



---

Abteilung II  
B-6878/2011

## Urteil vom 27. Juni 2013

---

Besetzung

Richter Hans Urech (Vorsitz),  
Richter Francesco Parrino,  
Richter Ronald Flury,  
Gerichtsschreiberin Marion Sutter.

---

Parteien

**H.**\_\_\_\_\_,  
vertreten durch Charles Flory, Comité de protection  
des travailleurs frontaliers européens,  
rue de la Gare 37, FR-68190 Ensisheim,  
Beschwerdeführer,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2,  
Vorinstanz.

---

Gegenstand

Invalidenrente (Rentenanspruch),  
Verfügung vom 30. November 2011.

**Sachverhalt:****A.**

H.\_\_\_\_\_ (im Folgenden: Beschwerdeführer oder Versicherter) wurde am 19. September 1964 geboren und stammt aus Frankreich. Er hat in den Jahren 1982 bis 2011 als Grenzgänger in der Schweiz gearbeitet und hierbei Beiträge an die schweizerische AHV / IV entrichtet (IV-Akt. 14, 18 S. 5). Am 30. April 2010 meldete ihn die Mobiliar Versicherung X.\_\_\_\_\_ bei der IV-Stelle Y.\_\_\_\_\_ (im Folgenden: kantonale IV-Stelle) für den Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung an. Als Krankheitsgrund führte sie eine chronische Lumbalgie auf (IV-Akt. 1). Am 14. Juli 2010 reichte der Beschwerdeführer seine IV-Anmeldung mittels offiziellen Formulars ("IV-Anmeldung für Erwachsene: Berufliche Integration / Rente") nach, wobei er als Krankheitsgrund eine Diskopathie im Bereich L5-S1 angab (IV-Akt. 11).

**B.**

In der Folge gingen verschiedene Arztberichte bei der kantonalen IV-Stelle ein (IV-Akt. 6, 7, 12, 15 – 19). Mit Schreiben vom 14. Dezember 2010 (IV-Akt. 18) reichte der Beschwerdeführer, nunmehr vertreten durch Charles Flory, Präsident des Comité de protection des travailleurs frontaliers européens, mehrere Arztberichte sowie ein Schreiben der bisherigen Arbeitgeberin L.\_\_\_\_\_ vom 26. November 2010 ein, mit welchem diese den Beschwerdeführer per Ende Januar 2011 entliess. Am 13. Januar 2011 legte der Beschwerdeführer einen Bericht seines Hausarztes Dr. S.\_\_\_\_\_, Allgemeinmediziner, vom 13. Dezember 2010 ins Recht (IV-Akt. 25) .

**C.**

Gestützt auf die Stellungnahme ihres regionalen ärztlichen Diensts (im Folgenden: RAD) vom 27. Juli 2011 (IV-Akt. 29) gab die kantonale IV-Stelle am 8. August 2011 ein rheumatologisches Gutachten bei Dr. med. B.\_\_\_\_\_ FMH Binningen, Facharzt für Rheumatologie, in Auftrag, welches am 1. September 2011 erging (IV-Akt. 32). Mit Stellungnahme vom 16. September 2011 (IV-Akt. 33) würdigte RAD-Arzt Dr. med. V.\_\_\_\_\_ das Gutachten als vollständig sowie überzeugend. Es enthalte auf den eigenen Untersuchungen beruhende, nachvollziehbare Schlussfolgerungen zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und gehe in ausreichender Weise auf die medizinischen Vorakten ein.

Entsprechend stellte die kantonale IV-Stelle dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 26. September 2011 (IV-Akt. 34) eine Abweisung seines

Leistungsbegehrens in Aussicht. Zur Begründung führte sie an, seit Januar 2010 bestehe ununterbrochen eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit. Spätestens ab Juli 2010 sei es dem Beschwerdeführer indessen zumutbar, während einer Stunde zu sitzen, während zwei bis drei Stunden zu gehen und Lasten von 5 bis 10 Kilogramm zu tragen. Damit bestehe ab Juli 2010 eine volle Arbeitsfähigkeit in einer rückenangepassten, (mit Sitzen, Stehen und Gehen) wechselbelastenden Tätigkeit, ohne nennenswerte Leistungsminderung. Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 3 %, welcher zu keiner Rente berechtige.

#### **D.**

Mit Einwand vom 10. Oktober 2011 (IV-Akt. 35) ersuchte der Beschwerdeführer um eine neue Berechnung seines Invaliditätsgrads mit der Begründung, er sei nicht mehr in der Lage, eine berufliche Tätigkeit auszuüben. Mit Schreiben vom 20. Oktober 2011 (IV-Akt. 40) teilte die kantonale IV-Stelle mit, dieser Einwand genüge den gesetzlichen Anforderungen nicht und setzte ihm eine Nachfrist zur Verbesserung seiner Stellungnahme unter Beibringung medizinischer Unterlagen an. Mit Schreiben vom 10. November 2011 (IV-Akt. 42) reichte der Beschwerdeführer einen Arztbericht von Dr. S.\_\_\_\_\_ vom 7. November 2011 sowie einen (handschriftlichen) Zettel des Psychiaters Dr. O.\_\_\_\_\_ vom 9. November 2011 ein.

Mit Verfügung vom 30. November 2011 bestätigte die IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA (im Folgenden: Vorinstanz) den Vorbescheid der kantonalen IV-Stelle vom 26. September 2011 (IV-Akt. 44) mit unveränderter Begründung.

#### **E.**

Hiergegen erhob der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 19. Dezember 2011 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht mit den sinngemässen Anträgen, es sei die angefochtene Verfügung vom 30. November 2011 aufzuheben, eine "Gegenexpertise beim schweizerischen medizinischen Amt" durchzuführen und ihm eine schweizerische Invalidenrente zuzusprechen. Zur Begründung führt er an, er könne auf Grund seiner Krankheit keine Arbeit annehmen. Seiner Beschwerde legte er den sich bereits in den vorinstanzlichen Akten befindlichen Arztbericht von Dr. S.\_\_\_\_\_ vom 7. November 2011 (IV-Akt. 42, S. 2) bei. Mit Schreiben vom 13. Januar 2012 reichte er dem Bundesverwaltungsgericht weitere, bereits in den vorinstanzlichen Akten liegende Arztberichte sowie ei-

nen (handschriftlichen) Zettel von Dr. O.\_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2012 ein.

#### **F.**

Mit Vernehmlassung vom 20. März 2012 beantragt die Vorinstanz unter Verweisung auf die Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle vom 27. Februar 2012, es sei auf die Beschwerde nicht einzutreten, eventualiter sei diese abzuweisen.

In jener Stellungnahme führt die kantonale IV-Stelle aus, auf die Beschwerde sei nicht einzutreten, da sie weder rechtsgenügenden Anträge noch eine gedrängte Darstellung des Sachverhalts noch eine ausreichende Begründung enthalte. Unter dem Eventualstandpunkt sei die Beschwerde abzuweisen. Die angefochtene Verfügung basiere auf der Einschätzung des Facharztes für Rheumatologie Dr. B.\_\_\_\_\_, wonach der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei. Das Gutachten entspreche den im Sozialversicherungsrecht hierfür geltenden Anforderungen. Dr. B.\_\_\_\_\_ sei zwar kein Psychiater, könne aber auf Grund seiner allgemeinmedizinischen Ausbildung dennoch Aussagen über psychische Krankheiten treffen. Der Beschwerdeführer habe zur Widerlegung der Schlussfolgerungen in diesem Gutachten – neben der dem Gutachter bereits bekannten Berichten – lediglich die nahezu unleserliche ärztliche Bestätigung des behandelnden Psychiaters Dr. O.\_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2012 und einen Bericht des behandelnden Rheumatologen Dr. S.\_\_\_\_\_ vom 7. November 2012 (*recte*: 7. November 2011) ins Recht gelegt. Dr. S.\_\_\_\_\_ habe im ersten Bericht die Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_\_, wonach körperlich schwerer Arbeiten und Zwangshaltungen unzumutbar seien, bestätigt. Der zweite Bericht von Dr. O.\_\_\_\_\_, in welchem dieser auf Grund der Diagnose einer reaktiven Depression eine volle Arbeitsunfähigkeit feststellte, sei als nicht beweiskräftiges Gefälligkeitsgutachten zu werten. Einerseits widerspreche es mit Blick auf den angeblichen Therapiebeginn vom 6. Januar 2011 den Angaben des Beschwerdeführers gegenüber dem Gutachter Dr. B.\_\_\_\_\_ vom 30. August 2011, wonach die Therapie noch nicht begonnen habe. Andererseits stütze sich die Einschätzung der vollen Arbeitsunfähigkeit weder auf entsprechende Befunde noch werde der Schweregrad der Depression angegeben. Eine allenfalls beim Beschwerdeführer bestehende Depression könne indessen auch aus einem anderen Grund nicht berücksichtigt werden: Ein Grenzgänger, der seinen Beruf in der Schweiz krankheitshalber aufgegeben habe, sei ab Beginn einer anhaltenden Arbeitsunfähigkeit nur noch während eines Jahres bei

der schweizerischen Invalidenversicherung versichert. Vorliegend sei der Beschwerdeführer deshalb lediglich bis am 25. Januar 2011 in der Schweiz versichert gewesen, womit die allenfalls später aufgetretene psychische Krankheit nicht mehr durch die schweizerischen Invalidenversicherung gedeckt sei.

### **G.**

Replicando reicht der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 3. Mai 2012 einen Arztbericht, zwei handschriftliche Kurzberichte sowie ein Medikamentenrezept seines Hausarztes Dr. S.\_\_\_\_\_ je vom 27. April 2012, ein Bestätigungsschreiben hinsichtlich drei Rehabilitationssitzungen der Kinesiologetherapeutin C.\_\_\_\_\_ vom 27. April 2012 sowie einen handschriftlichen, kaum entzifferbaren Bericht des Psychiaters Dr. O.\_\_\_\_\_ vom 27. August 2011 ein. Mit Schreiben vom 25. Mai 2012 ergänzt der Beschwerdeführer die Beschwerdeakten um einen an den Hausarzt Dr. S.\_\_\_\_\_ adressierten Arztbericht von Dr. G.\_\_\_\_\_ (Fachgebiet unbekannt) vom 7. Mai 2012 sowie ein Bestätigungsschreiben von Dr. J.\_\_\_\_\_ einer auf Verdauungsprobleme und Koloskopie spezialisierten chirurgischen Praxis in U.\_\_\_\_\_ vom 16. Mai 2012, wonach sich der Beschwerdeführer einem (nicht konkretisierten) chirurgischen Eingriff unterzogen habe. Mit Schreiben vom 2. Juli 2012 legt der Beschwerdeführer einen weiteren Arztbericht von Dr. S.\_\_\_\_\_ vom 18. Juni 2012 ins Recht.

### **H.**

Mit Duplik vom 23. November 2012 hält die Vorinstanz an ihrer Vernehmung vom 20. März 2012 fest und verweist auf die erneut durch sie eingeholte Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle.

In dieser Stellungnahme vom 13. November 2012 führt die kantonale IV-Stelle aus, die in den durch den Beschwerdeführer neu eingereichten Unterlagen erwähnte Operation könne allenfalls auf eine nach dem Verfügungszeitpunkt eingetretene Verschlechterung hindeuten. Die neuen Befunde würden indessen keine Beschwerden aufzeigen, welche Dr. B.\_\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 1. September 2011 nicht berücksichtigt hätte. Die von Dr. O.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 27. August 2011 festgestellte Arbeitsunfähigkeit infolge einer diagnostizierten Depression sei nicht nachvollziehbar, da Dr. O.\_\_\_\_\_ weder das Ausmass noch die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit festhalte. Eine anhaltende Depression sei nicht anzunehmen, nachdem der Beschwerdeführer anlässlich der drei Tage später stattgefundenen Untersuchung bei Dr. B.\_\_\_\_\_ keinen de-

pressiven Eindruck hinterlassen habe. Gemäss Dr. B.\_\_\_\_\_ habe der Beschwerdeführer einen Psychiater konsultieren wollen, da er über die Kündigung seiner bisherigen Arbeitgeberin verärgert sei. Solche psychosozialen Faktoren seien indessen bei der Invaliditätsbemessung nicht zu berücksichtigen.

#### **I.**

Mit Schreiben vom 30. November 2012 reicht der Beschwerdeführer dem Bundesverwaltungsgericht ein weiteres Schreiben seiner Kinesiologietherapeutin C.\_\_\_\_\_ vom 26. November 2012 ein, wonach er 30 Therapiesitzungen zur funktionellen Rehabilitation seiner Wirbelsäule wahrgenommen habe.

#### **J.**

Auf ein entsprechendes Gesuch des Beschwerdeführers hin setzte das Bundesverwaltungsgericht mit Verfügung vom 4. April 2013 eine öffentlichen EMRK-Verhandlung auf den 11. Juni 2013 an. Wie mit Schreiben vom 13. Mai 2013 angekündigt, nahm ein Vertreter der kantonalen IV-Stelle an der Verhandlung teil. Demgegenüber blieben sowohl der Beschwerdeführer als auch dessen Rechtsvertreter unentschuldigt der Verhandlung fern, weshalb das Bundesverwaltungsgericht von der Durchführung der vom Beschwerdeführer angebehrten EMRK-Verhandlung absah. Mit Verfügung vom 12. Juni 2013 hat das Bundesverwaltungsgericht die Säumigkeit des Beschwerdeführers in Bezug auf die Verhandlung vom 11. Juni 2013 als Verzicht auf die Durchführung einer öffentlichen EMRK-Verhandlung aufgefasst und – wie mit der Vorladung vom 4. April 2013 angedroht – die schriftliche Fortsetzung des Verfahrens angeordnet.

#### **K.**

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

### **Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

#### **1.**

**1.1** Gemäss Art. 31 in Verbindung mit Art. 33 Bst. d des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32) und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes über die Invaliden-

versicherung vom 19. Juni 1959 (IVG, SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der schweizerischen IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA.

Im Streit liegt die Verfügung der IVSTA (Vorinstanz) vom 30. November 2011. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist damit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

**1.2** Der Beschwerdeführer ist als Adressat der Verfügung vom 30. November 2011 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, so dass er im Sinne von Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) beschwerdelegitimiert ist.

**1.3** Die Beschwerdeschrift vom 19. Dezember 2011 enthält zwar keine eigentlichen Anträge und eine nur sehr kurze Begründung, wie die kantonale IV-Stelle zu Recht bemängelt. Der Beschwerdewille ist indessen sinngemäss zu erkennen, weshalb die Beschwerdeform als gewahrt zu betrachten ist (Art. 52 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren VwVG; SR 172.021). Nachdem die Beschwerde ausserdem fristgerecht eingereicht und der mit Zwischenverfügung vom 29. Dezember 2011 einverlangte Kostenvorschuss von Fr. 400.– rechtzeitig überwiesen wurde, ist auf diese einzutreten.

## **2.**

Gemäss Art. 19 Abs. 3 VGG sind die Richter und Richterinnen des Bundesverwaltungsgerichts zur Aushilfe in anderen Abteilungen verpflichtet. Die Abteilung II des Bundesverwaltungsgerichts hat das vorliegende Beschwerdeverfahren im Zuge einer – auf einer abteilungsübergreifenden, freiwilligen Zusammenarbeit basierenden – Entlastungsmassnahme der Abteilung III übernommen. Die bisherige Verfahrensnummer C-6878/2011 lautet deshalb fortan B-6878/2011.

## **3.**

Gemäss Art. 40 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.201) ist die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet ein Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheits-

schaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

Der Beschwerdeführer war vor Eintritt des Gesundheitsschadens zuletzt als Grenzgänger bei der L.\_\_\_\_\_ in Y.\_\_\_\_\_ als Betriebsarbeiter respektive Staplerfahrer erwerbstätig und lebte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in Z.\_\_\_\_\_ (Frankreich). Er macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf den Zeitpunkt seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht und zu deren Abbruch geführt haben soll. Unter diesen Umständen war die kantonale IV-Stelle für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung sowie die Vorinstanz für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig.

#### **4.**

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

**4.1** Der Beschwerdeführer ist französischer Staatsangehöriger, 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 und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681), insbesondere dessen Anhang II betreffend die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, anzuwenden ist (Art. 80a IVG). Nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, haben die in den persönlichen Anwendungsbereich der Verordnung fallenden, in einem Mitgliedstaat wohnenden Personen auf Grund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats grundsätzlich die gleichen Rechte und Pflichten wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Noch keine Anwendung finden die neuen europäischen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und (EG) Nr. 987/2009 (in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten ab dem 1. April 2012 anwendbar).

Soweit das FZA beziehungsweise die auf dieser Grundlage anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente grundsätzlich nach der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V

257 E. 2.4). Entsprechend bestimmt sich vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung ausschliesslich nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht, insbesondere nach dem IVG sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.210).

**4.2** Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 30. November 2011) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

**4.3** Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C\_419/2009 vom 3. November 2009 E. 3.1, BGE 132 V 215 E. 3.1.1), ist der Leistungsanspruch für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 auf Grund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (*pro rata temporis*; BGE 130 V 445).

Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, sodass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil BGer 8C\_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1). Neu normiert wurde dagegen der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der – sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind – gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung der 5. IV-Revision) frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. In Fällen, in denen der Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eintrat resp. die einjährige gesetzliche Wartezeit vor diesem Zeitpunkt zu laufen begann und im Jahre 2008 erfüllt wurde, gilt unter der Voraussetzung, dass die Anmeldung spätestens per Ende Juni 2008 eingereicht wurde, das alte Recht (vgl. zum Ganzen BGE 138 V 475). Vorliegend erging sowohl die Anmeldung der Mobiliarversicherung als auch das offizielle Anmeldeformular des Beschwerdeführers nach diesem Stichtag. Es ist

damit grundsätzlich das per 1. Januar 2003 in Kraft getretene ATSG anwendbar sowie die materiellen Bestimmungen des IVG und der IVV, welche am 1. Januar 2008 in Kraft traten (5. IV-Revision). Noch keine Anwendung findet das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]), da die angefochtene Verfügung vor Inkrafttreten der entsprechenden Bestimmungen ergangen ist (vgl. auch UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2003, Art. 82 Rz. 5 und 6).

**4.4** Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG auf Grund von Art. 3 Bst. d<sup>bis</sup> 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. 1 a – 26<sup>bis</sup> und 28 – 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

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

**4.6** Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen). Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

## 5.

Im vorliegenden Verfahren ist in der Hauptsache streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht den An-

spruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente abgewiesen hat.

**5.1** Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 7, 8, 16 ATSG; Art. 4, 28, 28a, 29 IVG) und beim Versicherungsfall mindestens während dreier Jahre (Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet hat. Diese zwei Bedingungen müssen kumulativ erfüllt sein.

Der Beschwerdeführer hat in der Schweiz während der Dauer von rund 30 Jahren Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet, womit die beitragsmässigen Voraussetzungen für den Bezug einer ordentlichen Invalidenrente erfüllt sind. Zu prüfen bleibt damit, ob und gegebenenfalls ab wann und in welchem Umfang der Beschwerdeführer als invalid im Sinne des Gesetzes zu betrachten ist.

**5.2** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7).

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). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Er-

werbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

**5.3** Der Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität beurteilt sich nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in der ab dem 1. Januar 2008 gültigen Fassung). Hiernach haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b); und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Bst. c).

Die massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 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 gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der Europäischen Gemeinschaft, denen bei einem Invaliditätsgrad ab 40 Prozent eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft Wohnsitz haben. Diese Ausnahme ist vorliegend gegeben.

**5.4** 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).

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 in der Beurteilung der medizinischen 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).

**5.5** Zu bemerken bleibt, dass auf Grund des im gesamten Sozialversicherungsrecht geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht ein invalider Versicherter gehalten ist, innert nützlicher Frist Arbeit im angestammten oder einem anderen Berufs- oder Erwerbszweig zu suchen und anzunehmen, soweit sie möglich und zumutbar erscheint (BGE 113 V 28 E. 4a, 111 V 239 E. 2a). Deshalb ist es am behandelnden Arzt bzw. am Vertrauensarzt einer IV-Stelle aus medizinischer Sicht zu bestimmen, in welchem Ausmass ein Versicherter seine verbliebene Arbeitsfähigkeit bei zumutbarer Tätigkeit und zumutbarem Einsatz auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt einsetzen kann. Die Arbeitsmöglichkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen.

## **6.**

Aus den wichtigsten der in den Akten befindlichen, zahlreichen medizinischen Berichten ergibt sich Folgendes:

**6.1** Dr. J. \_\_\_\_\_ (einer gemeinschaftlichen, auf Radiologie, Echographie, Doppler, Sensologie, Scanographie, IRM und Osteodensitometrie spezialisierten Ärztepraxis in U. \_\_\_\_\_) diagnostizierte in seinem Arztbericht vom 16. März 2005 beim Versicherten eine beginnende Diskarthrose im Bereich L3-L4, L4-L5 und L5-S1 sowie einen Beckenschiefstand rechts ohne Lumbalskoliose, infolge verkürzter Gliedmassen rechts (IV-Akt. 6, S. 13) In seinem Bericht vom 17. Mai 2005 stellte er eine Diskopathie im Bereich L4-L5 und L5-S1, ohne lumbale Diskushernie, fest (IV-Akt. 6, S. 12).

**6.2** Dr. R. \_\_\_\_\_ (derselben Ärztepraxis in U. \_\_\_\_\_) erkannte in seinem Arztbericht vom 4. April 2008 eine posterolaterale Diskushernie auf der linken Seite im Bereich L5-S1 (IV-Akt. 6, S. 11).

**6.3** Dr. P. \_\_\_\_\_ (derselben Ärztepraxis in U. \_\_\_\_\_) diagnostizierte im Bericht vom 2. März 2010 eine degenerativ bedingte Diskopathie mit Protrusion auf der Höhe L4-L5 und L5-S1, eine Verengung des Foramens

im Bereich L5-S1 sowie eine Gradstellung der Lendenwirbelsäule (IV-Akt. 6, S. 9).

**6.4** Dr. T.\_\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_\_ (der auf Radiologie und medizinische Bildgebung spezialisierten Fondation [...]) erkannten in ihrem Bericht vom 6. April 2010 ein Stigma mit einem Occlusivsyndrom mechanischer Art sowie einem distal flachen Dünndarm bei intraperitonealem Erguss, unterhalb der Leber vorherrschend. Es bestünden keine Zeichen einer Appendicitis, was bei weiteren fehlenden Hinweisen das Bild einer subhepatischen Blinddarmentzündung vermuten lasse (IV-Akt. 6, S. 6).

**6.5** Dr. A.\_\_\_\_\_ (derselben Fondation [...]) erklärte im Bericht vom 21. April 2010, der Versicherte leide an einer Gradstellung der Lendenwirbelsäule sowie einer Arthrodese im Bereich L5/S1 mit Fixierung ventralseits. Der Raum L5/S1 scheine inhomogen zu sein mit hyperdensen Zeichen, jedoch ohne Einengung des Kanals, Zeichen einer Diskushernie, sonstigen Kompressionen durch die Bandscheibe, oder Anomalie der Foramen. Dorsalseits bestünden ebenfalls keine Besonderheiten (IV-Akt. 6, S. 1).

**6.6** Der Neurochirurg Dr. D.\_\_\_\_\_ erklärte im Arztbericht vom 1. April 2010, der Versicherte sei in der Zeit vom 29. März bis 3. April 2010 in der Klinik N.\_\_\_\_\_ zwecks eines chirurgischen Eingriffs (Arthrodese) hospitalisiert gewesen, da er wiederholt an Lumboischialgie links mit Diskopathie im Bereich L5-S1 gelitten habe (IV-Akt. 15, S. 8). Im Bericht vom 14. April 2010 ergänzte er, der Versicherte habe nach der Arthrodese vom 30. März 2010 im Bereich L5-S1 in der vergangenen Nacht eine Episode von Hüftschmerzen auf der rechten Seite erlitten. Die Schmerzen seien nachlassend und der neurologische Zustand ohne Besonderheiten (IV-Akt. 19, S. 8). Im Arztbericht vom 9. Juni 2010 berichtete Dr. D.\_\_\_\_\_, der Versicherte habe eine Verbesserung der linksseitigen Ischialgien angegeben und beklage sich einzig noch über bilaterale Schmerzen der Ferse. Er stellte deshalb die Frage nach einem irritierenden Dorn (IV-Akt. 19, S. 5). Aus seinem Arztbericht vom 4. August 2008 geht hervor, dass der Versicherte in den Jahren 2005 bis 2008 an vier Episoden linksseitiger Ischialgie gelitten habe, zuletzt im April 2008. Die neurologische Untersuchung sei normal verlaufen, die computertomographische Untersuchung habe jedoch eine Diskushernie L5/S1 auf der rechten Seite bei einer Diskopathie im Bereich L5/S1 ergeben. Falls bei der Arbeit keine Besserung auftrete, empfehle er die Durchführung einer MRI-Untersuchung (IV-Akt. 19, S. 17). Im Bericht vom 11. März 2010

fügte er hinzu, das neuere MRI habe eine Veränderung vom Typ Modic 2 auf der Höhe L5/S1 gezeigt mit einer Verschmälerung der Bandscheibe L5/S1 gegenüber 2005. Er habe deshalb eine einfache Entfernung des Bandscheibenvorfalles bei intersomatischer Arthrodese via ventralen Zugang empfohlen (IV-Akt. 19, S. 15). Im Schreiben vom 27. August 2010 schilderte Dr. D.\_\_\_\_\_ einen verbesserten Zustand bei vollständiger Beseitigung der Keimwurzelschmerzen. Der Versicherte beklage sich lediglich noch über eine Empfindlichkeit der Rückenregion eher mechanischer Ursache, es werde keine medikamentöse Behandlung mehr angewandt. Die bisherige berufliche Tätigkeit könne der Versicherte per Oktober 2010 halbtags wieder aufnehmen (IV-Akt. 19, S. 5). Am 2. November 2010 präzisierte er, der Versicherte könne die Arbeit entgegen Erwartung noch nicht wieder aufnehmen, weshalb er dessen Arbeitspause bis Anfang des folgenden Jahres verlängere (IV-Akt. 19, S. 3). Am 9. Dezember 2010 verlängerte er diese Arbeitspause schliesslich bis März 2011 (IV-Akt. 19, S. 2) .

**6.7** Im Arztbericht vom 22. April 2010 attestierte der Hausarzt des Versicherten und Allgemeinmediziner Dr. S.\_\_\_\_\_ eine volle Arbeitsunfähigkeit ab dem 25. Januar 2010, wobei im Moment keine angepasste Tätigkeit denkbar sei. Er stellte indessen die Möglichkeit einer Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit zu 50 % ab ca. Juli 2010 in Aussicht (IV-Akt. 26, S. 33). Gemäss dessen Arztbericht vom 27. August 2010 vermöge der Versicherte nunmehr sitzende Arbeiten mit einer Gewichtslimit von 3 Kilogramm zu verrichten (IV-Akt. 15, S. 1; N.B.: Im Übrigen ist der handschriftliche Arztbericht nicht zu entziffern).

**6.8** In dem zu Handen der Mobiliar Versicherung erstellten Gutachten vom 14. Februar 2011 (IV-Akt. 26, S. 8ff.) hielt Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, fest, der Versicherte beklage sich hauptsächlich über Unwohlsein im Lumbalbereich mechanischen Typs, mit diskreter Parästhesie während des Sitzens, die indessen bei Bewegung verschwinde (Antwort zu Frage 2). Dr. med. M.\_\_\_\_\_ stellte die Diagnose Folgen einer mittels Spondylodese durch ventralen Zugang chirurgisch behandelten Lumboischialgie im Bereich L5/S1 (Antwort zu Frage 3). Die subjektiven Beschwerden seien durch die klinischen Untersuchungen erklärbar (Antwort zu Frage 4). Der Versicherte weise ebenfalls eine Hernia umbilicalis auf, die nächstens operiert werde, wobei mit leichten und rasch abklingenden Folgen zu rechnen sei. Für leichte Tätigkeiten ohne Tragen schwerer Lasten und ohne Beugung der Wirbelsäule bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit, wobei ein häufiger Positionswechsel

(Sitzen, Stehen) oft möglich sein müsse. Die bisherige Tätigkeit sei dem Versicherten auf Grund seines Gesundheitszustands nicht mehr zumutbar (Antwort zu Frage 11; vgl. anders in Antwort zu Frage 10). Eine Verbesserung könne erwartet werden, falls sich der Versicherte mit der aktuellen Situation abfinde. Die Kündigung durch seine bisherige Arbeitgeberin habe ihn so stark aufgewühlt, dass er infolge Depression regelmässig einen Psychiater konsultiere (Antwort zu Frage 12).

**6.9** Im handschriftlichen, schlecht entzifferbaren Schreiben vom 27. August 2011 erklärte der behandelnde Psychiater Dr. O.\_\_\_\_\_ den Versicherten auf Grund einer Depression als arbeitsunfähig (eingereicht im Beschwerdeverfahren mit Schreiben vom 3. Mai 2012). In den handschriftlichen Zetteln vom 9. November 2011 (IV-Akt. 42, S. 4) sowie vom 11. Januar 2012 (eingereicht im Beschwerdeverfahren mit Schreiben vom 13. Januar 2012) stellte Dr. O.\_\_\_\_\_ je die Diagnose einer reaktiven Depression, die keine berufliche Tätigkeit mehr zulassen würde. Im ersten Zettel vom 9. November 2011 ergänzte er diese Diagnose um die Befunde Unruhe sowie Schlafstörung (N.B.: Der Rest des Zettels ist nicht zu entziffern). Im zweiten Zettel vom 11. Januar 2012 erklärte er, die Depression des Versicherten habe sich im Zusammenhang mit körperlichen Gesundheitsbeschwerden (seit der Operation von März 2010) entwickelt.

**6.10** Im rheumatologischen Gutachten vom 1. September 2011 (IV-Akt. 32) stellte Dr. med. B.\_\_\_\_\_ FMH Binningen, Facharzt für Rheumatologie, beim Versicherten nachfolgende Diagnosen mit einer Auswirkung auf dessen Arbeitsfähigkeit:

- chronisch rezidivierendes Lumbovertebralschmerzsyndrom mit ischialgiformer Schmerzausstrahlung seit über 10 Jahren,
  - bei degenerativen Veränderungen der Bandscheiben von L3-S1 (vor allem L5/S1),
  - ohne Diskushernie (Röntgen vom 16. März 2005 und 17. Mai 2005),
- linksseitige Diskushernie L5/S1 gemäss CT vom 4. April 2008,
  - ohne Diskushernie gemäss MRI der Lendenwirbelsäule vom 2. März 2010 und CT vom 21. April 2010,
- Status nach Spondylodese L5/S1 bei adominalem Zugang am 30. März 2010,
  - bei komplikationslosem postoperativem Verlauf,

- ohne Diskushernie (CT vom 21. April 2010),
- bei sitzend und liegend negativer Lasègue,
- ohne neurologische Ausfälle,
- bei recht guter Beweglichkeit der Wirbelsäule trotz Status nach einer Spondylodese im Bereich L5/S1.

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erkannte er:

- unspezifische Schmerzen (manchmal) im zervikothorakalen Bereich infolge Verspannungen der Schultergürtelmuskulatur, jedoch ohne Druckdolenz,
- psychische Verärgerung wegen der Kündigung durch die Arbeitgeberin,
- Zunahme seiner Verärgerung seit dem orthopädischen Gutachten durch Dr. med. M.\_\_\_\_\_ vom 14. Februar 2011,
- Nikotinabusus.

Zur Erklärung führte Dr. B.\_\_\_\_\_ aus, der Versicherte sei anlässlich der Untersuchung hinkfrei und flüssig gegangen. Es hätten sich keine neurologischen Ausfälle gezeigt. In psychiatrischer Hinsicht seien beim Versicherten während der gesamten Anamnese und Untersuchungsdauer keine Zeichen von Leidensdruck oder Depressivität auf der psychisch-geistigen Ebene auszumachen gewesen. Der Versicherte stehe seit der Kündigung durch die bisherige Arbeitgeberin bei Dr. O.\_\_\_\_\_ in psychiatrischer Behandlung (Gutachten, S. 10), da er sich über diese Kündigung sowie die Attestierung einer vollen Arbeitsfähigkeit im Gutachten von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ sehr geärgert habe (Gutachten S. 13). Die bekannten degenerativen Veränderungen an den Wirbelgelenken dürften die immer wiederkehrenden Lumbalgien mit Ischialgien (welche von den behandelnden Ärzten teilweise links, teilweise rechts beschrieben worden seien) begründen. Nach der durch Dr. D.\_\_\_\_\_ zur Verhinderung einer Lähmung durchgeführten Spondylodese L5/S1 seien keine Komplikationen aufgetreten. Die Wirbelsäule habe sich vielmehr als erstaunlich beweglich herausgestellt. Trotz stabilem Operationsfeld bleibe das Bewegungssegment L5/S1 kritisch, weshalb der Versicherte keine körperlich belastende Arbeiten mit repetitivem Heben von Lasten über 15 Kilogramm mehr ausüben könne. Ungünstig seien ebenfalls Arbeiten in gebückter Haltung oder mit wiederholter Drehung des Achsenorgans sowie mit Zwangshaltung der Wirbelsäule. Für die bisherige berufliche Tätigkeit sei der Versicherte

deshalb seit Januar 2010 voll arbeitsunfähig. Auch für angepasste Tätigkeiten sei der Versicherte seit anfangs Januar 2010 während rund drei bis vier Monate nach der Spondylodesen-Operation vom 30. März 2010 voll arbeitsunfähig verblieben. Ab Juli 2010 dürfe ihm indessen eine volle Arbeitsfähigkeit in einer rückenangepassten, mit Sitzen, Stehen und Gehen wechselbelastenden Tätigkeit attestiert werden.

**6.11** Im Arztbericht vom 7. November 2011 (IV-Akt. 42, S. 2) rekapitulierte der behandelnde Rheumatologe Dr. S.\_\_\_\_\_ als Anamnese einen Ulcus im Jahr 1998, ein wiederkehrendes depressives Syndrom sowie eine intersomatische Arthrodesen via ventralen Zugang im Bereich L5-S1 im März 2010. Zur Zeit weise der Versicherte eine hartnäckige Lumboischialgie auf. Der Zustand seiner Wirbelsäule verbiete ihm jede schwere Handarbeit sowie Arbeiten mit Zwangshaltungen.

**6.12** In dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Arztbericht vom 27. April 2012 erklärte Hausarzt und Allgemeinmediziner Dr. S.\_\_\_\_\_ den Versicherten wegen einer Bindehautentzündung des rechten Auges sowie einer kürzlich aufgetretenen inguinal-cruralen Hernie untersucht zu haben. Der Versicherte weise ausserdem sensitivomotorische Folgen in den rechten unteren Gliedmassen infolge einer Lumbaldiskopathie auf, welche ein chirurgischer Eingriff erforderlich gemacht habe. Auf Grund eines reaktiven depressiven Syndroms besuche er einen Psychiater. Der Gesundheitszustand des Versicherten sowie die von diesem eingenommenen Medikamente seien mit keiner beruflichen Tätigkeit vereinbar, die Invalidität müsse auf mindestens 80 % beziffert werden.

**6.13** Gemäss dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Schreiben vom 7. Mai 2012 (unter Beilage eines Röntgenbildes) schloss Dr. G.\_\_\_\_\_ (Fachgebiet unbekannt) nach einer Untersuchung des Versicherten auf eine Inguinalhernie mit Ausgang im Darmbereich und Durchmesser von 9 mm.

**6.14** In dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Arztbericht vom 18. Juni 2012 hielt der behandelnde Rheumatologe Dr. S.\_\_\_\_\_ fest, eine eigentliche, sich in Entwicklung befindende Radikulopathie könne nicht ausgemacht werden, sondern lediglich Folgeanomalien, verbunden mit atrophische Schmerzen an der lumbalen Wirbelsäule. Eine Operation der Inguinalhernie sei auf den 6. Juli 2012 angesetzt.

**7.**

Die Vorinstanz hat die vorliegenden Arztberichte RAD-Arzt Dr. med. V.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, unterbreitet, welcher mit Stellungnahme vom 27. Juli 2011 (IV-Akt. 29) hinsichtlich des zu Handen der Mobiliar Versicherung erstellten Gutachtens von Dr. med. M.\_\_\_\_\_, vom 14. Februar 2011 erklärte, mit einer Arthrodese (respektive allenfalls einer Spondylodese) im Bereich L5/S1 sei eine körperlich schwere Arbeit wohl nicht mehr zumutbar. Es seien indessen keine pathologischen Befunde genannt worden, die eine Einschränkung für wechselbelastende körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeit begründen könnten. Da eine solche – nur auf den Akten basierende – Aussage nicht rechtsgenügend sein könne, empfahl Dr. V.\_\_\_\_\_ die Einholung eines Gutachtens bei Dr. B.\_\_\_\_\_. Am 16. September 2011 erklärte er, auf jenes Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_\_ vom 1. September 2011 könne vollumfänglich abgestellt werden (IV-Akt. 33).

**8.**

Wie vorangehend ausgeführt, beurteilt das Bundesverwaltungsgericht den Sachverhalt bis und mit Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 30. November 2011 (siehe vorne E. 4.2). Sämtliche nach diesem Zeitpunkt ergangenen Arztberichte können deshalb – sofern sie keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vor der angefochtenen Verfügung erlauben – im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden. Dies gilt für den grössten Teil der im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Arztberichte und betrifft namentlich die unter vorangehender Erwägung 6.12 bis 6.14 zitierten Arztberichte. Die in diesen Arztberichten neu thematisierten Beschwerden der Bindehautentzündung des rechten Auges sowie einer Inguinalhernie sind deshalb vorliegend nicht Beurteilungsgegenstand. Sollten diese Beschwerden zu einer invaliditätsrechtlich relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit respektive Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit führen, wäre der Beschwerdeführer gehalten, diesbezüglich ein neues Gesuch bei der Vorinstanz zu stellen. Hingegen ist vom Bundesverwaltungsgericht der Arztbericht von Dr. O.\_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2012 (E. 6.9, E. 9.2) beachtlich, in welchem dieser rückblickend zur Ursache der von ihm diagnostizierten reaktiven Diagnose Stellung nahm.

**9.**

Aus den vorliegend relevanten Medizinalakten (vgl. E. 8) ist ersichtlich, dass der Beschwerdeführer zusammenfassend hauptsächlich an arthrobedingten Veränderungen der Bandscheiben, einer Diskushernie im

Bereich L5-S1 sowie den Folgen einer operativen Versteifung der Wirbelsäule leidet. Ausserdem sind ein Beckenschiefstand rechts ohne Lumalskoliose im Jahr 2005 sowie eine Hernia umbilicalis (Nabelhernie) im Februar 2011, welche inzwischen operiert worden sei, medizinisch dokumentiert. Schliesslich berichten mehrere Zettel des behandelnden Psychiaters von psychischen Leiden.

**9.1** Das Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_\_ vom 1. September 2011 fasst die vorliegenden somatischen Beschwerden des Beschwerdeführers vollständig sowie in nachvollziehbarer Weise zusammen. Mit den vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden sowie den weiteren Medizinalakten hat sich Dr. B.\_\_\_\_\_ einlässlich auseinandergesetzt und deren Befunde in seiner Diagnosenliste berücksichtigt. So bestätigt er insbesondere die Befunde der degenerativen Veränderungen der Bandscheiben, der Diskushernie im Bereich L5-S1 sowie den Folgen nach operativer Versteifung der Wirbelsäule. Anlässlich der persönlichen Untersuchung vom 30. August 2011 hat er ausserdem festgestellt, dass der Beschwerdeführer in der Lage ist, flüssig und hinkfrei zu gehen. Die zu einem früheren Zeitpunkt genannte Diagnose des Beckenschiefstandes rechts scheint damit gemäss der Untersuchung von Dr. B.\_\_\_\_\_ keine Auswirkungen auf die Gehweise des Beschwerdeführers zu zeigen. Damit ist nicht zu beanstanden, dass Dr. B.\_\_\_\_\_ einen allfälligen Beckenschiefstand rechts nicht als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt hat. Keinen Eingang ins Gutachten vom 1. September 2011 fand schliesslich die oben erwähnte Diagnose der Nabelhernie (E. 9). Gemäss dem Gutachten vom 14. Februar 2011 von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ war indessen nach deren Operation mit leichten und rasch abklingenden Folgen zu rechnen. Nachdem in den übrigen Medizinalakten keine Beschwerden im Zusammenhang mit der Nabelhernie dokumentiert werden, ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer nach der diesbezüglich durchgeführten Operation beschwerdefrei verblieb.

**9.2** Der Beschwerdeführer hat im Beschwerdeverfahren zwei Kurzberichte vom 27. August 2011 und vom 11. Januar 2012 eingereicht, in denen Dr. O.\_\_\_\_\_ ihn auf Grund einer (reaktiven) Depression als arbeitsunfähig erklärte (E. 6.10). In seinem Gutachten vom 1. September 2011 hielt Dr. B.\_\_\_\_\_ demgegenüber fest, es hätten sich beim Beschwerdeführer während der gesamten Anamnese und Untersuchungsdauer keine Zeichen von Leidensdruck oder Depressivität auf der psychisch-geistigen Ebene gezeigt. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erkannte er eine psychische Verärgerung wegen

der Kündigung durch die Arbeitgeberin sowie Zunahme seiner Verärgerung seit dem orthopädischen Gutachten durch Dr. med. M. \_\_\_\_\_ vom 14. Februar 2011 (E. 6.10).

**9.2.1** Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus. Dabei ist zu beachten, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen bestehen darf, welche von belastenden psychosozialen oder soziokulturellen Faktoren herrühren, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, wie zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression in fachmedizinischem Sinne. Solche verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (Entscheid EVG [heute: BGer] I 232/04 vom 10. Januar 2005, E. 5). Nach der Rechtsprechung ist entscheidend, ob der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit (bzw. der Fähigkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen) sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar ist (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c; BGE 102 V 165).

**9.2.2** Vorliegend liegt für eine Diagnose in psychiatrischer Hinsicht medizinisches Substrat vor in der Form der Kurzberichte von Dr. O. \_\_\_\_\_. Die in seinem letzten Arztbericht diagnostizierte reaktive Depression stellte er in einen Bezug zu Gesundheitsproblemen physischer Natur, insbesondere den Folgen der Operation von März 2010 (vgl. E. 6.9). Dieser Umstand spricht grundsätzlich gegen das Vorliegen depressiver Verstimmungszustände, welche von der körperlichen Symptomatik unterscheidbar wären. In einem früheren Arztbericht hat Dr. O. \_\_\_\_\_ neben einer depressiven Störung ausserdem Unruhe sowie Schlaflosigkeit festgestellt. Diese Begleitumstände könnten wiederum als Indizien dafür gelten, dass eine selbständige Bedeutung der psychischen Leiden gegenüber der physischen Situation vorliegt. Nachdem Dr. O. \_\_\_\_\_ seine Diagnosen indessen ohne entsprechende medizinische Erläuterungen gestellt und keinerlei Angaben zu den Hintergründen sowie dem Verlauf der depressiven Verstimmung des Beschwerdeführers in seinen Kurzberichten aufgeführt hat, kann seinen Diagnosen – sowie namentlich der gestützt darauf vorgenommenen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit – nicht ohne Weiteres gefolgt werden. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass sowohl Dr. M. \_\_\_\_\_ als auch Dr. B. \_\_\_\_\_ den Grund für die

vom Beschwerdeführer konsultierte psychiatrische Betreuung in dessen Verärgerung, insbesondere infolge der Kündigung durch seine bisherige Arbeitgeberin, sahen (E. 6.8 und 6.10). Mangels anderer Hinweise ist damit die depressive Verstimmung des Beschwerdeführers als Folge soziokultureller, belastender Faktoren zu sehen. Aus den Berichten von Dr. O.\_\_\_\_\_ geht im Weiteren nicht hervor, dass der Beschwerdeführer an einer chronifizierten, therapieresistenten Depression erheblichen Schweregrades leide. Es ist deshalb nicht anzunehmen, dass die depressive Verstimmung respektive gegebenenfalls die (in Bezug auf die physischen Leiden) reaktive Depression – unabhängig allfälliger soziokultureller Faktoren – eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bewirkt. Damit steht zur vollen Überzeugung des Bundesverwaltungsgerichts fest, dass die Symptome des Beschwerdeführers in psychiatrischer Hinsicht eines invalidisierenden Charakters entbehren.

**9.2.3** Indem das Gutachten vom 1. September 2011 keine Diagnosen mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht stellt, ist dieses damit ebenfalls nicht zu bemängeln. Bei diesem Ergebnis kann vorliegend die durch die kantonale IV-Stelle (mit Blick auf den Zeitpunkt des Auftretens einer allfälligen Depression) aufgeworfene Frage zur Dauer des Versicherungsschutzes eines Grenzgängers in der Schweiz (vgl. Sachverhalt Bst. F) offenbleiben.

**9.3** Nach dem Gesagten ist zusammenfassend festzuhalten, dass das Gutachten vom 1. September 2011 insgesamt den in der Rechtsprechung entwickelten, im Sozialversicherungsbereich massgebenden Qualitätsanforderungen für Arztberichte respektive Gutachten entspricht (vgl. E. 5.4 Abs. 2). Die Diagnosenliste erweist sich als vollständig sowie nachvollziehbar und setzt sich nicht in Widerspruch zu den übrigen Medizinalakten. Damit ist im Folgenden auf die von Dr. B.\_\_\_\_\_ vorgenommene medizinische Beurteilung, insbesondere dessen Bestimmung der (Rest-)Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, abzustellen.

**9.4** Der Antrag auf eine "Gegen-Expertise" des Beschwerdeführers ist in antizipierter Beweiswürdigung abzuweisen, da nicht zu erwarten ist, dass eine weitere Begutachtung mit Bezug auf den Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung neue Erkenntnisse bringen wird (BGE 134 I 140 E. 5.3).

## **10.**

Im Gutachten vom 1. September 2011 erklärte Dr. B.\_\_\_\_\_, auf Grund

der Beeinträchtigung des Bewegungssegments L5/S1 könne der Beschwerdeführer keine körperlich belastende Arbeiten mit repetitivem Heben von Lasten über 15 Kilogramm mehr ausüben. Ungünstig seien ebenfalls Arbeiten in gebückter Haltung oder mit wiederholter Drehung des

Achsenorganes sowie mit Zwangshaltung der Wirbelsäule. Damit sei der Beschwerdeführer für seine bisherige berufliche Tätigkeit als Staplerfahrer ab Januar 2010 vollständig arbeitsunfähig. Hingegen sei ihm ab Juli 2010 eine rückenangepasste, wechselbelastende Verweisungstätigkeit zumutbar. Diesbezüglich bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (E. 6.10). RAD-Arzt Dr. med. V.\_\_\_\_\_ hat sich dieser Beurteilung am 16. September 2011 vollumfänglich angeschlossen (E. 7).

## 11.

Gestützt auf diese Einschätzung ihres RAD hat die Vorinstanz in der Folge den Einkommensvergleich vorgenommen.

**11.1** Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des (potentiellen) Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 ff., 128 V 174; SVR 2003 IV Nr. 11 E. 3.1.1).

Vorliegend bestand eine volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen beruflichen Tätigkeit des Beschwerdeführers ab Januar 2010. Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG lief damit Ende 2010 ab. Damit hat sich der Beschwerdeführer am 30. April 2010, unter Berücksichtigung der neu-rechtlich geltenden Wartefrist eines halben Jahres gemäss Art. 29 Abs. 2 IVG (vgl. E. 4.3), rechtzeitig zum Leistungsbezug angemeldet. Ein allfälliger Leistungsanspruch bestünde vorliegend entsprechend ab Anfang Januar 2011, weshalb der Einkommensvergleich auf der Basis der Vergleichseinkommen per Ende Jahr 2010 vorzunehmen ist.

**11.2** Für die Berechnung des Valideneinkommens hat die Vorinstanz auf das zuletzt bekannte Einkommen des Beschwerdeführers im Jahr 2009 von Fr. 63'050.– (Monatslohn von Fr. 4850.– x 13) gemäss den Angaben der L.\_\_\_\_\_ in Y.\_\_\_\_\_ (Fragebogen für Arbeitgebende vom 12. August 2010 [IV-Akt. 13]) abgestellt. Dieses ist an die Nominallohnentwicklung bis 2010 anzupassen, womit ein (geringfügig vom Ergebnis der Vorinstanz abweichendes) indexiertes Invalideneinkommen 2010 von

Fr. 63'554.40 (vgl. BFS Statistik der Lohnentwicklung, Neuchâtel 2011, T 39 Entwicklung der Nominallöhne 1976-2012, Basis 1939 = 100 Punkte; Der Index lag für Männer per Ende Jahr 2009 bei 2266 Punkten sowie per Ende Jahr 2010 bei 2285 Punkten) resultiert. Das auf diese Weise durch die Vorinstanz ermittelte Valideneinkommen wird vom Beschwerdeführer nicht bestritten.

**11.3** Auf Grund der RAD-ärztlich für zumutbar befundenen vollen Arbeitsfähigkeit in einer rückenangepassten, wechselbelastenden Verweisungstätigkeit stützte sich die Vorinstanz für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf Tabellenlöhne gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik (im Folgenden: LSE) 2008 von Fr. 4'806.– monatlich, respektive Fr. 57'672.– im Jahr. Umgerechnet auf eine durchschnittliche Arbeitszeit von 41,6 Wochenstunden (abrufbar unter [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) > Themen > Arbeit, Erwerb > Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit > detaillierte Daten > Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit > Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, in Stunden pro Woche 1990-2011, Total, zuletzt besucht am 19. Juni 2013) ergibt dies einen Wert von Fr. 59'978.90. Dieses Vorgehen entspricht der Rechtsprechung des Bundesgerichts, wonach bei Versicherten, die nach Eintritt des Gesundheitsschadens lediglich noch leichte Arbeiten verrichten können, für die Bestimmung des Invalideneinkommens an Hand von Tabellenlöhnen in der Regel vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn für Männer oder Frauen bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4 des Arbeitsplatzes) auszugehen ist (SVR 2002 UV Nr. 15 E. 3c c).

Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2010 resultiert damit ein Invalideneinkommen von Fr. 61'762.85 (vgl. BFS Statistik der Lohnentwicklung, ebd.; Der Index lag für Männer per Ende Jahr 2008 bei 2219 Punkten sowie per Ende Jahr 2010 bei 2285 Punkten). Das durch die Vorinstanz errechnete, geringfügig hiervon abweichende Invalideneinkommen von Fr. 61'668.– ist entsprechend zu korrigieren.

**11.4** Nach der Rechtsprechung ist bei der Verwendung statistischer Tabellenlöhne zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfstätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass persönliche und berufliche Merkmale des Versicherten wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder

Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben, denen mit einem Abzug vom Invalideneinkommen zu begegnen ist. Ein solcher Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Versicherte wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale seine gesundheitlich bedingte Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Es rechtfertigt sich nicht, für jedes zur Anwendung gelangende Merkmal separat quantifizierte Abzüge vorzunehmen und diese zusammenzuzählen, da damit Wechselwirkungen ausgeblendet werden. Allgemein ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität / Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Letztlich ist der Abzug vom statistischen Lohn unter Berücksichtigung aller jeweils in Betracht fallenden Merkmale auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen (zum Ganzen: BGE 126 V 75).

Die Vorinstanz hat in ihrer Berechnung das Erfordernis eines Leidensabzugs verneint, da beim Beschwerdeführer keine einkommensbeeinflussende Merkmale ersichtlich seien. Nachdem indessen selbst unter Berücksichtigung des maximal möglichen leidensbedingten Abzugs von 25 % (sowie entsprechend eines Invalideneinkommens von Fr. 4'6322.15 [Fr. 61'762.85 / 100 x 75]) lediglich ein Invaliditätsgrad von 27 % resultieren würde, kann vorliegend offen bleiben, ob dem Beschwerdeführer ein leidensbedingter Abzug, sowie gegebenenfalls in welcher Höhe, zu gewähren ist.

**11.5** Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 63'554.– und des Invalideneinkommens von Fr. 61'762.85 ergibt einen Invaliditätsgrad von 2.8 %. Dieser Wert ist nach den mathematischen Rundungsregeln aufzurunden auf einen Invaliditätsgrad von 3 % (BGE 130 V 121, E. 3), womit die Vorinstanz den Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers im Ergebnis korrekt berechnet hat. Ein Invaliditätsgrad in der Höhe von 3 % begründet keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

**11.6** Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung der Vorinstanz vom 30. November 2011 zu bestätigen. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen.

**12.**

Die Gerichtskosten sind in der Regel der unterliegenden Partei aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Unnötige Kosten hat zu bezahlen, wer sie verursacht (Urteil BGer 2C-923/2010 vom 1. Dezember 2010 E. 2.3; vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG). Vorliegend hat sich die Durchführung der auf den 11. Juni 2013 angesetzten öffentlichen Verhandlung auf Grund des säumigen Verhaltens des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers als unnötig erwiesen, weshalb die in diesem Zusammenhang entstandenen Kosten in der Höhe von Fr. 600.– dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, aufzuerlegen sind. Im Übrigen hat der Beschwerdeführer als unterliegende Partei die Verfahrenskosten zu tragen, die sich aus der Gerichtsgebühr und den Auslagen zusammensetzen. Sie werden unter Berücksichtigung des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache sowie der auf Gesuch des Beschwerdeführers hin durchgeführten öffentlichen Verhandlung im vorliegenden Verfahren auf Fr. 1'000.– festgesetzt (Art. 63 Abs. 4<sup>bis</sup> 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]). Der vom Beschwerdeführer zu tragende Anteil von Fr. 400.– wird mit dem bereits geleisteten Verfahrenskostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet. Der dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers auferlegte Betrag von Fr. 600.– ist innert 30 Tagen nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zu Gunsten der Gerichtskasse zu überweisen.

Der unterliegende, vertretene Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

## **Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

### **1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

### **2.**

Die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.– werden im Betrag von Fr. 400.– dem Beschwerdeführer sowie im Betrag von Fr. 600.– dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers auferlegt.

Der dem Beschwerdeführer auferlegte Anteil der Verfahrenskosten von Fr. 400.– wird mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet. Der dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers auferlegte Anteil der Verfahrenskosten von Fr. 600.– ist innert 30 Tagen nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zu Gunsten der Gerichtskasse zu überweisen.

### **3.**

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

### **4.**

Dieses Urteil geht an:

- Charles Flory, Rechtsvertreter des Beschwerdeführers;  
(Einschreiben mit Rückschein; Beilage: Einzahlungsschein;  
Kopie geht an den Beschwerdeführer)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. \_\_\_\_\_; Gerichtsurkunde)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (Gerichtsurkunde)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Hans Urech

Marion Sutter

**Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [BGG, SR 173.110]). Die Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: 3. Juli 2013