

# **BVGer B-2181/2011 vom 11. Januar 2012**

Bundesverwaltungsgericht, 2012-01-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_B-2181\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-2181_2011)

FR: TAF B-2181/2011 du 11 janvier 2012

IT: TAF B-2181/2011 del 11 gennaio 2012

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen der IV-Stelle für Versicherte im Ausland. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

### **E. 1.2**

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das Verwaltungsverfahrensgesetz aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG 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. 1.3**

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Verfügung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland vom 9. März 2011. Der Beschwerdeführer hat frist- und formgerecht Beschwerde erhoben (Art. 60 ATSG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung 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. 3.1**

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

### **E. 3.2**

Nach dem Zerfall der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien blieben zunächst die Bestimmungen des Abkommens zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Föderativen Volksrepublik Jugoslawien über Sozialversicherung vom 8. Juni 1962 (SR 0.831.109.818.1) für alle Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens anwendbar (BGE 126 V 203 E. 2b, 122 V 382 E. 1, 119 V 101 E. 3). Zwischenzeitlich hat die Schweiz mit Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (Kroatien, Slowenien und Mazedonien), nicht aber mit Serbien oder mit dem Kosovo, neue Abkommen über Soziale Sicherheit abgeschlossen. Für den Beschwerdeführer als Bürger von Serbien findet demnach weiterhin das schweizerisch-jugoslawische Sozialversicherungsabkommen vom 8. Juni 1962 Anwendung. Nach Art. 2 dieses Abkommens stehen die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten in ihren Rechten und Pflichten aus den in Art. 1 genannten Rechtsvorschriften, zu welchen die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört, einander gleich, soweit nichts anderes bestimmt ist. Bestimmungen, die hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente und der anwendbaren Verfahrensbestimmungen von dem in Art. 2 des Abkommens aufgestellten Grundsatz der Gleichstellung abweichen, finden sich weder im Abkommen selbst noch in den seitherigen schweizerischjugoslawischen Vereinbarungen. Die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung des Invaliditätsgrades und der Rentenhöhe richten sich demnach allein nach den schweizerischen Rechtsvorschriften, insbesondere dem IVG, der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 832.201), dem ATSG sowie der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

### **E. 3.3**

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). Für die Beurteilung des Leistungsanspruchs nach dem 1. Januar 2008 (in casu Rentenaufhebung per 30. April 2011) sind die Änderungen des IVG

und des ATSG der 5. IV-Revision (AS 2007 5129 beziehungsweise AS 2007 5155) massgebend.

#### **E. 3.4**

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 vorliegend, ob die Vorinstanz zu Recht die bisher ausgerichtete ganze Invalidenrente wegen Änderung des Invaliditätsgrades eingestellt hat, wobei die Frage im Zentrum steht, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in rentenrelevanter Weise verbessert 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, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente.

#### **E. 4.4**

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades bei erwerbstätigen Versicherten wird das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihnen zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnten (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnten, wenn sie nicht invalid geworden wären

(Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 E. 3.4.2. mit Hinweisen).

#### **E. 4.5**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 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.).

#### **E. 4.6**

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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen 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). In Bezug auf Berichte der behandelnden Ärzten bzw. Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen). Auf Stellungnahmen der RAD kann nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des BGer I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die

im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle (EVG I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des BGer 9C\_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen).

#### **E. 4.7.1**

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 Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiter andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Die Herabsetzung der Renten erfolgt am ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88bis Abs. 2 Bst. a IVV, vgl. BGE 135 V 306 E. 7).

#### **E. 4.7.2**

Ein Revisionsgrund ergibt sich aus jeder wesentlichen Änderung der tatsächlichen Verhältnisse, die geeignet sind, 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). Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in seiner älteren Rechtsprechung jeweils festgehalten, dass ein Revisionsgrund, welcher zur Aufhebung oder Herabsetzung der Rente nach Art. 41 IVG (bzw. heute Art. 17 ATSG) führt, aktenmässig zuverlässig ausgewiesen sein muss (z.B. Urteil des BGer I 559/02 vom 31. Januar 2003 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen). Die Revisionsbestimmungen dürfen nicht als Grundlage für eine voraussetzungslose Neuprüfung des Rentenanspruchs verstanden werden (Rudolf Rüedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrevisionen, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 15 mit Verweis auf BGE 112 V 371 E. 4).

#### **E. 4.7.3**

In seiner neusten Rechtsprechung hält das Bundesgericht an der bisherigen Praxis fest, dass eine geänderte Gerichts- und Verwaltungspraxis im Prinzip keinen Anlass dafür bilde, in

eine laufende, auf einer formell rechtskräftigen Verfügung beruhende Dauerleistung einzugreifen. Sie kann aber ausnahmsweise zur Abänderung einer rechtskräftigen Verfügung (mit Wirkung für die Zukunft) führen, wenn die neue Praxis in einem solchen Masse allgemeine Verbreitung erfährt, dass ihre Nichtbefolgung als Verstoss gegen das Gleichheitsgebot erschiene, insbesondere wenn die alte Praxis nur in Bezug auf eine einzige versicherte Person oder eine geringe Zahl von Versicherten beibehalten würde. Die Rechtsprechung hat bisher einen Eingriff in ein Dauerrechtsverhältnis zu Lasten einer versicherten Person gestützt auf eine neue Rechtspraxis nur zugelassen, wenn es besonders krasse, stossende Leistungszusprachen zu korrigieren galt (BGE 135 V 201 E. 6.1.1 ff. [mit Verweis auf BGE 112 V 387 und weiteren Hinweisen], bestätigt in BGE 135 V 215 E. 5.1.1). Das Bundesgericht fährt in BGE 135 V 201 E. 6.4 (bestätigt in BGE 135 V 215 E. 6) fort, unter dem Aspekt der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes sei es sachlich nicht gerechtfertigt, die neu in BGE 130 V 352 entwickelte Praxis zur somatoformen Schmerzstörung auf alle rechtskräftig festgelegten Dauerleistungen anzuwenden. Dies entspreche im Ergebnis der Praxis der öffentlichrechtlichen Abteilungen des Bundesgerichts, welche nur einen Eingriff in ein Dauerverhältnis zulasse, wenn besonders wichtige öffentliche Interessen betroffen seien. Weiter prüfte das Bundesgericht in E. 7 die Frage, ob das Urteil BGE 130 V 352 eine Herabsetzung oder Aufhebung laufender Renten rechtfertige, welche zu einem früheren Zeitpunkt versicherten Personen zugesprochen wurden, die an einer somatoformen Schmerzstörung leiden. Es kam zum Schluss, dass trotz der Praxisänderung frühere Rentenzusprachen aus der heutigen Perspektive nicht ohne weiteres rechtswidrig, sachfremd oder schlechterdings nicht vertretbar seien, weshalb der Gesichtspunkt der gesetzmässigen und sachlich vertretbaren Durchführung der Versicherung nicht verlange, die laufenden Renten anzupassen (BGE 135 V 201 E. 7.2.1 ff. mit weiteren Hinweisen).

#### **E. 4.7.4**

Vorliegend wurde die Invalidenrente jedoch wegen einer von der Vorinstanz angenommenen Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse und nicht zufolge Änderung der Rechtslage angepasst. Wie nachfolgend dargelegt wird, haben sich beim Beschwerdeführer die psychischen Anteile des Schmerzsyndroms geändert. Zudem hat sich sein neurologischer und orthopädischer Zustand verbessert.

#### **E. 4.7.5**

Ob eine unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten erhebliche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheides; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Eine materielle Abklärung findet sich vorliegend anlässlich der Rentenzusprache am 16. Dezember 2004 (IV act. 41). Bei der Rentenrevision im Jahr 2005 holte die IV-Stelle lediglich das ausgefüllte Revisionsformular des Beschwerdeführers sowie zwei Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte ein (vgl. IV act. 52, 56, 58, 59). Die mit Mitteilung vom 6. Dezember 2005 abgeschlossene Revision bestätigte den Rentenzuspracheentscheid und beinhaltete keine umfassende Prüfung des

Sachverhalts. Es ist somit auf die Abklärungsakten aus dem Jahr 2003 bzw. 2004 (Verfügung vom 16. Dezember 2004) sowie - falls sich daraus konkretisierende Angaben ergeben - diejenigen Akten aus dem Jahr 2005 (Mitteilung vom 6. Dezember 2005) abzustellen.

## **E. 5**

Nachfolgend ist deshalb anhand der medizinischen Akten und unter Berücksichtigung der massgebenden Kriterien (vgl. E. 4.6) zu prüfen, ob und gegebenenfalls ab wann sich der gesundheitliche Zustand sowie die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zwischen dem Rentenentscheid vom 16. Dezember 2004 und dem Erlass der hier streitigen Verfügung vom 9. März 2011 insoweit gebessert haben, dass die Aufhebung der ganzen Invalidenrente gerechtfertigt war (vgl. BGE 117 V 198 E. 3a, BGE 133 V 108, BGE 130 V 71).

### **E. 5.1**

Beim Erlass der vorliegend als Vergleichsbasis dienenden Verfügung vom 16. Dezember 2004 stützte sich die Vorinstanz für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zur Hauptsache auf folgende medizinische Unterlagen:

#### **E. 5.1.1**

Im Arztbericht von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, vom 23. März 2004 diagnostizierte dieser beim Beschwerdeführer eine Lumboischialgie rechts bei Diskusdegeneration L5/S1, ein Impingement der rechten Schulter bei Partialruptur der Supraspinatussehne bei chronischer Tendinose. Er schätzte die Arbeitsunfähigkeit seit 10. September 2003 für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit auf 100 %. Andere Tätigkeiten, die den Rücken nicht belasten und auch die Schultern nicht massiv beanspruchen würden, sollten in vollem Umfange wieder möglich sein (IV act. 15).

#### **E. 5.1.2**

Im Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. Mai 2004, Klinik V.\_\_\_\_\_, stellte dieser ein deutliches depressives Syndrom mit ausgeprägter Angst, Agitiertheit, Niedergeschlagenheit und Selbstvorwürfen fest. Er diagnostizierte eine atypische Depression (ICD-10: F32.8). Der Beschwerdeführer sei verzweifelt angesichts der anhaltenden Schmerzen und der Bewegungseinschränkungen sowie insbesondere aufgrund des seit September andauernden Ausscheidens aus der Berufstätigkeit als Unterlagsbodenleger (IV act. 25 f.).

#### **E. 5.1.3**

Dr. med. G.\_\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer in seinem Arztbericht vom 3. September 2004 folgende Diagnosen: - Lumboischialgie, Schmerzsyndrom rechts betont bei Wirbelsäulenfehlhaltung, Haltungsinsuffizienz - Mässige degenerative Veränderung der LWS, Discopathie L5/S1 ohne Nervenkompression - Periarthropathia humeroscapularis rechts - Somatoforme Schmerzstörung bei mittelgradiger atypischer Depression, welche seit September 2003 bestehe. Er hielt des Weiteren fest, dass sich der Beschwerdeführer in einer äusserst schwierigen psychosozialen Situation mit Scheidung, neugegründeter Ehe/Familie, kleinen Kindern und enormen finanziellen Nöten befinde. Er sei gekränkt, weil er mit seinen schmerzbedingten Einschränkungen seiner Meinung nach weder als Partner seiner Frau noch in seiner Vaterrolle etwas tauge. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ hat sich der psychiatrischen-psychosomatischen Beurteilung von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ angeschlossen

und ausgeführt, dass sich an der Bewertung dieser Symptomatik nichts geändert habe, weshalb er die Arbeitsunfähigkeit seit September 2003 in der angestammten Tätigkeit auf 100 % festsetze. Andere Verweisungstätigkeiten - auch in geschützten Verhältnissen - seien dem Beschwerdeführer derzeit nicht zumutbar. Es könne jedoch sein, dass sich die psychischen Anteile des Schmerzsyndroms, die jetzt eine aktive Auseinandersetzung mit dem Krankheitsgeschehen verhindern würden, bei einer Stabilisierung der finanziellen Problematik der Familie bessern würde, so dass später eine schrittweise Rückführung in eine leidensadaptierte Tätigkeit möglich werden könne (vgl. IV act. 29).

#### **E. 5.1.4**

Die RAD-Ärzte Dr. med. N. \_\_\_\_\_ und Dr. med. O. \_\_\_\_\_ bestätigten die von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ gestellten Diagnosen, welche auf dem IV-Feststellungsblatt festgehalten wurden. Dr. med. N. \_\_\_\_\_ empfahl eine Rentenrevision im September 2005, da sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers unter psychiatrischer Behandlung eventuell verbessern könne (IV act. 31-33).

#### **E. 5.1.5**

Im Verlaufsbericht von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 26. September 2005 stellte dieser fest, dass sich unter betreuter Behandlung mit Antidepressiva die psychische Befindlichkeit und die Stressbelastung des Beschwerdeführers verbessert habe, was zu einem verbessertem Schlaf geführt und eine gelasseneren Haltung zu den nach wie vor deutlichen chronischen Schmerzen ermöglicht habe. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ erachtete eine sitzende, wechselbelastende und leichte Tätigkeit für den Beschwerdeführer als zumutbar. Die bisherige Tätigkeit sei ihm nicht zumutbar. Die spezialärztliche Behandlung sei abgeschlossen seit dem 22. April 2005 abgeschlossen (vgl. IV act. 57 f.).

#### **E. 5.1.6**

Im Verlaufsbericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 4. November 2005 führt dieser aus, dass sich am Zustand des Beschwerdeführers nichts geändert habe. Aufgrund seiner psychischen Problematik sei weder die bisherige noch eine Verweisungstätigkeit zumutbar. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ verweist dabei auf den Bericht von Dr. med. G. \_\_\_\_\_, bei welchem der Beschwerdeführer weiterhin in Therapie sei. Er selbst sehe den Beschwerdeführer nur ganz sporadisch (vgl. IV act. 55 f.).

#### **E. 5.2**

Beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 9. März 2011 ging die Vorinstanz davon aus, dass eine wesentliche Verbesserung der orthopädischen, neurologischen und psychischen Leiden des Beschwerdeführers eingetreten sei, welche ihm eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer leidensangepassten Tätigkeit erlauben würde. Sie stützte sich dabei insbesondere auf das MEDAS-Gutachten vom 26. November 2009 und die Ergänzung dazu vom 6. Dezember 2010 sowie die Stellungnahmen der RAD-Ärzte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ und Dr. med. L. \_\_\_\_\_ (IV act. 89, 105, 110, und 119).

#### **E. 5.2.1**

Das MEDAS-Gutachten (inkl. Ergänzung) enthält orthopädische, internistische, psychiatrische und neurologische Beurteilungen und ergab folgende Ergebnisse zur medizinischen Situation und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers:

##### **E. 5.2.1.1**

Im orthopädischen Hauptgutachten von Dr. med. P. \_\_\_\_\_, FMH Orthopädie, wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer sich vom orthopädischen Aspekt und seitens des Bewegungsapparates in einem altersentsprechenden Allgemein- und Kräftezustand befinde. Er habe über unverändert fortbestehende Rückenschmerzen und über eine Schmerzausdehnung mit Ausstrahlung in das rechte Bein und auch in die linke Rückenregion geklagt. Im Bereich der unteren Extremitäten sei die Muskulatur rechts wie links kräftig und ohne messbare Seitendifferenz angelegt. Es gebe keine trophischen Veränderungen. Der Funktionszustand der HWS, des Schultergürtels und der oberen Extremitäten sei als unauffällig auszumachen. Die am 15. Oktober 2009 durchgeführte MRI-Abklärung der LWS habe eine breitflächige linksbetonte bis intraforaminal reichende kleine Diskushernie im Segment L5/S1 ergeben. Zusammen mit spondylarthrotischen Veränderungen bestehe eine mässige foraminale Einengung links mit zumindest lageabhängiger Reizung von L5 links intraforaminal. Es bestehe keine Beeinträchtigung der abgehenden Nervenwurzeln und es sei auch keine signifikante foraminale Stenose rechts nachweisbar. Die übrigen mituntersuchten Segmente der LWS und der unteren BWS hätten sich als normal dargestellt. Es bestehe eine ausgeprägte Streckfehlhaltung sowie Schiefhaltung der LWS. Die am 15. Oktober 2009 durchgeführte Röntgenabklärung habe einen altersentsprechenden Normalbefund des Beckenskelettes einschliesslich der Hüftgelenke ergeben. Der klinisch inspektorische Befund einer rechts wie links kräftig entwickelten Beinmuskulatur ohne Zeichen einer trophischen Störung bestätige, dass zumindest motorische Ausfälle infolge der erstmals 2003 beschriebenen Diskushernien L5/S1 und L4/5 nicht resultiert hätten. Im Übrigen sei in der aktuellen MRI-Abklärung von einer Diskushernie L4/5 keine Rede mehr gewesen, womit sich der frühere MRI-Befund gebessert habe. Aus rein orthopädischer-somatischer Sicht sei dem Beschwerdeführer eine rückenadaptierte leichte und gelegentlich mittelschwere Tätigkeit zumutbar. Schwere und statisch die Wirbelsäule belastende Tätigkeiten, etwa in Zwangshaltungen und einhergehend mit repetitiven Bewegungsanforderungen seien zu meiden. Geeignet seien leichte und gelegentlich wechselbelastende Tätigkeiten ohne repetitive Bewegungsanforderungen an den Rumpf. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei bis 15 Kilogramm limitiert. Arbeiten in Zwangshaltung wie vornüber gebeugt stehend, kniend, hockend, kauend seien zu meiden. Langfristiges Sitzen und Stehen sei mit jeweils 60 Minuten zu limitieren. Aufgrund der in der aktuellen MRI-Untersuchung bestätigten lageabhängigen Reizung von L5 links seien gelegentliche lageabhängige Rückenschmerzen nicht auszuschliessen, weshalb bei einem uneingeschränkten Pensum von 100 % eine Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 % bestehe. Es bestehe somit aus orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 80 %.

#### **E. 5.2.1.2**

Im internistischen Teilgutachten führte die Gutachterin Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, nach ausführlicher Anamnese aus, dass sich beim Beschwerdeführer keine fachspezifischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit finden würden. Als nicht für die Arbeitsfähigkeit relevant eingestuft werde eine Adipositas und anamnestisch ein gastroösophagealer Reflux und eine chronische Gastroduodenitis, dessen Beschwerden aufgrund des starken Rauchens aufrecht erhalten werden könnten. Es sei eine Nikotinkarenz sowie eine Gewichtsabnahme zu empfehlen. Aus internistischer Sicht resultiere eine Arbeitsfähigkeit von 100 % für die bisherige als auch für Verweistätigkeiten.

#### **E. 5.2.1.3**

Im neurologischen Teilgutachten von Dr. med. R.\_\_\_\_\_, FMH Neurologie, hielt dieser fest, dass sich keine fachspezifische, insbesondere keine Aspekte einer bandscheibenbedingten radiculären Irritation ergebe. Im Neurostatus seien keine Ausfälle zu objektivieren und das Lasèguesches-Ischiasdehnungszeichen sei jeweils negativ. Die Valleix'sche Ischiadiscusdruckpunkte seien jeweils nicht durchgehend druckschmerzhaft. Die Motorik und Sensibilität sei ohne Parese und es bestünden keine sensiblen Ausfälle. Dr. med. R.\_\_\_\_\_ hielt fest, dass aus neurologischer Sicht eine Minderung der Arbeitsfähigkeit nicht begründet werden könne.

#### **E. 5.2.1.4**

Im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. M.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie, führte dieser aus, dass der Beschwerdeführer seit 2006 mit seiner zweiten Ehefrau und den beiden gemeinsamen Kindern in Serbien lebe. Der Beschwerdeführer beklage sich gegenwärtig über Lustlosigkeit, innere Unruhe sowie Ein- und Durchschlafprobleme aufgrund der Rückenschmerzen. Gegenwärtig führe der Beschwerdeführer nach seinen Angaben eine gute Ehe und fühle sich in seinem Heimatland wohl. Zeitweise habe er Insuffizienzgefühle, Ängste und mache sich Vorhaltungen, wegen seinen körperlichen Beschwerden kein guter Vater und Ehemann zu sein. In der Untersuchungssituation habe beim Versicherten eine gebückte, verkrümmte Haltung beim Gehen bestanden. Im Sitzen habe er eine Schonhaltung eingenommen und etwas angespannt und streckenweise besorgt gewirkt. Eine ausgeprägtere depressive Grundstimmung sei nicht erkennbar. Der Beschwerdeführer wirke lediglich etwas angestrengt bei der detaillierten Schilderung seiner Beschwerden, im entspannten Zustand allerdings löse sich sein Anspannung auf. In psychischer Hinsicht sei beim Beschwerdeführer von einer Persönlichkeitsveränderung im Rahmen eines chronischen Schmerzzustandes auszugehen, dabei bestünden streckenweise innere Unruhe, Ungeduld, Schlafstörungen und ferner Nachlassen der Libido. Streckenweise entstehe der Eindruck einer Verdeutlichung der körperlichen Beschwerden und es falle durchgehend eine Fixierung auf die somatischen Klagen auf. In der Vergangenheit habe es verschiedene Lebensereignisse gegeben, insbesondere die Scheidung im Jahr 1999, die Trennung und der Verlust der Erziehungsgewalt über seinen Sohn, welche die körperlich in Erscheinung tretende Symptomatik verstärkt haben könnten. Dr. med. M.\_\_\_\_\_ ging aus psychiatrischer Hinsicht sowohl in der bisherigen als auch in einer alternativen Verweisungstätigkeit von einer 100 %-igen Arbeitsfähigkeit aus. In der Ergänzung zum MEDAS-Gutachten vom 6. Dezember 2010 wurden die bereits gemachten Ausführungen in psychiatrischer Hinsicht bestätigt und zusätzlich ausgeführt, dass sich gemäss den psychiatrischen Berichten von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 3. September 2003 und 22. April 2005 die psychische Befindlichkeit des Beschwerdeführers unter der Gabe von Antidepressiva verbessert habe und auch die Stressbelastung und die Schlafstörungen sich unter der Therapie weitgehend zurückgebildet habe. Im Zeitpunkt der Begutachtung habe der Beschwerdeführer subjektiv erlebte chronische Schmerzen gehabt, die psychische Problematik habe dabei jedoch nicht mehr im Vordergrund gestanden. Der exakte Verlauf des Gesundheitszustandes seit 2004 sei anhand der früheren Befunde nicht beurteilbar, da bei psychiatrischen Befunden wegen der Eigendynamik psychiatrischer Erkrankungen eine objektive retrospektive Einschätzung nach so langer Zeit kaum noch möglich erscheine. Gegenwärtig sei aus der diagnostizierten leichten Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom keine Arbeitsunfähigkeit abzuleiten, zumal seinerzeit noch bestehende depressive Symptome gegenwärtig fehlen würden und eine psychiatrische Co-Morbidiät nicht nachgewiesen werden könne.

### **E. 5.2.1.5**

Zusammenfassend stellten die Gutachter in ihrer interdisziplinären Beurteilung folgende Diagnosen: Mit wesentlicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit): - Chronisch lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei im aktuellen MRI vom 15. Oktober 2009 dokumentierter linksbetonter bis intraforaminal reichender kleiner Diskushernie L5/S1 mit spondylarthrotischen Veränderungen und mässiger foraminaler Einengung, lageabhängige rezidivierende Reizung L5 links. Keine Beeinträchtigung abgehender Nervenwurzeln. Ohne Auswirkung Arbeitsunfähigkeit die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit): - Adipositas (BMI 32 kg/m<sup>2</sup>) - Anamnestisch gastroösophagealer Reflux und Anfang 2009 erstmals erwähnte chronische Gastroduodenitis, Nikotinabusus - Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom F62.80 Die Gutachter hielten fest, dass durchgehend sowohl in der orthopädischen als auch in der neurologischen, in der internistischen als auch in der psychiatrischen Untersuchung ein auffällig subjektiv vorgetragenes Beschwerdebild dokumentiert worden sei. Im Rahmen der orthopädischen Abklärung seien die Beschwerden derart intensiv vorgetragen worden, dass ein Funktionszustand der Rumpfmuskulatur und ein verwertbares Bewegungsprofil der Wirbelsäule nicht objektiviert werden konnten. Demgegenüber seien orthopädisch somatisch und neurologisch keine Korrelate für das subjektiv massiv schmerzhaft und eingeschränkt vorgeführte lumbale Leidensbild auszumachen gewesen. Aus rein orthopädischer Sicht seien rückenadaptierte Tätigkeiten bei vollem Pensum mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 % zumutbar. Die Minderung der Leistungsfähigkeit gehe zu Lasten der im MRI beschriebenen lageabhängigen Reizung von L5 links. Somit resultiere rein orthopädisch eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in adaptierter Tätigkeit. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Unterlagsbodenverleger könne bei der beschriebenen Wirbelsäulenpathologie dauerhaft nicht mehr zugemutet werden. Im Rahmen der internistischen, psychiatrischen und neurologischen gutachterlichen Abklärung sei eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in Verweisungstätigkeiten zumutbar.

### **E. 5.2.2**

Die RAD-Ärzte Dr. med. L. \_\_\_\_\_ und Dr. med. I. \_\_\_\_\_ kamen in ihren Stellungnahmen zusammengefasst zum Schluss, dass das Gutachten vom 26. Oktober 2009 zusammen mit der Ergänzung dazu vom 6. Dezember 2010 eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes aufzeige und nicht bloss eine unterschiedliche Einschätzung des Gesundheitszustandes darstelle (vgl. IV act. 119).

### **E. 5.3**

Der Beschwerdeführer geht demgegenüber davon aus, dass sich sein Gesundheitszustand nicht verbessert habe und die Beurteilung der MEDAS-Gutachter lediglich eine andere Einschätzung darstelle. Er sei für alle Tätigkeiten 100 % arbeitsunfähig. Der Beschwerdeführer stützt sich dabei insbesondere auf folgende medizinische Berichte ab:

#### **E. 5.3.1**

Im Bericht von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 22. Januar 2009 attestiert dieser dem Beschwerdeführer chronische cervicale und lumbosacrale vertebrale Schmerzen, eine Diskushernie L5/S1, PHS rechts, eine Neuropathie Plexus branchialis rechts, somatoforme Schmerzstörungen (ICD-10: F45), wiederholte Depression (ICD-10: F33.1) und Gastroduodenitis. Im Bericht vom 26. März 2010 bestätigte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ seine

Diagnosen vom 22. Januar 2009 und führte aus, dass sich der Zustand des Patienten in den letzten drei Jahren nicht wesentlich verbessert habe. Die Diskushernie, das lumbosacrale Syndrom sowie die chronischen Schmerzen seien nach wie vor vorhanden und hätten sich zusätzlich mit dem resistenten anxiodepressiven Syndrom verschlechtert. Es bestehe eine subdepressive Affektpolarisation und ein reduzierter Wille. Der Beschwerdeführer sei arbeitsunfähig. Es sei eine regelmässige physikalische Rehabilitation notwendig sowie eine eventuelle Hospitalisation auf der psychiatrischen Abteilung, falls die Beschwerden persistieren (vgl. IV act. 102).

### **E. 5.3.2**

Im Bericht von Dr. med. S. \_\_\_\_\_ vom 16. Juni 2010 beschreibt dieser, dass der Beschwerdeführer somatische und lumbosakrale Schwierigkeiten und Schmerzen habe. Daneben habe der Beschwerdeführer über ein Brummen in den Ohren, Spannung, Schlaflosigkeit, Dekonzentration, Angst vor der Zukunft, Lustlosigkeit, Gleichgültigkeit und eine herabgesetzte Libido geklagt. Objektiv bestehe beim Beschwerdeführer eine depressive Stimmung, Angst, Spannung affektive Labilität und zudem zeige er sich auch leicht weinend. Im kognitiver Hinsicht habe der Beschwerdeführer leicht reduzierte amnestische Funktionen, sei zeitlich unsicher orientiert, habe ein reduziertes Selbstvertrauen und einen reduzierten Selbstrespekt. Der Beschwerdeführer sei zudem pessimistisch in Bezug auf die Zukunft. Er habe Angst von den Folgen seiner Krankheit. Auf der Hamilton-Skala für Depression erreiche der Beschwerdeführer einen Wert von 18. Dr. med. S. \_\_\_\_\_ diagnostiziert beim Beschwerdeführer eine Depression anxiotica permanens (ICD-10: F34.1) und eine Depression monopolaris NOS (ICD-10: F33.9). Er beurteilt die Arbeitsfähigkeit bis zum Invaliditätsgrad als verloren (vgl. IV act. 115).

### **E. 5.3.3**

Im Bericht vom 18. Juni 2010 führt Dr. med. T. \_\_\_\_\_ aus, dass der Beschwerdeführer bei den Bewegungen Schwierigkeiten und Schmerzen im L/S-Teil der Wirbelsäule habe. Diese Schmerzen würden sich in beide Beine, insbesondere in das rechte Bein und in beide Arme ausbreiten. Der Beschwerdeführer sei angespannt und habe familiäre Probleme. Dr. med. T. \_\_\_\_\_ stellte folgende Diagnosen (vgl. IV act. 113): - "Diskusbruch L5/S1 Paresis n. peronie 1 dex residualis Cophalca simp - Synoopa in obs - Radiculopathie L5/S1 1. dex. - Sy cercivobrachiale bill. - Hyercholesterolemie - Depresic anxiotica permanens". Dr. med. T. \_\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 28. Juli 2010, dass eine leichte Diskarthrose L5/S1 mit einem Diskusbruch bestehe. Des Weiteren bestehe eine mässigstarke und chronische Läsion der Wurzel L5 und S1. Bei den Wuzeln C5-C8 bestünden keine Zeichen einer Läsion, aber Schmerzen seien nicht ausgeschlossen, da sie durch die Irritation der empfindlichen Wurzeln entstehen könnten. Der Beschwerdeführer habe alltägliche Schwierigkeiten und starke Schmerzen. Seine Bewegungen seien beschwert und deshalb müsse er mehrmals im Tag analgetische und anxiotische Therapien machen. Die Wirkung der Therapien sei vorübergehend und der Beschwerdeführer habe Angst und grosse Sorgen um seine Gesundheit (vgl. IV act. 112).

### **E. 5.3.4**

Dr. med. U. \_\_\_\_\_ kommt in seinem Bericht vom 9. Juli 2010 aufgrund der durchgeführten MRI-Untersuchung zum Schluss, dass die Wirbelsäule im Bereich L5/S1 eine Diskarthrose mit Diskusbruch dorzomedial im leichten Grade aufweise (vgl. IV act. 117).

### **E. 5.3.5**

Der elektroneurographische Untersuchungsbericht von Dr. med. V.\_\_\_\_\_, FMH Neurologie, vom 9. Juli 2010 verweist im Bereich der Beine auf eine mässige bis mässigstarke und chronische Läsion des Wurzels L5 wie auch eine mässige und chronische Läsion des Wurzels S1 rechts. Beim Wurzel L5 und S1 links und L4 rechts bestünden keine Läsionszeichen. Der elektroneurographische Befund der Arme sei in Ordnung und ohne Läsionszeichen der Wurzeln C5 bis C8 rechts. Eine sensitive und schmerzhaft Symptomatik sei jedoch nicht ausgeschlossen, da sie durch eventuelle Läsionen oder Irritationen der sensitiven Teile dieser Wurzel entstehen könne (vgl. IV act. 117).

### **E. 6.1**

Wie aus den dargelegten, insoweit übereinstimmenden medizinischen Unterlagen ersichtlich ist, leidet der Beschwerdeführer unbestrittenermassen an einem chronisch lumbovertebralen Schmerzsyndrom mit einer linksbetonten bis intraforaminal reichenden kleinen Diskushernie L5/S1 mit einer spondylarthrotischen Veränderungen und einer mässigen foraminalen Einegung sowie einer lageabhängigen rezidivierenden Reizung L5 links. Dem Beschwerdeführer ist daher seine angestammte Tätigkeit als Bodenleger nicht mehr zumutbar, da diese nur unter erheblicher statischer Beanspruchung der Wirbelsäule und des Rumpfes verrichtet werden könnte und eine Zwangshaltung erfordern würde, was dem Beschwerdeführer gemäss den vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht zumutbar ist.

### **E. 6.2**

Umstritten ist allerdings, ob beim Beschwerdeführer tatsächlich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erkennbar ist, welche ihm ermöglicht, eine leidensangepasste Tätigkeit auszuführen. Denn vorliegend besteht ein klarer Widerspruch zwischen der der medizinischen Befundaufnahme und den leistungsbezogenen Schlussfolgerungen der MEDAS-Gutachter und RAD-Ärzte einerseits und den behandelnden Ärzte des Beschwerdeführers andererseits.

### **E. 7.1**

Ob ein medizinisches Gutachten inhaltlich schlüssig, vollständig, nachvollziehbar und widerspruchsfrei ist, kann nur im Kontext mit der Gesamtheit der einschlägigen Akten beantwortet werden. Nachfolgend ist zu prüfen, ob das MEDAS-Gutachten den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 352 E. 3a) gerecht wird.

### **E. 7.2**

Die RAD-Ärzte Dr. med. I.\_\_\_\_ und Dr. med. L.\_\_\_\_\_ beurteilen das MEDAS-Gutachten zusammen mit seiner Ergänzung als nachvollziehbar, präzise und überzeugend. Dr. med. I.\_\_\_\_\_ schliesst sich in orthopädischer und neurologischer Hinsicht vollumfänglich den Ergebnissen der MEDAS-Begutachtung an. Dr. med. L.\_\_\_\_\_ erachtet auch das psychiatrische Teilgutachten von guter Qualität, da es auch die vorherigen Positionen in psychiatrischer Hinsicht, insbesondere diejenigen von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_\_, berücksichtigt habe und klar eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers in psychiatrischer Hinsicht aufzeige.

### **E. 7.3**

Es gilt festzuhalten, dass das MEDAS-Gutachten die an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens gestellten Kriterien erfüllt, denn es stellt auf ausführliche eigene Untersuchungen anlässlich des Aufenthaltes des Beschwerdeführers in der Schweiz vom 14./15. Oktober 2009 wie auch auf die vorhandenen medizinischen Akten ab und berücksichtigt die geklagten Beschwerden. Zudem ist es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und in den Schlussfolgerungen begründet. Dem MEDAS-Gutachten ist volle Beweiskraft zuzuerkennen, zumal bzw. soweit keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

#### **E. 7.4**

Zu den eingereichten Berichten der behandelnden Ärzte ist grundsätzlich festzuhalten, dass bei deren Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass sie mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 V. 3b/cc).

##### **E. 7.4.1**

Im ärztlichen Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 22. Januar 2009 werden die von ihm gestellten Diagnosen nur sehr rudimentär begründet. Dieser Bericht enthält zudem keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Im seinem Bericht vom 26. März 2010 fällt auf, dass Dr. med. H.\_\_\_\_\_ die psychische Situation bzw. den Gemütszustand des Beschwerdeführers identisch beschreibt wie im Bericht vom 22. Januar 2009. Trotz gleichlautender Beschreibung stellt er eine unterschiedliche Diagnose. Während Dr. med. H.\_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer am 22. Januar 2009 eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode (ICD-10: F33.1) attestiert, diagnostiziert er am 26. März 2010 eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2). Wie sowohl der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. M.\_\_\_\_\_ als auch der RAD-Arzt Dr. med. L.\_\_\_\_\_ zutreffend ausgeführt haben, stimmen die von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ gestellten Diagnosen nicht mit dem umschriebenen psychopathologischen Status des Beschwerdeführers überein. In Übereinstimmung mit Dr. med. M.\_\_\_\_\_ und Dr. med. L.\_\_\_\_\_ kann davon ausgegangen werden, dass der in diesen Berichten geltend gemachte psychische Zustand und die beschriebene subdepressive Stimmung zu wenig ausgeprägt sind, um die Diagnose einer majoren Depression stellen zu können. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ unterliess es überdies, die diagnostischen Merkmale seiner attestierten somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45) näher festzulegen. Die attestierte volle Arbeitsunfähigkeit wird nur rudimentär begründet und Dr. med. H.\_\_\_\_\_ macht zudem in seinem Bericht vom 26. März 2010 keinen Unterschied zwischen der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und einer allfälligen Restarbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit. Auffallend erscheint zudem in neurologischer Hinsicht, dass die von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ am 22. Januar 2009 attestierte Neuropathie des Plexus brachialis anlässlich der neurologischen Beurteilung vom 15. Oktober 2009 angesichts fehlender Paresen, Reflex- und Sensibilitätsauffälligkeiten nicht bestätigt worden ist. Auch ein reduzierter ASR habe nicht festgestellt werden können, da dieser seitengleich in der Ausprägung dem sonstigen Reflexstatus entsprechend sei.

##### **E. 7.4.2**

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers vermögen auch die ärztlichen Berichte von Dr. med. S.\_\_\_\_\_ und Dr. med. T.\_\_\_\_\_ von der K.\_\_\_\_\_ Akademie keine erheblichen Zweifel an der Beweiswertigkeit der MEDAS-Begutachtung zu begründen. Einerseits handelt es sich dabei ebenfalls um eher kurz gehaltene Einschätzungen und andererseits äussern sich diese Ärzte nicht zu den Auswirkungen des diagnostizierten Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers.

#### **E. 7.4.2.1**

Dr. med. S.\_\_\_\_\_ diagnostizierte gleichzeitig eine Depression anxiotica permaenes (ICD-10: F34.1), was einer Dysthymie entspricht, und eine Depression monopolaris NOS (ICD-10: F33.9). Die Dysthymie beinhaltet leichtere depressive Episoden, während die monopolare Depression schwere depressive Episoden beinhaltet, jedoch in den ICD-Richtlinien nicht näher bezeichnet wird. Die Beurteilung von Dr. med. S.\_\_\_\_\_ erscheint daher widersprüchlich und ist nicht nachvollziehbar. Wie der RAD-Arzt Dr. med. L.\_\_\_\_\_ ausgeführt hat, entspreche die psychopathologische Umschreibung von Dr. med. S.\_\_\_\_\_ einer Dysthymie (ICD-10: F34.1). Die Tatsache, dass Dr. med. S.\_\_\_\_\_ die depressiven Symptome als schwer bezeichne, sie aber nicht spezifiziert habe, widerspreche den ICD-Richtlinien. Dass beide Diagnosen nicht gleichzeitig vorliegen können, erscheint einleuchtend. Zudem enthält der Bericht von Dr. med. S.\_\_\_\_\_ keine neuen Elemente, welche nicht vom psychiatrischen Teilgutachter berücksichtigt worden wären.

#### **E. 7.4.2.2**

Die von Dr. med. T.\_\_\_\_\_ gestellten psychiatrischen Diagnosen sind ebenfalls widersprüchlich und auch nicht begründet. So stellt er am 18. Juni 2010 in psychiatrischer Hinsicht die Diagnose einer permanenten Angstdepression und am 28. Juli 2010 hingegen die Diagnose einer Angstreaktion. Zu Recht führt der RAD-Arzt Dr. med. L.\_\_\_\_\_ zu letzterer Diagnose aus, dass sich diese auf die somatischen Elemente und nicht auf eine psychische Erkrankung des Beschwerdeführers beziehe, denn im Bericht komme klar zum Ausdruck, dass der Beschwerdeführer sich um seine Gesundheit Sorge mache. In orthopädischer Hinsicht fällt auf, dass sowohl Dr. med. T.\_\_\_\_\_ als auch die MEDAS-Gutachter lediglich von einer leichten Diskarthrose L5/S1 ausgehen. Diese Diagnose wird auch vom behandelnden Arzt Dr. med. U.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 9. Juli 2010 bestätigt (vgl. E. 5.3.4). Der orthopädische Gutachter Dr. med. P.\_\_\_\_\_ hat diesbezüglich nachvollziehbar ausgeführt, dass der Umfang und der Schweregrad des vom Beschwerdeführers vorgetragenen lumbalen Leidensbild nicht befriedigend anhand der tatsächlichen objektivierbaren klinischen funktionellen und bildgebenden Befunde zu erklären sei. Gegen eine langfristige bestehende Störung des Steh- und Gehvermögens spreche vor allem die seitengleiche und kräftig entwickelte Ober- und Unterschenkelmuskulatur ohne jeden Anhalt für schonungsbedingte oder anderweitig begründete trophische Veränderungen.

#### **E. 7.4.2.3**

Mit Blick auf die Beurteilung von Dr. med. V.\_\_\_\_\_ ist festzustellen, dass seine Diagnosen weitestgehend mit den von den MEDAS-Gutachtern gestellten Diagnosen übereinstimmen und somit dieser Bericht keine Zweifel am MEDAS-Gutachten begründen kann. Zudem äussert sich Dr. med. V.\_\_\_\_\_ nicht zu den Auswirkungen der Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers.

#### **E. 7.5**

Nach dem Dargelegten ist demnach davon auszugehen, dass die vom Beschwerdeführer eingereichten medizinischen Unterlagen der behandelnden Ärzte keine erheblichen Zweifel an der Beweiswertigkeit der für die Vorinstanz massgebenden MEDAS-Gutachten wecken. Die MEDAS-Gutachter wie auch die RAD-Ärzte haben überzeugend begründet, dass und weshalb die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer Verweistätigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht und aus orthopädischer Sicht im Umfang von lediglich 20 % eingeschränkt ist. Aufgrund des - im Vergleich zum Zeitpunkt des Rentenbeginns am 16. Dezember 2004 - verbesserten Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ist ein Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG gegeben. Der von den RAD-Ärzten festgesetzte Beginn der Verbesserung des Gesundheitszustandes auf den 6. Dezember 2010 stellt zugunsten des Beschwerdeführers auf den Zeitpunkt der Erstellung des ergänzten MEDAS-Gutachtens ab. Es besteht vorliegend kein Anlass, zu Ungunsten des Beschwerdeführers den Zeitpunkt für die Verbesserung des Gesundheitszustandes früher anzusetzen.

## **E. 8**

Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit nach wie vor arbeitsunfähig ist, ihm jedoch ab dem 6. Dezember 2010 eine leidensangepasste Tätigkeit mit gewissen Einschränkungen im Umfang von 80 % möglich ist. Die von den MEDAS-Gutachtern attestierte Verbesserung des Gesundheitszustandes dauerte mithin im Zeitpunkt der Rentenaufhebung (30. April 2011) mehr als drei Monate. Aufgrund der Akten deutet auch nichts darauf hin, dass sich der Zustand des Beschwerdeführers seither wieder verschlechtert hat.

## **E. 9**

Der auf dieser Grundlage durchgeführte Einkommensvergleich der Vorinstanz ergab einen Invaliditätsgrad von 38 % (vgl. IV act. 93). Diese Berechnung wird vom Beschwerdeführer als fehlerhaft gerügt, weshalb sie in der Folge einer Prüfung zu unterziehen ist.

### **E. 9.1**

Für den zur Bestimmung des Invaliditätsgrades im erwerblichen Bereich durchzuführenden Einkommensvergleich sind vorliegend die Verhältnisse im Zeitpunkt der Rentenaufhebung (30. April 2011) massgebend. Das hypothetische Einkommen ohne Gesundheitsschaden (Valideneinkommen) und das trotz Gesundheitsbeeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen (Invalideneinkommen) sind auf zeitidentischer Grundlage zu ermitteln (BGE 129 V 223 E. 4.1 und 4.2).

### **E. 9.2**

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde (BGE 131 V 53 E. 5.1.2; Urteil des BGer 9C\_488/2008 vom 5. September 2008 E. 6.4) bzw. was sie aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände zu erwarten gehabt hätte (ZAK 1985 S. 635 E. 3a). Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 135 V 59 E. 3.1, 134 V 325 f. E. 4.1 mit Hinweisen). Die Vorinstanz ist bei der Ermittlung des Validenlohnes vom im Jahr 2004 zuletzt effektiv erzielten jährlichen Einkommen von Fr. 70'525.- ausgegangen, welches sie der Nominallohnentwicklung bis 2008 angepasst hat. Allerdings hätte die Anpassung korrekterweise bis zum Jahr 2011 (Rentenaufhebung per 30. April 2011) erfolgen sollen.

Da für das Jahr 2011 noch kein definitiver Nominallohnindex vorliegt, ist vorliegend die Entwicklung bis zum Jahr 2010 zu berücksichtigen. Der Nominallohnindex lag im Jahr 2004 bei 1975 Punkten, im Jahr 2010 bei 2150 Punkten. Es ist demnach von einem hypothetischen Valideneinkommen des Beschwerdeführers von rund Fr. 76'774.05 auszugehen.

### **E. 9.3.1**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 E. 4.2.1). Die Vorinstanz legte das Invalideneinkommen im Zeitpunkt der Rentenaufhebung (30. April 2011) nach dem Tabellenlohn gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) von 2008 nach dem Anforderungsniveau 4, welches einfache und repetitive Tätigkeiten umfasst, fest und ging von einem durchschnittlichem monatlichen Lohn im Gross- und Zwischenhandel von Fr. 4'851.- aus. Der Beschwerdeführer bringt vor, es sei auf das mittlere von Männern im Durchschnitt aller Wirtschaftszweige des privaten Sektors mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielte monatliche Einkommen von Fr. 4'806.- abzustellen. Unter Berücksichtigung, dass dem Beschwerdeführer grundsätzlich ein breites Spektrum an Stellen aus dem Anforderungsniveau 4 zumutbar sind, ist nicht ersichtlich, weshalb dieser Argumentation nicht gefolgt werden soll. Somit resultiert - in Abweichung von der vorinstanzlichen Berechnung - unter Berücksichtigung der betriebsüblichen durchschnittlichen Arbeitszeit aller Branchen im 2010 von wöchentlich 41.7 Stunden und der Anpassung an die Nominallohnentwicklung von 2008 bis 2010 ein jährliches hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 61'866.65 bei einem 100 % Pensum (Fr. 4'806.- x 12 [Jahreslohn] : 40 x 41.7 [Umrechnung Wochenstunden] x 1.029 [Aufrechnung Lohnentwicklung 2010]). Bei einer verbleibenden Arbeitsfähigkeit von 80 % ergibt dies ein jährliches hypothetisches Invalideneinkommen von 49'493.30.

### **E. 9.3.2**

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nunmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem

allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Vorliegend hat die Vorinstanz einen leidensbedingten Abzug von 5 % vorgenommen. Der Beschwerdeführer rügt, dass ein leidensbedingter Abzug von maximal 25 % gerechtfertigt gewesen wäre. Die Vorinstanz verkennt mit der Argumentation in ihrer Vernehmlassung vom 29. August 2011, die Verweisungstätigkeit sei laut dem Gutachten in einem Vollpensum ausübbar und eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich lediglich aufgrund einer Minderung der Leistungsfähigkeit, dass die ärztlich attestierte Arbeitsfähigkeit eine Angabe über die zumutbare Leistung und keine solche über die Präsenz am Arbeitsplatz ist. Wenn die Leistung des Beschwerdeführers um 20 % gemindert ist, ist er aus Sicht des Bundesverwaltungsgerichts auch in diesem Umfang arbeitsunfähig. Auf die sachlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nimmt die Vorinstanz nicht Bezug, dies obwohl dem Beschwerdeführer unbestrittenermassen lediglich noch rückenadaptierte leichte und gelegentlich mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten möglich sind. Auch im Rahmen einer solchen geeigneten Tätigkeit ist der Beschwerdeführer beeinträchtigt, da die Sitz- und Stehdauer eingeschränkt (max. 60 Minuten) und das Heben von Lasten (max. 15 Kilogramm) begrenzt ist. Unter Berücksichtigung dieser verminderten Einsetzbarkeit, des reduzierten Beschäftigungsgrades, der Herkunft des Beschwerdeführers, und des Umstands, dass er eine gänzlich neue Arbeit antreten muss, rechtfertigt sich vorliegend von dem in Verwaltungsverfahren festgesetzten Einkommensermittlung im Hinblick auf den leidensbedingten Abzug abzuweichen und einen leidensbedingten Abzug von 15 % zu gewähren. Bei einer verbleibenden Arbeitsfähigkeit von 80 % resultiert somit unter Berücksichtigung dieses leidensbedingten Abzuges ein hypothetisches jährliches Invalideneinkommen von Fr. 42'069.30.

#### **E. 9.4**

Der Einkommensvergleich stellt sich somit wie folgt dar: Dem Valideneinkommen von Fr. 76'774.05 steht ein Invalideneinkommen von Fr. 42'069.30 gegenüber. Daraus resultiert ein Invaliditätsgrad von 45.20 %  $[(Fr. 76'774.05 - Fr. 42'069.30) \times 100 : Fr. 76'774.05]$ . Zusammenfassend ergibt sich nach dem Dargelegten, dass die Vorinstanz den ab 30. April 2011 massgebenden Invaliditätsgrad falsch berechnet hat, da sie sowohl das Validen- wie auch das Invalideneinkommen des Beschwerdeführers nicht korrekt festgesetzt und den leidensbedingten Abzug zu tief angesetzt hat.

#### **E. 9.5**

Ein Invaliditätsgrad von 45.20 % führt jedoch nicht automatisch dazu, dass der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat, denn gemäss Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 Prozent entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung stellt Art. 29 Abs. 4 IVG nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 264 E. 6c). Da der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 9. März 2011 seinen Wohnsitz in Serbien hatte, hat er ab dem 30. April 2011 - aufgrund des festgestellten Invaliditätsgrades von 45.20 % - keinen weiteren Anspruch auf die Auszahlung einer Invalidenrente. An der

vom Gericht vorgenommenen Berechnung ändert sich auch nichts, wenn gar ein Leidensabzug von 20 % berücksichtigt würde. Der sich gemäss Einkommensvergleich ergebende Invaliditätsgrad von 48.43 % würde immer noch unter 50 % liegen und somit keinen Rentenanspruch begründen.

#### **E. 9.6**

Die angefochtene Verfügung vom 9. März 2011 ist daher zu bestätigen und die Beschwerde abzuweisen.

#### **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 Verfahrenskostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet. Dem unterliegenden, 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.