

BVGer B-1009/2011 vom 9. Mai 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-05-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-1009_2011

FR: TAF B-1009/2011 du 9 mai 2012

IT: TAF B-1009/2011 del 9 maggio 2012

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021), sofern keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die Vorinstanz, die mit Verfügungen über Rentengesuche von Grenzgängerinnen und Grenzgängern befasst ist (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. Art. 69 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20] sowie Art. 40 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]).

E. 1.2

Der Beschwerdeführer war Grenzgänger. Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV hierfür vorgesehen, hat die IV-Stelle BS, in deren Tätigkeitsgebiet der Versicherte in seiner Eigenschaft als Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, in korrekter Weise die Anmeldung für Leistungen der IV entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 11. Januar 2011 erlassen hat.

E. 1.3

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das Verwaltungsverfahrensgesetz aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 1.4

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Verfügung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland vom 11. Januar 2011. Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (Art. 60 ATSG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung vom 11. Januar 2011 ist der Beschwerdeführer besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Änderung oder Aufhebung (Art. 59 ATSG). Damit ist auf die Beschwerde, nachdem auch der geforderte Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde,

einzutreten.

E. 2.1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit, wenn nicht eine kantonale Behörde als Beschwerdeinstanz verfügt hat (Art. 49 VwVG).

E. 2.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Häberli, in: Waldmann/Weissenberger, Praxiskommentar VwVG, Art. 62 N 40).

E. 2.3

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 3

Vorab ist zu prüfen, welche Rechtsnormen im vorliegenden Verfahren zur Anwendung gelangen.

E. 3.1

Der Beschwerdeführer besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft und wohnt in Deutschland, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft mit ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist, insbesondere dessen Anhang II, der die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit regelt (vgl. Art. 80a IVG, in Kraft seit dem 1. Juni 2002). Nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831.109.268.1) haben Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnen und für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Demnach richten sich die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe nach schweizerischem Recht, insbesondere dem IVG, dem IVV, dem ATSG sowie der entsprechenden Verordnung vom 11. September 2002 (ATSV, SR 830.11).

E. 3.2

In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. 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; vgl. BGE 130 V 445). Damit finden im vorliegenden Verfahren grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. Januar 2011 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind.

E. 3.3

Bezüglich der vorliegend auf Grund von Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG zu berücksichtigenden ATSG-Normen zur Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) und zur Bestimmung des Invaliditätsgrades (Art. 16) hat das Schweizerische Bundesgericht (vormals Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG]) erkannt, dass es sich bei den in Art. 3-13 ATSG enthaltenen Legaldefinitionen in aller Regel um eine formellgesetzliche Fassung der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu den entsprechenden Begriffen vor In-Kraft-Treten des ATSG handelt und sich inhaltlich damit keine Änderung ergibt, weshalb die hierzu entwickelte Rechtsprechung übernommen und weitergeführt werden kann (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3).

E. 4.1

Streitig ist im vorliegenden Fall, ob die Vorinstanz das Rentenerhöhungsgesuch des Beschwerdeführers vom 8. Oktober 2007 zu Recht abgewiesen hat, wobei die Frage im Zentrum steht, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in rentenrelevanter Weise verschlechtert hat bzw. ob der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt worden ist. Nachfolgend sind die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden gesetzlichen Grundlagen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen.

E. 4.2

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

E. 4.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente.

E. 4.4

Um beurteilen zu können, ob der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung überwiegend wahrscheinlich eine anspruchrelevante Änderung erfahren hat, 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 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc). Eine zumutbare Arbeitsmöglichkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen (leidensangepasste Verweisungstätigkeit; ZAK 1986 S. 204 f.). Die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht haben die medizinischen Unterlagen nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a, BGE 122 V 157 E. 1c). Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, m.w.H.). Berichte der behandelnden Ärzte schliesslich sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

E. 4.5

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades bei erwerbstätigen Versicherten wird das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Dieser

Einkommensvergleich hat in der Regel so zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1, BGE 104 V 135 E. 2a und b; ZAK 1990 S. 518 E. 2).

E. 4.6

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). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbefehlende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV).

E. 4.6.1

Ein Revisionsgrund ergibt sich aus jeder wesentlichen Änderung der tatsächlichen Verhältnisse, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 343 E. 3.5, m.w.H., SVR 2004 IV Nr. 5 S. 13 E. 2). Keine Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse bedeutet eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhalts (zum Beispiel eine andere Einschätzung der zumutbaren Arbeitsleistung, vgl. SVR 2004 IV 5, E. 3.3; 1996 IV Nr. 70 E. 3a).

E. 4.6.2

Ob eine revisionsrechtlich relevante Änderung eingetreten ist, beurteilt sich grundsätzlich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen bzw. letzten rechtskräftigen, auf einer materiellen Prüfung mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und durchgeführtem Einkommensvergleich beruhenden Rentenverfügung bestanden hat (Ausgangszeitpunkt), mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheides (Referenzzeitpunkt, BGE 133 V 108 E. 5.4, BGE 125 V 369).

E. 4.6.3

Im vorliegenden Fall wurde mit Verfügung vom 2. März 2004 aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers der Invaliditätsgrad von 50 % auf 67 % erhöht, was die Ausrichtung einer Dreiviertelrente zur Folge hatte. Anlässlich dieses Rentenrevisionsverfahrens wurde eine abgeschlossene materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung vorgenommen, weshalb die Verfügung vom 2. März 2004 den Ausgangszeitpunkt begründet. Die angefochtene Verfügung vom 11. Januar 2011 begründet den Referenzzeitpunkt.

E. 5

Im Rahmen der vorliegend als Vergleichsbasis dienenden ursprünglichen Verfügung vom 2. März 2004, mit welcher dem Beschwerdeführer ein Invaliditätsgrad von 67 % attestiert und eine Dreiviertelrente zugesprochen wurde, präsentierte sich die medizinische Aktenlage wie folgt:

E. 5.1

Im Bericht der Klinik C. _____ vom 25. Januar 2001 hielten Dr. med. T. _____ und Dr. med. U. _____ fest, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 22. Juni 1995 eine HWS-Distorsion und eine leichte traumatische Hirnverletzung mit der Folge persistierendem zervikozephalen Symptomenkomplex mit myofaszialer Schmerzausbreitung, neuropsychologischen Funktionsstörungen sowie einer vegetativen Dysregulation erlitten habe. Beim zweiten Verkehrsunfall vom 29. April 1999 habe der Beschwerdeführer eine HWS-Distorsion erlitten, was in der Folge eine Verschlechterung der vorbestehenden Symptomatik und eine leichte Zunahme der Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten bewirkt habe. Durch die anhaltende Schmerzproblematik, die kognitiven Beeinträchtigungen sowie die vegetative Dysregulation sei der Beschwerdeführer in seiner psychophysischen Belastbarkeit deutlich eingeschränkt, was zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität und der Leistungsfähigkeit geführt habe (vgl. IV act. 13.2 S. 32 ff).

E. 5.2

Dr. med. M. _____, Facharzt Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten, diagnostizierte in seinem Arztbericht vom 20. Juni 2001 beim Beschwerdeführer einen Tinnitus als Folge der Unfallereignisse. Er führte aus, dass die Störung der Konzentrationsfähigkeit und der Aufmerksamkeit sowie das zusätzliche Auftreten von Merkfähigkeitsstörungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis typisch für eine leichte, traumatische Hirnverletzung seien. Im Zusammenhang mit dem Unfallereignis könne eindeutig peripher, vestibuläre Untererregbarkeit rechts festgestellt werden. Eine mögliche Erklärung für die Schwindelerscheinungen sei ein St. n. Commotio auris interae (vgl. IV act. 13.2. S. 7 ff.).

E. 5.3

Dr. med. N. _____, Facharzt Neurologie, berichtete in seinem neuropsychologischen Gutachten vom 26. Januar 2002, dass neuropsychologische Untersuchungen mässige kognitive Defizite ergeben haben, welche als subcortical und frontal bedingt einzustufen seien. Vorwiegend betroffen seien die Aufmerksamkeitsfunktionen, insbesondere die selektive und geteilte Aufmerksamkeit, die Konzentrationsleistungen sowie die Gedächtnisleistung und die Umstellung in der verbalen Modalität. Diese kognitiven Einbussen müssten auf ein leichtes Schädelhirntrauma und/oder milde traumatische Hirnverletzung anlässlich des ersten Unfalls zurückgeführt werden. Der zweite Unfall habe zu einer Zunahme der Schmerzproblematik geführt, da der Beschwerdeführer eine HWS-Distorsion erlitten habe. Anhaltspunkte für eine erneute Hirnbeteiligung anlässlich dieses Unfalles ergäben sich keine. Die chronifizierten Schmerzen würden ebenfalls zu einer Verringerung der kognitiven Leistungsfähigkeit führen. Zudem sei aufgrund der Hirnverletzung eine modifizierte Schmerzempfindung anzunehmen. Dr. med. N. _____ geht in seinem Bericht davon aus, dass beim Beschwerdeführer mit einer wesentlichen Besserung in Zukunft nicht mehr zu rechnen und der Endzustand erreicht sei (act. 13.1 S. 30 ff.).

E. 5.4

Der SUVA Arzt Dr. med. O. _____, Facharzt Neurologie, hielt in seiner neurologischen Beurteilung vom 7. März 2002 fest, dass er Dr. med. N. _____'s Beurteilung zustimme und der Endzustand erreicht sei sowie mit einer wesentlichen Besserung der Arbeitsfähigkeit in Zukunft nicht zu rechnen sei. Er setzte den gesamten Integritätsschaden aufgrund einer leichten Hirnfunktionsstörung, der Schmerzproblematik sowie dem

intermittierenden Tinnitus und der Gleichgewichtsstörung auf 55 % fest (vgl. IV act. 13.1. S. 27 ff.).

E. 6

Aus den im Rahmen des Revisionsverfahrens beigezogenen SUVA-Akten (vgl. IV act. 53.1-5) sowie den weiteren medizinischen Unterlagen ergibt sich über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers folgendes Bild:

E. 6.1

Dr. med. F._____, Facharzt Neurologie, hielt in seinem Bericht vom 26. Januar 2005 fest, der Beschwerdeführer leide seit seinem Unfall vor 10 Jahren unter rezidivierenden Episoden mit einerseits Erschöpfungszuständen und andererseits Schmerzexazerbationen, die abwechslungsweise auftreten (IV act. 53.3 S. 36 ff.).

E. 6.2

Im Bericht von Dr. med. G._____, Kantonsspital Basel, Abteilung für Pneumologie, vom 21. Juli 2005 führte dieser aus, dass beim Beschwerdeführer aufgrund seiner unklaren Schlafstörungen und rezidivierenden Erschöpfungszuständen eine Polysomnographie durchgeführt worden sei. Dr. med. G._____ schloss aufgrund des Polysomnographie-Befundes ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom aus. Er hielt fest, auffallend sei, dass trotz der Medikation mit Efexor der REM-Schlaf-Anteil normal gewesen sei, was ihn daran zweifeln lasse, dass der Beschwerdeführer am Tag der Polysomnographie Efexor eingenommen habe. Es hätten keine eindeutigen Ursachen für die Schlafstörungen und Erschöpfungszustände festgestellt werden können (vgl. IV act. 53.3 S. 22 ff.).

E. 6.3

Im Bericht vom 20. September 2006 berichtete Dr. med. F._____ über den Verlauf des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers. Dieser habe eine heftige Blockierung im Bereich der HWS erlitten, welche nur verzögert rückbildungsfähig gewesen sei, so dass er seither unter einem konsekutiven Erschöpfungszustand leide. Dieser sei im Vergleich zu früheren Jahren sehr massiv, der Beschwerdeführer sei nur noch müde, habe Gliederschmerzen und eine verminderte Belastbarkeit (vgl. IV act. 53.2 S. 3 ff.).

E. 6.4

Dr. med. D._____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte dem Beschwerdeführer in seinem psychiatrischen Untersuchungsbericht vom 19. Februar 2007 ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10 F07.2) mit letztlich nicht definitiv klärbarer Aetiologie. Der Beschwerdeführer klagte über Erschöpfungszustände, die meistens nach Schmerzexazerbationen auftreten würden. Er fühle sich dann sehr müde und habe ein hohes Schlafbedürfnis (IV act. 53.1 S. 23 ff.).

E. 6.5

Prof. Dr. B._____ führte in seiner Stellungnahme vom 3. Oktober 2007 aus, dass beim Beschwerdeführer eine eigentliche Schmerzerkrankung mit allen Zeichen einer schwersten Chronifizierung bestehe. Die Grundlage für diese Entwicklung seien die Unfallfolgen vom Unfall am 22. Juni 1995 mit einem sogenannten leichten Schädel-Hirn-Trauma kombiniert mit einer HWS-Distorsion. Aktuell bestehe, wie bereits seit langem, ein andauernder schwerer Erschöpfungszustand (Neuroorganisch bedingte Fatigue kombiniert mit

psychopathologischen Komponenten) und generalisierte Weichteil- und Gliederschmerzen. Sämtliche vielfältigen medikamentöse Behandlungsversuche dieser Fatigue hätten bis anhin keine wesentliche Besserung erbracht. Aktuell laufe ein Versuch mit Selegilin in hoher Dosierung, welcher eine sehr gute ärztliche Überwachung benötige. Gemäss Prof. Dr. B._____ sei es aufgrund dieser seit mehreren Jahren andauernden Situation schlichtweg undenkbar, dass der Beschwerdeführer eine vielleicht theoretisch noch vorhandene Erwerbsfähigkeit von einigen Stunden pro Woche wertschöpfend umsetzen könne. Er beurteile den Beschwerdeführer als vollständig arbeits- und erwerbsunfähig. Es bestünden keinerlei Chancen, eine Restarbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt wertschöpfend umzusetzen (vgl. IV act. 47 S. 2 f.).

E. 6.6

Dr. phil. I._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie und Psychotherapie FSP, führte in ihrem Bericht vom 6. März 2008 aus, dass sich die gesundheitliche Situation trotz intensiven Bemühens sowohl in neuropsychologischer/psychotherapeutischer wie auch hinsichtlich der Schmerzverarbeitungstherapie nicht verbessert hat. Eine wesentliche Verschlechterung sei ebenfalls nicht eingetreten. Die Beschwerden, wie sie vor März 2004 bestanden hätten, persistierten auch heute und führten durch den lange andauernden Zustand auch immer wieder zu starken Erschöpfungszuständen, dies trotz intensiver medizinischer und medikamentöser Behandlung. Dr. phil. I._____ stellt folgende neuropsychologische Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - St. nach Schädel-Hirn-Trauma 1995 mit - chronischen Schmerzen (ICD-10; R52.2) - chronischem Erschöpfungssyndrom - neuropsychologischen Defiziten Die starke Schmerzproblematik und schnelle Erschöpf- und Ermüdbarkeit und die neuropsychologischen Defizite wirkten sich so stark limitierend auf die Arbeitserbringung aus, dass diese trotz grosser Motivation und Willensanstrengung seitens des Patienten auch weiterhin nicht mehr gegeben ist bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich erbracht werden könne. Gemäss Dr. phil. I._____ ist eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer/psychotherapeutischer Sicht nicht mehr möglich. Der über mehrere Jahre durch den früheren Arbeitgeber des Beschwerdeführers zur Verfügung gestellte Eingliederungsarbeitsplatz sei ihm gekündigt worden, da er trotz vielen Versuchen und Arbeitsplatzanpassungen nicht in der Lage gewesen sei, eine ausreichend verwertbare Leistung zu erbringen (vgl. IV act. 60).

E. 6.7

Aus dem interdisziplinären MEDAS-Gutachten vom 30. März 2009 (vgl. IV act. 77 und 80), welches internistische, rheumatologische, neurologische, neuropsychologische und psychiatrische Beurteilungen enthält, gehen zusammengefasst folgende Ergebnisse hervor:

E. 6.7.1

Im rheumatologischen Teilgutachten stellte die Gutachterin Dr. med. P._____, Fachärztin Physikalische Medizin und Rehabilitation, fest, dass eine erhebliche Insuffizienz insbesondere der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur mit daraus resultierender Fehlhaltung und somit ständiger Fehl- und Überbelastung insbesondere des Achsenorgans bestehe. Die Röntgendarstellungen des Achsenorgans ergäben zwar diskrete degenerative Veränderungen, welche jedoch nicht über das altersentsprechende Mass hinausgingen. Insbesondere im Bereich der HWS könnten keine segmentalen Instabilitäten und keine Hinweise auf frische oder ältere knöcherne Verletzungen objektiviert werden. Unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde bestehe somit aus

orthopädisch-rheumatologischer Sicht kein Gesundheitsschaden, der versicherungsmedizinisch betrachtet eine dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit, bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Projektleiter der Pharmaindustrie begründen könnte. Auch in allen allfälligen Verweistätigkeiten sei der Beschwerdeführer gemäss seinem allgemeinen Belastungsprofil 100 % arbeitsfähig. Dr. med. P._____ stellte folgende Diagnosen, welche jedoch keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten: - Chronisches cervicocephales und cervicobrachiales Schmerzsyndrom rechts betont mit Generalisierungstendenz mit/bei: - Fehlhaltung - myostatischer Insuffizienz - Status nach Velounfall am 22. Juni 1995 mit HWS-Distorsion - Status nach Heckauffahrkollision am 29. April 1999 mit intermittierender Exazerbation der vorbestehenden Symptomatik - DD: Verdacht auf medikamenteninduzierten Kopfschmerz - Chronisch rezidivierendes lumbales Schmerzsyndrom mit intermittierender pseudoradikulärer Symptomatik rechts mit/bei: - Fehlhaltung - myostatischer Insuffizienz - rezidivierenden segmentalen, costotransversalen und ISG-Funktionsstörungen - diskreter Chondrose LWK 5/SWK 1 ohne wesentliche ossäre Reaktion.

E. 6.7.2

Im neurologischen Teilgutachten kam der Gutachter Prof. Dr. med. Q._____, Facharzt Neurologie, zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer eine über ein leichtgradiges Schädel-Hirn-Trauma hinausgehende Kopfverletzung nicht wahrscheinlich sei. Dies angesichts fehlender Hinweise auf eine unfallassoziierte gravierende Kopfverletzung sowie der initialen ärztlichen Erstbeobachtungen mit fehlenden Hinweisen auf eine cerebrale Störung. Gegen eine wesentliche cerebrale Verletzung würden auch die durchgeführten Untersuchungen sowie die erhobenen neuropsychologischen Befunde sprechen. Der neurologische Befund ergebe keinen sicheren oder wahrscheinlichen Anhalt für eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem oder der Wirbelsäule. Dem gegenüber ergebe sich ein sicherer Hinweis auf eine demonstrative Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden. Die gebotene Präsentation habe dabei für eine bewusstseinsnahe ("gemachte") Störung gesprochen. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen der anamnestischen Angabe des Begutachteten zur aktuellen Schmerzstärke und dem völlig unbeeinträchtigt wirkenden klinischen Eindruck. Der erhobene neurokognitive Befund sei unauffällig gewesen. Insbesondere hätten sich beim Beschwerdeführer im Rahmen der Untersuchung keine Hinweise für eine Ermüdung ergeben. Der Beschwerdeführer sei konzentriert und vor allem zum Abschluss der gutachterlichen Untersuchung bemüht gewesen, die Ausprägung seiner Beschwerden nochmals eloquent und ausführlich zu betonen. Prof. Dr. med. Q._____ kam zum Schluss, dass sich weder aus den Aktendokumenten, der Anamnese, dem Untersuchungsbefund noch der medizinischen Evidenzlage einen Anhalt für ein erlittenes Trauma ergebe, welches geeignet gewesen wäre, dauerhafte Beschwerden jedwelcher Art zu unterhalten.

E. 6.7.3

Gemäss Dr. sc. hum. Dipl. Psych. R._____, welche das neuropsychologische Teilgutachten erstellt hat, habe der Beschwerdeführer während der neuropsychologischen Untersuchung ein Aggravationsverhalten gezeigt. Der WMT-Test (Greens Word Memory Test), welcher der Erfassung der Motivation, Anstrengungsbereitschaft und Gedächtnisleistung diene, sei vom Beschwerdeführer mit grosser Mühe durchgeführt worden. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass dieser Test auch von Patienten mit ausgeprägten Hirnleistungsstörungen gut bewältigt werde, erstaunten die Testresultate des

Beschwerdeführers, die weit unterhalb der Norm, vergleichbar mit Werten von Patienten mit mittelschweren Schädelhirntraumas, lägen. Auch beim Test SPM habe der Beschwerdeführer einen unterdurchschnittlichen Prozentrang erreicht. Sein sprachfrei erfasster IQ habe bei 78 gelegen, was weder mit seiner Ausbildung noch seinem bisherigen Berufsleben in Einklang zu bringen sei. Im COG Test habe der Beschwerdeführer bei der Testvariablen "Mittlere Zeit korrekte Zurückweisung" einen durchschnittlichen Prozentrang erreicht, allerdings seien mehr als 15 % der geforderten Reize oder mehr als 15 % der nicht geforderten Reize falsch beurteilt worden, was auf ein nicht angepasstes Arbeitstempo oder andere instruktionswidrige Bearbeitungsstrategien hinweise.

E. 6.7.4

Gemäss dem psychiatrischen Untersuchungsbefund von Dr. med. S._____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, habe beim Beschwerdeführer keine psychiatrische Störung festgestellt werden können, womit aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben sei. Gegen eine Neurasthenie, welche ohnehin keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätte, würden die von Prof. Dr. B._____ postulierten Unfallfolgen vom 22. Juni 1995 mit einem leichten Schädel-Hirn-Trauma kombiniert mit einer HWS-Distorsion sprechen. Für ein organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma seien nicht alle Kriterien erfüllt und der Verlauf mit einer Progredienz der Symptomatik spreche ebenfalls gegen eine solche Diagnose.

E. 6.7.5

Zusammenfassend wurde im interdisziplinären MEDAS-Gutachten vom 30. März 2009 festgehalten, dass unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde beim Beschwerdeführer weder aus internistischer noch aus rheumatologischer, neurologischer, neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht pathologische Befunde erhoben werden könnten, welche eine dauerhafte Einschränkung seiner Arbeitsfähigkeit medizinisch begründen könnten. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit Dezember 2005 nicht verändert. Es könne keine Diagnose gestellt werden, welche einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hätte. Der Beschwerdeführer sei in der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Biochemiker/Projektleiter medizinisch-theoretisch zu 100 % arbeitsfähig.

E. 6.8

Aus dem Bericht von lic. phil. L._____ vom 25. Oktober 2010 geht hervor, dass sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers in neuropsychologischer/psychotherapeutischer Sicht wie auch in Bezug auf die Schmerzverarbeitungstherapie nicht verbessert habe. Der Beschwerdeführer leide nach wie vor an einer ausgeprägten Schmerzproblematik, Schwindelattacken, schweren Erschöpfungszuständen und neuropsychologischen Defiziten und dies trotz intensiver medizinischer und medikamentöser Behandlung. Ihres Erachtens sei es nicht möglich, dass der Beschwerdeführer eine eventuell vorhandene Erwerbsfähigkeit von wenigen Stunden pro Woche wertschöpfend umsetzen könne. Zeitweise sei der Beschwerdeführer in der Lage, für eine Stunde am PC administrative Arbeiten zu verrichten. Dies sei jedoch abhängig vom jeweiligen Schmerzpegel und vom Erschöpfungszustand, weshalb die Einsätze ganz unregelmässig und nicht planbar seien (vgl. IV act. 85).

E. 6.9

Im Bericht von Prof. Dr. B. _____ vom 12. November 2010 verwies dieser auf seine Feststellungen gemäss seinem Bericht vom 3. Oktober 2007 und führte ergänzend aus, dass sich der medizinische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seither weiter verschlechtert habe, dies trotz allen therapeutischen Bemühungen und bei unverändert bester Kooperation des Beschwerdeführers. Die medizinischen Einschränkungen seien noch dieselben, aber sie hätten in quantitativer Hinsicht zugenommen. Es bestehe eine therapieresistente, andauernde Interaktion von physischen, psychischen und neurokognitiven Interaktionen, die in einer weitestgehenden Leistungsinsuffizienz mündeten (vgl. IV act. 86 S. 3).

E. 6.10

Prof. Dr. B. _____ führte im Bericht vom 23. Juni 2011 im Wesentlichen aus, dass der Beschwerdeführer seit der stationären Rehabilitationsbehandlung vom 26. September bis 21. November 1995 in seiner Behandlung sei. Der Beschwerdeführer habe auch in einem geschützten Arbeitsplatz seines früheren Arbeitgebers eine insuffiziente Arbeitsleistung mit vielen Arbeitsausfällen erbracht. Er habe von vornherein in einem marktkonformen Arbeitsplatz keine Reintegrationschancen gehabt. Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes beruhe auf einer kontinuierlichen klinischen Beobachtung des gesamten Verlaufs. Der Beschwerdeführer sei ganz offensichtlich in seinem Allgemeinzustand reduziert, und dies eindeutig zunehmend im zur Frage stehenden Zeitraum. Er sei blass, habe eine massive periorbitale Halonierung (Augenringe), sein Körpertonus sei vermindert, er spreche leise und gehemmt, bewege sich motorisch vorsichtig. Der Beschwerdeführer leide an einer massiven Fatigue, wie sie für diese Art chronischer Schmerzerkrankung typisch sei. Der Schlafrhythmus sei gestört, das Schlafbedürfnis gleichzeitig deutlich erhöht, der Schlaf praktisch nie erholsam. Die Fatigue habe beim Beschwerdeführer über den fraglichen Zeitraum auch deutlich zugenommen.

E. 7.1

Aus den dargelegten medizinischen Unterlagen wird ersichtlich, dass hinsichtlich der aktuellen medizinischen Befundaufnahme und den leistungsbezogenen Schlussfolgerungen ein klarer und unüberbrückbarer Widerspruch besteht. So attestiert der behandelnde Arzt Prof. Dr. B. _____ dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit, während die MEDAS-Gutachter hingegen zum Schluss kommen, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit voll arbeitsfähig sei und dies bereits seit dem Jahr 2005.

E. 7.2

Der Beschwerdeführer macht geltend, dass sich sein Gesundheitszustand seit der letzten Verfügung vom 2. März 2004 wesentlich verschlechtert habe, so dass er Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe. Es sei bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Frage nach der noch verwertbaren Arbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt auf die Einschätzung des behandelnden Arztes Prof. Dr. B. _____ abzustellen.

E. 7.3

Die Vorinstanz geht demgegenüber davon aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht wesentlich verschlechtert, aber auch nicht verbessert hat, bestätigt sie doch mit Verfügung vom 11. Januar 2011 den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Dreiviertelsrente. Das in Auftrag gegebene MEDAS-Gutachten vom 30. März 2009, mit welchem dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert wurde, wertet sie

implizit als eine im Rahmen der Rentenrevision unbeachtliche andere Beurteilung des gleichen Gesundheitszustandes. Die Vorinstanz ist insofern dem MEDAS-Gutachten nicht gefolgt. Sie hält indessen fest, dass gestützt auf das Gutachten eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit dem 2. März 2004 ausgeschlossen werden könne.

E. 7.4

Umstritten und zu prüfen ist daher, ob anhand der Berichte von Prof. Dr. B._____ seit dem Rentenentscheid vom 2. März 2004 tatsächlich eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erkennbar ist, welche eine rentenrelevante Erhöhung des Invaliditätsgrades rechtfertigen würde.

E. 8.1

Prof. Dr. B._____ begründet die Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers insbesondere mit den immer häufiger auftretenden Erschöpfungszuständen und Schlafanfällen als Folge des leichten Schädel-Hirn-Traumas kombiniert mit einer HWS-Distorsion. Er führte wiederholt aus, dass sämtliche medikamentöse Behandlungsversuche dieser massiven Fatigue des Beschwerdeführers keine Verbesserung gebracht hätten.

E. 8.2

Aus den dargelegten medizinischen Unterlagen geht hervor, dass der Beschwerdeführer bereits seit seinen Unfällen an unklaren Schlafstörungen und rezidivierenden Erschöpfungszuständen litt (vgl. Bericht von Dr. med. F._____ vom 26. Januar 2005 [IV act. 53.3 S. 36 ff.]). Die im Jahr 2005 von Dr. med. G._____ durchgeführte Polysomnographie schloss ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom aus. Dr. med. G._____ hielt fest, auffallend sei, dass trotz der Medikation mit Efexor der REM-Schlaf-Anteil normal gewesen sei, was ihn daran zweifeln lasse, dass der Beschwerdeführer am Tag der Polysomnographie Efexor eingenommen habe. Es hätten keine eindeutigen Ursachen für die Schlafstörungen und Erschöpfungszustände festgestellt werden können (vgl. IV act. 53.3 S. 22 ff.). Diese Feststellung deckt sich auch mit der MEDAS-Beurteilung vom 30. März 2009. Die Gutachter haben darin dargelegt, dass sich keine organische Ursachen für die geklagten Erschöpfungszustände und Schlafanfälle des Beschwerdeführers finden liessen und sie diese daher nicht nachvollziehen könnten. Für leichtgradige Schädel-Hirn-Traumen ergebe sich aus der vorliegenden medizinischen Evidenzlage kein hinreichend sicherer Anhalt auf so zu begründende dauerhafte kognitive Störungen. So hielt Dr. med. Q._____ in seinem neurologischen Teilgutachten fest, dass der Beschwerdeführer während der gesamten Untersuchung nicht schmerzgequält oder anderweitig wesentlich beeinträchtigt gewirkt habe. Sowohl das Gedächtnis, die Konzentration, die Aufmerksamkeit als auch die Auffassung des Beschwerdeführers seien intakt gewesen. Im Rahmen der einstündigen Untersuchung hätten sich keine Hinweise für eine Ermüdung ergeben. Auch die neuropsychologische Teilgutachterin Dr. R._____ setze sich mit den geklagten Erschöpfungszuständen des Beschwerdeführers auseinander. Sie kam jedoch zum Schluss, dass der Beschwerdeführer ein Aggravationsverhalten zeige, welches durch die unglaublichen Testresultate ersichtlich sei, und diese nicht den aktuellen Stand der kognitiven Fähigkeiten des Beschwerdeführers widerspiegeln.

E. 8.3

Es fällt auf, dass die MEDAS-Gutachter in Bezug auf die Erschöpfungszustände und Schlafanfälle wiederholt auf die deutliche Diskrepanz zwischen den objektiven Befunden und den subjektiven geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers hinweisen und mehrfach eine Aggravation beschreiben. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer selbst mit dem Auto zur MEDAS-Begutachtung von seinem Wohnort Lörrach bis nach Zürich gefahren ist (vgl. IV act. 77 S. 30), erstaunt angesichts der geklagten anfallartigen Schlafanfällen des Beschwerdeführers und seiner Aussagen, dass er keine Zusammenhänge mehr erkennen sowie seine Auffassungsgabe nur über einen kurzen Zeitraum aufrecht erhalten könne. Unter diesem Blickwinkel vermögen die Aussagen des Beschwerdeführers in Bezug auf eine Gesundheitsverschlechterung nicht zu überzeugen. Die Vorinstanz stützt sich zwar nicht auf das Ergebnis der MEDAS-Begutachtung, aber sie schliesst aufgrund der Ausführungen der MEDAS-Gutachter, dass die vom Beschwerdeführer anhand der Arztberichte von Prof. Dr. B._____ geltend gemachten vermehrten Erschöpfungszustände bzw. Schlafanfälle nicht ausgewiesen seien und daher keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. Diesbezüglich gilt festzuhalten, dass Prof. Dr. B._____ seine Einschätzung betreffend der Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht mit konkreten Angaben und Befunden belegt, sondern sich weitestgehend auf die subjektiven Beschwerden des Beschwerdeführers abstützt. Ferner setzt er sich nicht näher mit der Frage auseinander, welche leidensangepassten Tätigkeiten dem Beschwerdeführer allgemein noch zumutbar wären, sondern erachtet ihn generell als 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund des auftragsrechtlichen Vertrauensverhältnis von Prof. Dr. B._____ zum Beschwerdeführer ist diese Einschätzung mit Vorbehalt zu würdigen (vgl. E. 4.4). Um eine Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen, müssen mindestens objektive Hinweise für eine Verschlimmerung des bestehenden Leidens oder weitere Einschränkungen, welche noch nicht berücksichtigt wurden, bestehen. Sowohl Dr. med. G._____ als auch die MEDAS-Gutachter haben für die geltend gemachte Verschlimmerung des Gesundheitszustandes jedoch keine objektiven Hinweise gefunden. Auch die Berichte der behandelnden Psychologinnen stützen sich auf die subjektiven Aussagen des Beschwerdeführers und enthalten keine objektive Hinweise für eine Verschlimmerung. So führte Dr. phil. I._____, welche den Beschwerdeführer seit August 1997 behandelt, in ihrem Bericht vom 6. März 2008 aus, dass sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers nicht verbessert habe, aber auch eine wesentliche Verschlechterung ebenfalls nicht eingetreten sei.

E. 9

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die vorliegenden Arztberichte von Prof. Dr. B._____ - entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers - nicht darauf schliessen lassen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 2. März 2004 wesentlich verschlechtert hat. Angesichts der unveränderten Verhältnisse besteht damit weiterhin bei einem Invaliditätsgrad von 67 % Anspruch auf die bisherige Dreiviertelsrente. Demzufolge ist die Beschwerde abzuweisen und der vorinstanzliche Entscheid zu bestätigen.

E. 10

Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten zu tragen, die sich aus der Gerichtsgebühr und den Auslagen zusammensetzen (vgl. Art. 63 Abs. 1 VwVG). Sie werden unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache im

vorliegenden Verfahren auf Fr. 400.- 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]) und mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet. Dem unterliegenden, anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer wird keine Parteientschädigung zugesprochen (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario). Die obsiegende Vorinstanz hat nach Art. 7 Abs. 1 e contrario und Abs. 3 VGKE auch keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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