H._____-Gutachterin Dr. I._____
gelange in ihrem psychiatrischen Teilgutachten zur Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert, gemäss ICD-10 F33.4. Es sei nicht nachvollziehbar, wie es der Gutachterin Dr. I._____
aufgrund lediglich eines Gespräches möglich sein solle, zu beurteilen, dass in den letzten Monaten vor der Begutachtung keine depressiven Symptome mehr vorhanden gewesen sein sollen. Dies namentlich auch deshalb nicht, weil die Berichte von Dr. J._____
inhaltlich nicht in Zweifel gezogen worden seien. Mithin sei davon auszugehen, dass weiterhin eine rezidivierende depressive Störung vorliege. Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. I._____
sei deshalb in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht schlüssig. Wollte man im Grundsatz auf dieses abstellen, müsste heute ein Verlaufsgutachten eingeholt werden. Ein solches fehle jedoch. Vielmehr gehe aus dem Bericht von Psychiater Dr. J._____
vom 10. April 2017 (act. 196) hervor, dass aktuell eine rezidivierende depressive Störung als mittelgradige Episode bestehe, somit die psychischen Beschwerden nicht remittiert seien (vgl. BVGer-act. 1 S. 7; vgl. auch Replik vom 13. September 2017, BVGer-act. 14).

E. 6

Hinsichtlich des primären Vorbringens des Beschwerdeführers, vorliegend sei aufgrund der - laut Beschwerdeführer - nicht aufgehobenen Rentenverfügung vom 8. Januar 2014 die bisherige Rente weiter auszuzahlen (vgl. E. 5.3 am Anfang), ist festzuhalten, dass die Vorinstanz mit ihrer Rentenverfügung vom 8. Januar 2014 einzig das dem Beschwerdeführer eine Viertelsrente über den 31. März 2011 hinaus zusprechende Urteil des BVGer B-1708/2011 (Disp.-Ziff. 2 des Urteils) umgesetzt hat und damit keine Neubeurteilung des Rentenanspruchs vorgenommen hat (vgl. BVGer B-1708/2011 Disp.-Ziff. 2, BVGer-act. 1 Beilage 5 S. 4 am Ende; vgl. auch Weiterausrichtung der bisherigen Viertelsrente rückwirkend ab 1. April 2011, Case Report, act. 158 S. 9). In diesem Zusammenhang ist unerheblich, dass die Vorinstanz in ihrer Rentenverfügung vom 8. Januar 2014 einen IV-Grad von 44% entsprechend der rentenzusprechenden Verfügung vom 28. April 2004 angab (vgl. BVGer-act. 1 Beilage 5 S. 3), welcher von der (vorletzten) IV-Grad-Berechnung der C._____
IV-Stelle vom 6. November 2007 mit einem ermittelten IV-Grad von (gerundet) 42% abwich (vgl. act. 66 S. 5; vgl. Sachverhalts-Bst.

A.d). Entsprechend hat analog der Feststellung im Urteil B-1708/2011 des Bundesverwaltungsgerichts betreffend die erste wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 28. April 2004, gemäss welcher die Rentenverfügung vom 28. April 2004 und auch die seitherigen revisionsweisen Rentenbestätigungen zweifellos unrichtig sind (Urteil B-1708/2011 E. 5.5.2 am Ende), vorliegend die durch die hier angefochtene Aufhebungsverfügung vom 12. Mai 2017 nicht ausdrücklich aufgehobene Rentenverfügung vom 8. Januar 2014 als durch die Verfügung vom 12. Mai 2017 mitaufgehoben zu gelten.

E. 7.1

In medizinischer Hinsicht wurde im (die zweifellose Unrichtigkeit der vorinstanzlichen Rentenverfügung vom 28. April 2004 sowie die der seitherigen revisionsweisen Rentenbestätigungen bestätigenden) Urteil des BVGer B-1708/2011 vom 24. Oktober 2013 auf das Gutachten von Dr. med. L._____, Facharzt für Rheumatologie und Rehabilitation, vom 14. Oktober 2003 (act. 28) hingewiesen (Urteil B-1708/2011 E. 5.2.1, 5.4.2). In diesem Gutachten führte Dr. L._____ aus, seit dem 13. März 2001 bestehe insbesondere ein lumbovertebrales bis spondylogenes Syndrom links mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. act. 28 S. 10). Für leichtere Tätigkeiten, die in wechselnder Körperhaltung erfolgen könnten und kein Heben von Gewichten über 5 kg bis maximal 10 kg erforderten, wie auch für administrative Tätigkeiten sowie für jede andere leichte Tätigkeit, sei die Arbeitsfähigkeit weiterhin gegeben. Die bisherige Tätigkeit sei offenbar im Rahmen von 60%, eventuell auch mehr, zumutbar. In einer idealen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer sicher zu 100% arbeitsfähig (vgl. act. 28 S. 13; vgl. Urteil B-1708/2011 E. 5.2.1).

E. 7.2

Im Gesamtgutachten von Dr. D._____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, vom 26. Mai 2010 (act. 98; mit psychiatrischem Untergutachten von Dr. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. Mai 2010, act. 97) wurden als rheumatologische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen ein rezidivierendes thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom sowie eine beginnende Coxarthrose beidseits rechtsbetont genannt (vgl. act. 98 S. 17) und als psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt gemäss ICD-10 F43.22 angegeben, welche seit der Kündigung von Januar 2009 bestehe (vgl. act. 98 S. 17). Die Gutachter attestierten damals (2010, vgl. act. 97 S. 7 Ziff. 4.1) eine Arbeitsfähigkeit von 90% in einer physisch und psychisch angepassten Tätigkeit (vgl. act. 98 S. 19, act. 101 und 107 S. 2-3).

E. 7.3

Der den Beschwerdeführer seit 2011 behandelnde Dr. med. M._____, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, (...), gab in seinem Bericht vom 15. Februar 2016 an, behinderungsangepasste, körperlich leichte Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer im zeitlichen Umfang von mehr als sechs Stunden pro Tag bzw. rein sitzende oder wechselbelastende Tätigkeiten zu 100% möglich (act. 167 S. 4 und 6).

E. 7.4

Der den Beschwerdeführer seit 1992 regelmässig behandelnde Dr. med. N._____, Facharzt für Innere Medizin, (...), verneinte in seinem Bericht vom 25. Februar 2016 eine Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in behinderungsangepasster Tätigkeit aus psychischen Gründen sowie wegen Komorbidität (act. 169 S. 4 und 6).

E. 7.5

Der den Beschwerdeführer seit 2009 behandelnde Psychiater Dr. J. _____ nannte in seinem Bericht vom 26. Februar 2016 als seit mindestens 2012 bestehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Episode in leicht- bis mittelgradiger Ausprägung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.1) und als Differentialdiagnose eine somatoforme Störung (ICD-10 F45.9, vgl. act. 168).

E. 7.6

In ihrem bidisziplinären (orthopädisch/traumatologisch-psychiatrischen)

H. _____-Gutachten vom 19. September 2016 hielten die Gutachter Dres. F. _____, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie, und I. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nach Konsens vom 12. September 2016 folgende Diagnosen aus beiden untersuchten Fachgebieten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit fest (act. 181 S. 15): 1. Coxarthrose beidseits 2.Rezidivierendes thorakolumbales pseudoradikuläres Schmerzsyndrom bei Hohlrundrücken mit ausgeprägter Spondylosis in der mittleren und unteren Brustwirbelsäule und Facettenarthrose LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1 beidseits 3.Laterales Meniskusganglion sowie Läsion des Innenmeniskushinterhorns und des Hinterhorns sowie Pars intermedia des Aussenmeniskus des rechten Kniegelenkes Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit nannten die H. _____-Gutachter (act. 181 S. 15): 4.Zervikales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Reizung bei Spondylarthrosen, vor allem auf Höhe C5/5 linksseitig 5.Rechtskonvexe lumbale Skoliose 6.Senk-Spreizfuss beidseits 7.Verdacht auf Osteoporose 8.Adipositas (BMI 32.3 kg/m²) 9.Rezidivierende depressive Störung ICD-10 F33.4, ggf. remittiert In ihrer versicherungsmedizinischen Beurteilung führten die H. _____-Gutachter in psychischer Hinsicht aus (act. 181 S. 16; vgl. auch psychiatrisches Teilgutachten vom 23. August 2016, act. 181 S. 45 f.), beim 62-jährigen Versicherten sei es nach der Kündigung des Arbeitsplatzes 2009 zu einer Verschlechterung seiner emotionalen Belastbarkeit und zur Entwicklung einer Anpassungsstörung im Sinne von Angst und depressiver Reaktion gemischt gekommen. Seit 2009 sei der Versicherte nicht mehr im Erwerbsleben integriert. Eine entsprechende fachspezifische ambulante Anbindung mit antidepressiver medikamentöser Behandlung sei gesichert. Im Hinblick auf die Ergebnisse der aktuellen gutachterlichen Untersuchung habe sich der Versicherte in ausgeglichener Grundstimmung bei im vollen Umfang erhaltener emotionaler Auslenkbarkeit präsentiert. Es hätten keine emotionale Einengung und keine suizidalen Tendenzen bestanden. Die kognitiven Fähigkeiten, wie Konzentration, Merkfähigkeit, Auffassungsgabe sowie Urteilsbildung und Kritikfähigkeit, seien im Rahmen der Exploration ungestört gewesen. Depressive Äquivalente seien nicht feststellbar gewesen. Der Versicherte habe in der aktuellen psychiatrischen Exploration eine gute Introspektions- sowie Reflexionsfähigkeit geboten. Es hätten sich keine Funktionseinschränkungen oder Beeinträchtigungen der Alltagsfunktionen feststellen lassen. Es seien keine negativen Auswirkungen auf die Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit im Alltag beim Versicherten zu verzeichnen gewesen. Der Versicherte besitze ausreichende Ressourcen im interpersonellen Bereich. Er zeige ein aktives soziales Engagement. Dem Versicherten gelinge es, sein Alltagsleben zuverlässig, selbständig und verantwortungsbewusst zu bewältigen. Es gebe keine Hinweise auf eine psychosoziale Desintegration des Versicherten. Die sozialen Aktivitäten des Versicherten hätten sich auf einem guten Niveau gezeigt. Aus psychiatrischer Sicht sei aktuell keine psychische Störung mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit, weder in der bisherigen noch in

einer leidensadaptierten Tätigkeit, zu diagnostizieren. Es sei aktuell von einer Remission des bekannten depressiven Syndroms auszugehen. Daher könne dem Versicherten aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, seinen körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeiten ganztags ohne Leistungseinschränkung nachzugehen (act. 181 S. 16, vgl. act. 181 S. 45 f.). Weiter führten die H._____-Gutachter aus, in einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehe von bidisziplinärer Seite eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Dabei sei folgendes Belastungs- bzw. Ressourcenprofil zu berücksichtigen: körperlich leichte, wechselbelastete, vorwiegend sitzende Tätigkeiten ohne Überkopfarbeiten und ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule (vgl. act. 181 S. 17). Zum retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit hielten die H._____-Gutachter aus bidisziplinärer Sicht fest, im Gutachten vom 26. Mai 2010 (Gesamtgutachten von Dr. D._____, vom 26. Mai 2010 [act. 98; mit psychiatrischem Untergutachten von Psychiater Dr. E._____ vom 15. Mai 2010, act. 97]) sei von psychiatrischer Seite eine Arbeitsunfähigkeit in der Grössenordnung von 10% bei damals diagnostizierter Anpassungsstörung attestiert worden, so dass aus bidisziplinärer Sicht bei einer Arbeitsfähigkeit von rheumatologischer Seite von 100% nur 90% resultierten. Aus den vorliegenden psychiatrischen Unterlagen sei der retrospektive Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit nicht zu beurteilen. Seit der letzten Begutachtung des Versicherten vom 26. Mai 2010 habe sich aus orthopädisch-traumatologischer Sicht keine Änderung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit ergeben. Deshalb werde ab dem Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung beim Versicherten von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen, da die Ergebnisse der gutachterlichen Untersuchung eine Remission des bekannten depressiven Syndroms zeigten (vgl. act. 181 S. 18).

E. 7.6.1

In ihrem psychiatrischen Teilgutachten vom 23. August 2016 (act. 181 S. 40 ff.) hielt die H._____-Psychiaterin Dr. I._____ in Bezug auf die Krankheitsentwicklung fest, zur ersten psychischen Dekompensation sei es beim Beschwerdeführer im Rahmen einer Mobbingssituation am Arbeitsplatz gekommen (zuletzt Kündigung im Jahr 2009). Seit 2009 befinde er sich in einer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bei Dr. J._____. Insgesamt hätten 100 Sitzungen stattgefunden. Im Jahr 2016 sei er zwei Mal in Behandlung gewesen. Es bestehe auch eine medikamentöse antidepressive Behandlung mit Stangyl 200 mg zur Nacht und 60 mg Cymbalta abends. Der Beschwerdeführer habe seither kein Morgentief und keine tageszeitlichen Stimmungsschwankungen mehr. Er habe weniger Angstgefühle und die Einschlafprobleme hätten nachgelassen. Er fühle sich auch ausgeglichener und ruhiger. Eine stationäre bzw. teilstationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung habe nie stattgefunden. Zur ersten psychiatrischen gutachterlichen Untersuchung sei es im Jahr 2010 gekommen. Es sei eine Anpassungsstörung im Sinne von Angst und depressiver Reaktion diagnostiziert worden und eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der Höhe von 10% attestiert worden. Der ambulante Behandler, Dr. J._____, habe 2014 sowie 2016 ein depressives Syndrom, zuletzt von leichter bis mittelgradiger Ausprägung diagnostiziert, differentialdiagnostisch sei er von einer somatoformen Schmerzstörung ausgegangen (vgl. act. 181 S. 42 oben). Hinsichtlich der aktuellen Behandlung des Beschwerdeführers hielt Dr. I._____ fest, gegenwärtig bestehe keine regelmässige ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit festgelegter Sitzungsfrequenz (vgl. act. 181 S. 42 Mitte). In Bezug auf die Vorakten führte Dr. I._____ aus, mit den anlässlich der gutachterlichen Untersuchung von 2010 (der Dres. D._____ und E._____) bei damals gestellter Diagnose einer

Anpassungsstörung mit der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10% gehe sie konform. Im März 2014 habe Dr. J. _____ in einem sehr ausführlichen Bericht (vgl. Bericht vom 24. März 2014, act. 146 S. 4-5) eine rezidivierende depressive Störung der mittelgradigen Ausprägung diagnostiziert. Dieser Bericht enthalte leider keine konkreten Angaben bezüglich der Einschränkung der Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit, es sei aber bemerkt worden, dass eine Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf des Beschwerdeführers als Krankenpfleger vermutlich nicht mehr gegeben sei. Im Bericht von Dr. J. _____ vom 26. Februar 2016 (vgl. act. 168) sei eine depressive Episode von leicht- bis mittelgradiger Ausprägung angegeben worden. Im Bericht fehlten (aber) der psychopathologische Befund nach AMDP-Kriterien und die Begründung von funktionsrelevanten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Die angegebene Arbeitsunfähigkeit von 100% bei seit 2004 eingetretener Teilremission bleibe nicht nachvollziehbar. Die depressive Erkrankung - sogar schwergradiger Ausprägung - bringe keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit sich und keinesfalls eine andauernde Vollinvalidisierung, ausser bei einer schwerwiegenden Komorbidität, die hier nicht vorliege (vgl. act. 181 S. 47 f.).

E. 7.7

Die RAD-Ärztin Dr. K. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in ihrer Stellungnahme vom 27. März 2017 (act. 197 S. 16-17) fest, im Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. J. _____ vom 26. Februar 2016 (act. 168) werde noch eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode festgestellt. Im weiteren Verlauf habe im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung am 8. August 2016 (H. _____-Untersuchungen) keine depressive Symptomatik mehr festgestellt werden können, somit sei zwischenzeitlich die depressive Symptomatik remittiert. Daher sei es nachvollziehbar, dass zum Gutachtenzeitpunkt auch keine regelmässige ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mehr stattfinde und dass der Beschwerdeführer lediglich zwei psychiatrische Konsultationen im Jahr 2016 in Anspruch genommen habe, was darauf hindeute, dass die Krankheitssymptomatik bereits seit einer längeren Zeitspanne abgeklungen sei.

E. 7.8

Im vom Beschwerdeführer mit Schreiben vom 27. April 2017 im Nachgang zu seinem Einwandschreiben vom 8. März 2017 eingereichten Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. J. _____ vom 10. April 2017 wurden als psychiatrische Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung als mittelgradige Episode (gemäss ICD-10 F33.1) und eine somatoforme Störung (gemäss ICD-10 F45.9) genannt (act. 196).

E. 7.9

Die RAD-Psychiaterin Dr. K. _____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 4. Mai 2017 (act. 197 S. 16-17) zum vorerwähnten Bericht von Dr. J. _____ fest, in diesem Bericht würden an psychiatrischen Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) und eine somatoforme Störung aufgeführt. Hinsichtlich der Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, könne anhand des aktuellen psychischen Befundes eine depressive Symptomatik aus Sicht des RAD nachvollzogen werden. Ob aktuell allerdings eine mittelgradige depressive Episode bestehe, sei aufgrund dieses Berichts unklar, da bei der Beschwerdeschilderung aktuelle und wiederkehrende psychische Beschwerden mit jeweils unterschiedlicher Ausprägung aufgeführt worden seien. Es lasse sich somit nicht eindeutig

klären, ob z.B. die allgemeinen Kriterien für eine depressive Episode, wie depressive Stimmung, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens zwei Wochen anhaltend, auch aktuell vorlägen, zumal der Psychiater berichte, dass er den Versicherten untersucht und behandelt habe und eine weitere Behandlung im Verlauf indiziert erscheine. Nicht ganz klar sei daher, ob sich der Versicherte überhaupt aktuell in psychiatrischer Behandlung befinde. Die antidepressive Medikation sei seit dem Gutachten mit Trimipramin und Duloxetin jedenfalls in nur leicht geänderter Dosierung fortgesetzt worden. Aber selbst wenn aktuell eine mittelgradige depressive Episode vorliegen würde, käme es zu keiner grundlegenden Änderung des im psychiatrischen H._____-Gutachten vom 23. August 2016 beurteilten Sachverhalts. Die psychiatrische H._____-Gutachterin habe als einzige Diagnose auf psychiatrischem Fachgebiet die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt. Dabei handle es sich um eine psychiatrische Erkrankung mit phasenhaftem Verlauf. Zum Zeitpunkt des Gutachtens Ende August 2016 sei die depressive Episode abgeklungen gewesen, so dass zum damaligen Zeitpunkt eine Remission vorgelegen habe. Es sei aus psychiatrischer Sicht möglich, dass der Versicherte in der Zwischenzeit seit August 2016 erneut eine depressive Symptomatik entwickelt habe, welche laut dem behandelnden Psychiater aktuell mittelgradig ausgeprägt vorliege. Eine mittelgradige depressive Episode sei laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung in der Regel gut behandelbar, so dass erneut von einer Remission der depressiven Episode auszugehen sei (vgl. aber Änderung der Rechtsprechung betr. IV-Rente bei psychischen Leiden [Urteile des BGer vom 30. November 2017 8C_841/2016, 8C_130/2017]; E. 3.2.2.1 hievor). Bezüglich der Behandelbarkeit und der Prognose einer depressiven Episode komme die Gutachterin Dr. I._____- zu derselben Einschätzung. Eine weitere komorbide psychiatrische Störung habe schon zum Zeitpunkt des H._____-Gutachtens nicht vorgelegen. Auch die vom behandelnden Psychiater in seinem Schreiben vom 4. April 2017 gestellte Diagnose einer somatoformen Störung könne anhand seines Berichtes vom 10. April 2017 nicht nachvollzogen werden. Zusammenfassend könne aus Sicht des RAD am (H._____-)Gutachten vom 23. August 2016 festgehalten werden. Eine zeitlich limitierte Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten mit einer vorübergehenden 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei möglich. Eine mittelgradige depressive Episode im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung führe jedoch in der Regel zu keiner anhaltenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im IV-rechtlichen Sinne, falls eine solche aktuell überhaupt vorliegen sollte.

E. 8.1

In seinem Urteil B-1708/2011 vom 24. Oktober 2013 (act. 138) hat das Bundesverwaltungsgericht die zweifelloose Unrichtigkeit der Rentenverfügung vom 28. April 2004 sowie die der seitherigen revisionsweisen Rentenbestätigungen unter Hinweis auf das Gutachten von Dr. L._____, vom 14. Oktober 2003 (act. 28) bestätigt. Die vorliegende, erneut verfügte wiedererwägungsweise Rentenaufhebung ist nach der Rechtsprechung nur zulässig, wenn ausgewiesen ist, dass bis zum vorliegend verfügt Rentenende (30. Juni 2017) nicht wieder eine Invalidität eintrat (vgl. Urteile des BGer I 859/05 vom 10. Mai 2006 E. 2.3, I 222/02 vom 19. Dezember 2002 E. 5.1). In Übereinstimmung mit dieser Rechtsprechung hat die Vorinstanz vor Erlass ihrer rentenaufhebenden Verfügung vom 12. Mai 2017 das orthopädisch/traumatologische und psychiatrische H._____-Gutachten der Dres. F._____- und I._____- vom 19. September 2016 veranlasst.

E. 8.2

Das eingeholte H._____ -Gutachten erfüllt grundsätzlich die von der Rechtsprechung an medizinische Berichte und Gutachten gestellten Anforderungen (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a; vgl. E. 4.2 hievor; betr. die nunmehr bei allen psychischen Störungen zu beachtenden Indikatoren vgl. E. 8.2.1 hiernach; E. 3.2.2.1 hievor). Insbesondere berücksichtigt es die geklagten Beschwerden, beruht auf eigenen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Soweit der Beschwerdeführer in diesem Verfahren in medizinischer Hinsicht vorbringt, es sei nicht nachvollziehbar, wie es der H._____ -Psychiaterin Dr. I._____ aufgrund lediglich eines Gespräches möglich sein solle, zu beurteilen, dass in den letzten Monaten vor der H._____ -Begutachtung keine depressiven Symptome mehr vorhanden gewesen sein sollen, dies namentlich auch deshalb nicht, weil die Berichte von Psychiater Dr. J._____ inhaltlich nicht in Zweifel gezogen worden seien (vgl. BVGer-act. 1 S. 7 Rz. 31), ist zu beachten, dass die Dauer der Untersuchung bzw. vorliegend die Anzahl der Untersuchungsgespräche im Ermessen des medizinischen Experten liegt und es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens darauf ankommt, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (zur Untersuchungsdauer vgl. etwa Urteil des BGer 9C_626/2017 vom 17. Oktober 2017 E. 3.2.1 mit Hinweisen), welche Voraussetzung vorliegend zu bejahen ist. Die psychiatrische Analyse von Dr. I._____ beruht auf sorgfältiger Befunderhebung und ist fundiert und nachvollziehbar. Sodann ist festzuhalten, dass Dr. I._____ - entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers - in ihrem psychiatrischen Teilgutachten vom 23. August 2016 in ihrer Würdigung der Akten erklärt hat, die von Dr. J._____ angegebene Arbeitsunfähigkeit von 100% bei seit 2004 eingetretener Teilremission bleibe nicht nachvollziehbar (vgl. vorstehende E. 7.6.1 unten).

E. 8.2.1

Zu prüfen ist weiter, ob das H._____ -Gutachten vom 19. September 2016 bzw. das psychiatrische Teilgutachten von Dr. I._____ vom 23. August 2016 hinsichtlich der psychischen Störungen des Beschwerdeführers - mit laut Dr. I._____ in psychischer Hinsicht im Zeitpunkt ihrer Begutachtung bestehenden vollen Arbeitsfähigkeit in jeder Tätigkeit - den zu beachtenden Indikatoren nach BGE 141 V 281 hinreichend Rechnung trägt (vgl. E. 3.2.2 hievor). Dr. I._____ hat sich in ihrem psychiatrischen Teilgutachten zwar nur sinngemäss (vgl. act. 181 S. 46 f.; vgl. aber bidisziplinär beantwortete Gutachtenfragen, act. 181 S. 18 ff.), aber ausführlich (im Rahmen ihrer Anamnese- und Befunderhebung sowie in ihrer Beurteilung) mit dem funktionellen Schweregrad der etwaigen Beeinträchtigungen auseinander gesetzt: Thematisiert wurde die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (angemessene Antriebslage, ausgeglichene, zuweilen etwas bedrückt wirkende Grundstimmung, in vollem Umfang erhaltene emotionale Auslenkbarkeit, kein vollständiger Interessenverlust, keine Anhedonie, keine konkreten Hinweise für Suizidalität, ungestörte kognitive Fähigkeiten, keine depressiven Äquivalente [vgl. act. 181 S. 44 unten und S. 45 f. unten]), ebenso der Therapieverlauf (ambulante psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bei Dr. J._____ seit 2009, insgesamt 100 Sitzungen, im Jahr 2016 [bis zur psychiatrischen H._____ -Untersuchung vom 8. August 2016] zwei Konsultationen, medikamentöse antidepressive Behandlung, keine stationäre bzw. teilstationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, vgl. act. 181 S. 42 oben, E. 7.6.1 hievor) und die Frage von begleitenden Erkrankungen (keine schwerwiegende Komorbidität, vgl. act. 181 S. 48 oben). Auch der Komplex der

Persönlichkeit wurde geprüft (keine Hinweise für Persönlichkeitsakzentuierung oder Persönlichkeitsstörung, vgl. act. 181 S. 45 oben) und es wurden persönliche Ressourcen erwähnt (ausreichende Ressourcen im interpersonellen Bereich, act. 181 S. 46 oben; vgl. auch die ausführliche Schilderung eines Tagesablaufs und der Freizeitgestaltung act. 181 S. 55). Der soziale Kontext wurde im Gutachten ebenfalls angesprochen und berücksichtigt (aktives soziales Engagement, keine Hinweise auf eine psychosoziale Desintegration des Versicherten, act. 181 S. 46 und 55). Auch der Aspekt der Konsistenz wurde (in der bidisziplinären Beantwortung der Gutachtenfragen, act. 181 S. 18 ff.) berücksichtigt und geprüft und etwaige Diskrepanzen (etwa hinsichtlich der Einschränkung des Aktivitätenniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen, vgl. act. 181 S. 23) von den H._____-Gutachtern verneint. Auch ein etwaiger Leidensdruck wurde geprüft: Diesbezüglich wurde im psychiatrischen Teilgutachten von H._____-Psychiaterin Dr. I._____ festgehalten, der Beschwerdeführer habe kein Morgentief und keine tageszeitlichen Stimmungsschwankungen mehr. Die Angstgefühle träten vermindert auf und die Einschlafprobleme hätten nachgelassen. Der Beschwerdeführer fühle sich ausgeglichener und ruhiger (E. 7.6.1 hievor). Auch sprechen die unbestrittenen Angaben im psychiatrischen Teilgutachten vom 23. August 2016, dass im Jahr 2016 bis zur psychiatrischen H._____-Untersuchung vom 8. August 2016 nur zwei psychiatrisch-psychotherapeutische Konsultationen stattgefunden haben (vgl. E. 7.6.1 hievor) bzw. aktuell keine regelmässige ambulante psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit festgelegter Sitzungsfrequenz erfolge (vgl. act. 181 S. 42 Mitte) sowie der anlässlich des Labors (Labormedizinisches Zentrum Dr. O._____, [...]) vom 8. August 2015 (recte: 2016) erhobene, nicht im wirksamen Bereich gelegene Medikamentenspiegel des Antidepressivums Duloxetin (vgl. act. 181 S. 45 Mitte) klar gegen einen erheblichen Leidensdruck (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_283/2015 vom 24. Juni 2015 E. 4.2.2). Damit trägt das H._____-Gutachten vom 19. September 2016 den zu beachtenden Indikatoren nach BGE 141 V 281 hinreichend Rechnung und es überwiegen die Gründe, die - in Bezug auf die psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers - keine massgebliche Arbeitsunfähigkeit in psychischer Hinsicht annehmen lassen, klar. Aufgrund der erhobenen Daten und Befunde ist die Beurteilung der H._____-Gutachter vollständig, begründet und nachvollziehbar. Gestützt auf das H._____-Gutachten vom 19. September 2016 ist demnach von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer den körperlichen Beschwerden angepassten Tätigkeit auszugehen. Dass sich daran - abgesehen von der gemäss Stellungnahme von RAD-Psychiaterin Dr. K._____ vom 4. Mai 2017 bloss möglichen, zeitlich limitierten Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit August 2016 mit einer vorübergehenden 50%-igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 7.9 hievor) - bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 12. Mai 2017 etwas geändert hätte, ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Diesbezüglich ist etwa auf die genannte Stellungnahme von RAD-Psychiaterin Dr. K._____ hinzuweisen, gemäss welcher aufgrund des Berichts von Dr. J._____ vom 10. April 2017 unklar ist, ob aktuell (im April/Mai 2017) tatsächlich die in diesem Bericht diagnostizierte mittelgradige depressive Episode bestanden hat (vgl. E. 7.9 hievor). Der medizinische Sachverhalt ist nach dem Gesagten aufgrund der erhobenen Daten und Befunde im H._____-Gutachten vom 19. September 2016 und der Stellungnahme von RAD-Psychiaterin Dr. K._____ vom 4. Mai 2017 hinreichend abgeklärt. Von weiteren medizinischen Abklärungen sind - entgegen dem Eventualvorbringen des Beschwerdeführers (Einholung eines Verlaufsgutachtens, vgl. BVGer-act. 1 S. 7 unten) - keine entscheidungswesentlichen neuen

Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 E. 4b; 122 V 162 E. 1d). Im Weiteren ist zu prüfen, ob das vorgerückte Alter des Beschwerdeführers die erwerbliche Verwertung seiner Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausschliesst, wie dies der Beschwerdeführer geltend macht.

E. 9.1

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit abzustellen (BGE 138 V 457 Regeste, Präzisierung der Rechtsprechung). Die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit (bei erstmaliger Rentenprüfung oder im Revisionsfall, BGE 138 V 457 E. 3.3) steht fest, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 138 V 457 E. 3.4).

E. 9.2

In seinem Urteil BVGer B-1708/2011 vom 24. Oktober 2013 verwies das Bundesverwaltungsgericht für die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer Verweistätigkeit im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprache auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzung von Dr. L._____, Facharzt für Rheumatologie und Rehabilitation, in dessen Gutachten vom 14. Oktober 2003 (act. 28), gemäss welcher dem Beschwerdeführer eine Verweistätigkeit in Form einer administrativen Tätigkeit oder Bürotätigkeit zu 100% möglich war (vgl. Urteil B-1708/2011 E. 5.2.1, 5.4.2). Die im Jahr 2010 begutachtenden Dres. D._____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, und E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, attestierten dem Beschwerdeführer eine Restarbeitsfähigkeit von 90%.

E. 9.3

Die vorliegende, erneut verfügte wiedererwägungsweise Rentenaufhebung ist nach der Rechtsprechung nur zulässig, wenn ausgewiesen ist, dass bis zum vorliegend verfügteten Rentenende (30. Juni 2017) nicht wieder eine Invalidität eintrat (vgl. E. 8.1 hievorig, Urteil des BGer 9C_816/2013 vom 20. Februar 2014 E. 2.1). In Übereinstimmung mit dieser Rechtsprechung hat die Vorinstanz vor Erlass ihrer rentenaufhebenden Verfügung vom 12. Mai 2017 das orthopädisch/traumatologische und psychiatrische H._____-Gutachten der Dres. F._____ und I._____ vom 19. September 2016 veranlasst. Die H._____-Gutachter stellten im Zeitpunkt ihrer Untersuchungen vom 8. August 2016 eine Verbesserung der von den Dres. D._____ und E._____ im Jahr 2010 attestierten Restarbeitsfähigkeit von 90% auf 100% fest.

E. 9.4

Vorliegend ist für die Bestimmung des Zeitpunkts des Feststehens der medizinischen Zumutbarkeit einer Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf den Zeitpunkt der Erstattung des im vorliegenden Verfahren eingeholten H._____-Gutachtens vom 19. September 2016 abzustellen und von einer im massgeblichen Zeitpunkt medizinischen Zumutbarkeit einer vollen Erwerbstätigkeit auszugehen. Damals war der am 12. März 1954 geborene Beschwerdeführer zwar bereits 62 ½ Jahre alt. Vorliegend ist die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im massgeblichen Zeitpunkt entgegen seinem Vorbringen (vgl. BVGer-act. 1 S. 7 [E. 5.3 hievorig], vgl. auch act. 89 [Sachverhalts-Bst. D]) auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt dennoch klar zu bejahen, da dieser, wie dargestellt (vgl. E. 9.2 hievorig), in angepasster Tätigkeit stets - über praktisch die

ganze Leistungsbezugszeit - eine Arbeitsfähigkeit zwischen 90 und 100% aufweist und, wie zu zeigen sein wird, nicht über den für Eingliederungsmassnahmen erforderlichen subjektiven Eingliederungswillen verfügt, weshalb er weder Eingliederungsmassnahmen verlangen kann, welche zum Vornherein zum Scheitern verurteilt wären, noch die weitere Ausrichtung einer offensichtlich nicht geschuldeten Invalidenrente (vgl. betr. Beurteilung der Eingliederungsfrage im Falle einer wiedererwägungsweisen Rentenaufhebung nach langjährig ausgerichteter Invalidenrente insbesondere Urteil des BGer 9C_816/2013 E. 2; betr. den subjektiven Eingliederungswillen vgl. nachfolgend E. 11 und 12).

E. 10.1

Gemäss Art. 18 (Arbeitsvermittlung) Abs. 1 IVG Buchstabe a haben arbeitsunfähige Versicherte, welche eingliederungsfähig sind, Anspruch auf aktive Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes. Nach Art. 18 Abs. 2 IVG veranlasst die IV-Stelle diese Massnahmen unverzüglich, sobald eine summarische Prüfung ergibt, dass die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Dabei reicht die blossе Vermutung, der Arbeitsmarkt biete keine Tätigkeiten für Personen ab 60 Jahren mit - wie vorliegend - behinderungsbedingten Einschränkungen im Gehen und längeren Stehen an, nicht aus, um den (ansonsten gegebenen) Anspruch auf Arbeitsvermittlung wegen Unverhältnismässigkeit zu verneinen, ohne dass zuvor intensive Bemühungen stattgefunden haben, der versicherten Person eine Stelle zu vermitteln (vgl. Urteil des BGer I 776/04 vom 29. März 2005).

E. 10.2

Vorausgesetzt ist für den Anspruch auf Arbeitsvermittlung immer der Eingliederungswille, d.h. die erklärte Bereitschaft und das entsprechende Verhalten der versicherten Person, arbeiten zu wollen. Daher kann die Arbeitsvermittlung eingestellt werden, wenn der Versicherte die Eingliederung erschwert oder verunmöglicht. Dies ist der Fall, wenn ein Versicherter das Ergebnis der Vermittlung aus eigenem Verschulden vereitelt oder wenn er seine Arbeitssuche zu passiv angeht oder wenn er überhaupt kein Interesse an einer Vermittlung auf dem Arbeitsmarkt zeigt. Lässt also der Versicherte den erforderlichen Eingliederungswillen vermissen, womit es hier an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit fehlt, kann die IV-Stelle die Arbeitsvermittlung beenden (Meyer/Reichmuth, a.a.O., N 8 zu Art. 18 IVG mit Hinweisen).

E. 10.3

Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr gemäss Art 21 Abs. 4 ATSG die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen.

E. 10.4

Nach Art. 49 Abs. 1 ATSG hat der Versicherungsträger über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, schriftlich Verfügungen zu erlassen. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung ist die Beendigung der Arbeitsvermittlung mangels rechtsgnüglichen Eingliederungswillen zu verfügen und der versicherten Person zu eröffnen (Urteil des BGer I 287/04 vom 7. Oktober

2004 E. 3.1 mit Hinweis auf AHI 2002 S. 109 E. 3a in fine).

E. 10.5

Hat der Versicherer die (ganze oder teilweise) Verweigerung von Leistungen zu Unrecht nicht in Verfügungsform, sondern formlos mitgeteilt und ist die betroffene Person damit nicht einverstanden, hat sie dies grundsätzlich innerhalb eines Jahres zu erklären. Diesfalls hat der Versicherer eine Verfügung zu erlassen, gegen welche Einsprache erhoben werden kann. Ohne fristgerechte Intervention erlangt der Entscheid rechtliche Wirksamkeit, wie wenn er zulässigerweise im Rahmen von Art. 51 Abs. 1 ATSG ergangen wäre (BGE 134 V 145, Rubrum, E. 5; vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, N 8 zu Art. 49 ATSG, Meyer/Reichmuth, a.a.O., N 3 zu Art. 58 IVG).

E. 11

Hinsichtlich des von der IV-Stelle C._____ in ihrer schriftlichen Mitteilung vom 19. November 2015 verneinten Eingliederungswillens des Beschwerdeführers - der Beschwerdeführer fühle sich derzeit subjektiv nicht arbeitsfähig (vgl. act. 157) - ist den Akten Folgendes zu entnehmen:

E. 11.1

Mit Schreiben des Eingliederungsspezialisten P._____ der IV-Stelle C._____ vom 5. Februar 2014 wurde der Beschwerdeführer zu einem Erstgespräch zwecks kurzer Standortbestimmung nach (...) eingeladen. Eine Kopie dieses Schreibens ging an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Rufener (act. 145).

E. 11.2

Gemäss Eintrag im Case Report der IV-Stelle C._____ teilte der Beschwerdeführer dem Eingliederungsspezialisten P._____ am 10. Februar 2014 telefonisch mit, dass er den Termin nicht wahrnehmen könne und dass er seit drei Jahren krankgeschrieben sei. Der Eingliederungsspezialist P._____ und der Beschwerdeführer vereinbarten ein Erstgespräch am 26. Februar 2014, 14h00, bei der IV-Stelle C._____ (vgl. act. 197 S. 8).

E. 11.3

Gemäss Case-Report-Eintrag erschien der Beschwerdeführer pünktlich zum vereinbarten Termin für das Erstgespräch vom 26. Februar 2014. Der Eingliederungsspezialist P._____ hielt fest, der Beschwerdeführer habe anlässlich des Erstgesprächs in seinem Verhalten eher unsicher und ängstlich gewirkt und angegeben, sein Bandscheibenvorfall und die Schmerzmittel wirkten sich auf die Psyche aus. Er sei deswegen in Behandlung und dadurch nicht arbeitsfähig. Zurzeit bestehe bis auf weiteres eine volle Arbeitsunfähigkeit. Sich in der Pflege zu bewerben, habe keinen Sinn, da er zu alt und auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr gefragt sei. Er pflege seine 84jährige Mutter und habe somit eine Struktur. Er mache den Haushalt und spiele Geige. Der Eingliederungsspezialist P._____ bemerkte im Case Report, aus seiner Sicht habe sich der Beschwerdeführer mit der Situation abgefunden und sei nicht allzu sehr bereit, diese zu verändern (act. 197 S. 3).

E. 11.4

Am 16. März 2015 besprach der Eingliederungsspezialisten P._____ mit einem gewissen Herrn Q._____ die Möglichkeit, dem Beschwerdeführer mit einem Arbeitsversuch eine Chance zu geben (act. 197 S. 8 am Ende). Herr Q._____ war der Ansicht, dass der Beschwerdeführer aufgrund seines Alters und seines beruflichen Werdegangs für einen

Arbeitsversuch nicht geeignet sei, auch fehle es hier an der Motivation (Absage, vgl. act. 197 S. 9 am Anfang).

E. 11.5

Am 28. August 2015 versuchte der Eingliederungsspezialist P._____ den Beschwerdeführer telefonisch zu erreichen. Am 9. Oktober 2015 teilte der Beschwerdeführer dem Eingliederungsspezialisten P._____ telefonisch mit, dass er durchgehend krankgeschrieben sei und keine Arbeitsfähigkeit aufweisen könne. Der Eingliederungsspezialist P._____ hielt im Case Report fest, der Beschwerdeführer habe ihn an seinen Rechtsvertreter verwiesen, er (P._____) solle sich mit diesem austauschen. Weiter hielt der Eingliederungsspezialist P._____ fest, beim Gespräch mit dem Beschwerdeführer sei wenig Motivation und Bereitschaft für ein klärendes Gespräch festzustellen gewesen. Die Weiterführung der Arbeitsvermittlung mache somit keinen Sinn, da sich der Beschwerdeführer verbal deutlich nicht motiviert verhalte und sich subjektiv festgelegt habe, dass er nicht arbeitsfähig sei. Anlässlich dieses Telefongesprächs informierte der Eingliederungsspezialist P._____ den Beschwerdeführer über den Abschluss der Eingliederung (vgl. act. 197 S. 9).

E. 11.6

Mit Mitteilung vom 19. November 2015 informierte die IV-Stelle C._____ Rechtsanwalt Rufener sowie den Beschwerdeführer als Kopieempfänger schriftlich über den Abschluss der Arbeitsvermittlung. Die IV-Stelle C._____ hielt in ihrer Mitteilung fest, in den Gesprächen mit dem Eingliederungsspezialisten habe der Beschwerdeführer mehrfach darauf hingewiesen, dass er aufgrund der Schmerzen und Medikamenteneinnahme nicht in der Lage sei einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Der Versuch, den Beschwerdeführer in den ersten Arbeitsmarkt zu einem Arbeitsversuch zu vermitteln, sei daher gescheitert. Da sich der Beschwerdeführer derzeit subjektiv nicht arbeitsfähig fühle, sei eine Weiterführung der Arbeitsvermittlung nicht zielführend. Der medizinische Sachverhalt werde nun nochmals überprüft um anschliessend über die weiteren Ansprüche zu entscheiden. Betreffend Rente werde der Beschwerdeführer eine separate Verfügung erhalten. Hinsichtlich des Abschlusses der Arbeitsvermittlung könne er schriftlich eine beschwerdefähige Verfügung verlangen. Das Gesuch sei kurz zu begründen und unterzeichnet bei der IV-Stelle C._____ einzureichen (vgl. act. 157).

E. 11.7

Mit Schreiben vom 8. Januar 2015 (recte: 8. Januar 2016) liess Rechtsanwalt Rufener der IV-Stelle C._____ die Namen der behandelnden Ärzte des Beschwerdeführers zukommen (act. 163), und mit Schreiben vom 23. März 2016 ersuchte er die IV-Stelle C._____, ihn über den Stand der Abklärungen bzw. des Verfahrens zu informieren (act. 172).

E. 11.8

Mit Mitteilung vom 27. April 2016 informierte die IV-Stelle C._____ den Beschwerdeführer über die beabsichtigte Einholung eines bidisziplinären medizinischen (orthopädisch/psychiatrischen) Gutachtens bei den Dres. F._____ und I._____, H._____ (...) (act. 174).

E. 11.9

Mit am 4. Mai 2016 bei der IV-Stelle C. _____ eingegangenem Schreiben (unrichtig datiert mit 23. März 2016) teilte Rechtsanwalt Rufener der IV-Stelle C. _____ mit, dass gegen die vorgeschlagenen Gutachterinnen keine Einwendungen erhoben würden (act. 176). Gleichzeitig teilte Rechtsanwalt Rufener der IV-Stelle C. _____ mit, Gegenstand der Diskussion sei weniger der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers als solcher, sondern die Frage, ob dem Beschwerdeführer aufgrund seines Alters - dieser habe am 12. März 2016 das 62. Altersjahr überschritten - eine Wiedererwägung noch zumutbar sei.

E. 11.10

Mit unrichtig datiertem Schreiben vom 31. August 2016 (Posteingang 1. November 2016, act. 189) teilte Rechtsanwalt Rufener der IV-Stelle C. _____ mit, aufgrund der Aussagen im H. _____-Gutachten (vom 19. September 2016) gehe er davon aus, dass von der initial beabsichtigten Renteneinstellung abgesehen und ihm bis zum Erreichen des AHV-Alters des Beschwerdeführers weiterhin eine IV-Rente ausgerichtet werde. Zur Höhe des IV-Grades erwarte er einen Vorschlag, bevor ein neuer Vorbescheid zugestellt werde. Im heutigen Zeitpunkt bzw. im heutigen Alter des Beschwerdeführers von 62 ½ Jahren seien Umschulungs- und Eingliederungsmassnahmen jedenfalls weder sinnvoll noch zumutbar (vgl. act. 189).

E. 11.11

Gemäss Case-Report-Eintrag vom 7. Februar 2017 erachtete die IV-Stelle C. _____ eine Verfügung betreffend berufliche Massnahmen als nicht notwendig, da der Beschwerdeführer gegen die Verfügung vom 26. November 2010 (act. 122) keine Beschwerde erhoben habe und mit (unrichtig datiertem) Schreiben vom 31. August 2016 (act. 189) auch keine beruflichen Massnahmen gewünscht habe (vgl. act. 197 S. 14).

E. 11.12

Daraufhin kündigte die IV-Stelle C. _____ mit Vorbescheid vom 9. Februar 2017 (act. 191) dem Beschwerdeführer die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 28. April 2004 und damit der bisherigen Rente an. Am 12. Mai 2017 verfügte die Vorinstanz wie von der IV-Stelle C. _____ angekündigt die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 28. April 2004 aufgrund eines rentenausschliessenden Invaliditätsgrads von 32% (act. 201).

E. 12

Vorliegend stellte die IV-Stelle C. _____ bei Einstellung der Arbeitsvermittlung am 19. November 2015 den Eingliederungswillen des Beschwerdeführers in Abrede. Der Beschwerdeführer fühle sich derzeit subjektiv nicht arbeitsfähig (vgl. schriftliche Mitteilung vom 19. November 2015, act. 157). Der medizinische Sachverhalt wurde im Rahmen der H. _____-Begutachtung nochmals überprüft. Gemäss H. _____-Expertise vom 19. September 2016 besteht in einer leidensangepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit. Demgegenüber gab der Beschwerdeführer anlässlich der psychiatrischen H. _____-Untersuchung von Dr. I. _____ vom 8. August 2016 an, er habe genug gearbeitet und glaube nicht, dass er die Chance habe, einer regelmässigen Tätigkeit nachzugehen (act. 181 S. 43 Mitte) bzw. er sehe sich ausserstande, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (act. 181 S. 45).

E. 12.1

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung können berufliche Massnahmen unter anderem dazu dienen, subjektive Eingliederungshindernisse im Sinne einer Krankheitsüberzeugung zu beseitigen. Es bedarf indessen auch diesfalls eines Eingliederungswillens bzw. einer entsprechenden Motivation der versicherten Person. Vorliegend ist ein subjektiver Eingliederungswille des Beschwerdeführers klar zu verneinen (vgl. das in E. 11 ff. hievordurchgeführte und H. _____-Gutachten). Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen entfällt folglich, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG durchgeführt werden müsste (vgl. statt vieler Urteil 9C_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3, vgl. auch Urteil des BVGer C-3952/2015 vom 16. November 2017 E. 7.3 mit Hinweisen).

E. 12.1.1

Soweit der Beschwerdeführer gegen die verfügte Rentenaufhebung auf das Bundesgerichtsurteil 9C_68/2015 vom 24. April 2015 hinweist, wo der subjektiv ausgeprägten Krankheitsüberzeugung der Beschwerdeführerin im dortigen Verfahren bzw. ihrer (zumindest vorerst) fehlenden Eingliederungsmotivation nicht mit einer direkten Rentenaufhebung, sondern mit der Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens zu begegnen gewesen wäre (Urteil 9C_68/2015 E. 5.1), fällt vorliegend zudem ins Gewicht, dass hier der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer gegen die schriftliche Mitteilung vom 19. November 2015, mit welcher die Vorinstanz die Beendigung der Arbeitsvermittlung mangels rechtsgnüglichem Eingliederungswillens mitteilte, nicht intervenierte und er erst eineinhalb Jahre später mit Beschwerde vom 29. Mai 2017 geltend machte, es sei zu Unrecht das Mahn- und Bedenkzeitverfahren nicht durchgeführt worden. Damit erlangte die vorinstanzliche Mitteilung vom 19. November 2015, wie in E. 10.5 hievordargelegt, rechtliche Wirksamkeit, wie wenn sie zulässigerweise im Rahmen von Art. 51 Abs. 1 ATSG ergangen wäre. Dabei war für den anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Erhalts der fraglichen Mitteilung aufgrund der Feststellung im Urteil B-1708/2011 vom 24. Oktober 2013, dass die Renteneinstellung (nur) so lange nicht gerechtfertigt sei, als die Vorinstanz bzw. die C. _____ IV-Stelle die Wiedereingliederung nicht aktiv gefördert und den Leistungsbezüger nicht hinreichend auf die berufliche Eingliederung vorbereitet habe (vgl. Urteil B-1706/2011 E. 7.4 am Ende), klar erkennbar, dass nach erfolgter nochmaliger Überprüfung des medizinischen Sachverhalts (H. _____-Gutachten vom 19. September 2016) die IV-Stelle im vorliegenden Fall befugt war, die Invalidenrente ohne Weiterungen ex nunc et pro futuro aufzuheben.

E. 13

Hinsichtlich des Invaliditätsgrades wurde im Urteil des BVGer B-1708/2011 vom 24. Oktober 2013 festgehalten, beim Beschwerdeführer resultiere ein (rentenausschliessender) Invaliditätsgrad von 32,46% (Urteil B-1708/2011 E. 5.4.3; vgl. dort angefochtene Verfügung vom 10. Februar 2011 mit Angabe eines Valideneinkommens bei Rentenzusprache von Fr. 76'310.- und eines Invalideneinkommens von Fr. 51'532.40, act. 129 S. 4 f.). Die entsprechenden, in der Rentenaufhebungsverfügung vom 10. Februar 2011 genannten Vergleichseinkommen wurden auch in der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 12. Mai 2017 berücksichtigt (act. 201 S. 4). Aufgrund des klar rentenausschliessenden Invaliditätsgrades von gerundet 32% des Beschwerdeführers ist vorliegend eine leistungswirksame Veränderungen bis zum verfügten Rentenende (30. Juni 2017) auszuschliessen, insbesondere da beim Beschwerdeführer gemäss H. _____-Expertise vom 19. September 2016 in einer leidensangepassten Tätigkeit wiederum - das oben

erwähnte Invalideneinkommen von Fr. 51'532.40 basierte auf einer vollen Restarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (act. 129 S. 4 f.) - eine volle Arbeitsfähigkeit besteht und auch ein höherer, den gewährten Abzug von 10% übersteigender Leidensabzug vom LSE-Tabellenlohn nicht zu gewähren ist, da Hilfsarbeiten auf dem massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden (vgl. Urteile des BGer 8C_477/2016 vom 23. November 2016 E. 4.2 und 8C_328/2011 vom 7. Dezember 2011 E. 10.2). Nach dem Dargelegten führt dies zur Abweisung der Beschwerde.

E. 14

Mit dem Urteil in der Sache wird das Gesuch des Beschwerdeführers vom 26. Juli 2017 (BVGer-act. 7) um Gewährung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde gegenstandslos (vgl. Urteil des BGer 9C_368/2012 vom 28. Dezember 2012 E. 4).

E. 15

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 15.1

Die Verfahrenskosten werden unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache im vorliegenden Verfahren auf Fr. 800.- festgesetzt (Art. 63 Abs. 4bis VwVG sowie Art. 1, 2 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Sie sind vom unterliegenden Beschwerdeführer zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG) und mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.- zu verrechnen.

E. 15.2

Weder der unterliegende Beschwerdeführer noch die obsiegende Vorinstanz haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario und Art. 7 Abs. 3 VGKE).

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