



## **Urteil vom 22. August 2011**

---

Besetzung

Richter Vito Valenti (Vorsitz),  
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,  
Richterin Franziska Schneider,  
Gerichtsschreiber Roger Stalder.

---

Parteien

A. \_\_\_\_\_, Deutschland,  
vertreten durch Liesenbrink und Kollegen, Karl-Fürstenberg-  
Strasse 6-8, Postfach 13 48, DE-79618 Rheinfelden,  
Beschwerdeführer,

gegen

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung (Verfügung vom 11. Juni 2009  
[Abweisung Rentengesuch]).

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

Der 1965 geborene, ursprünglich aus der Türkei stammende und im badischen B. \_\_\_\_\_ wohnhafte A. \_\_\_\_\_ (*im Folgenden*: Versicherter oder Beschwerdeführer) wurde am 13. November 1996 in den deutschen Staatsverband eingebürgert. Von 1984 bis 1988 war er in der Schweiz erwerbstätig und entrichtete während dieser Zeit Beiträge an die obligatorische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV). Im Rahmen eines Arbeitsunfalles zog sich der Versicherte im Oktober 1998 eine traumatische Schulterluxation mit einer Abrissfraktur des Tuberkulum majus zu, was ambulante und stationäre Behandlungen/Untersuchungen zur Folge hatte. Am 30. März 2000 (Eingangstempel bei der Schweizerischen Ausgleichskasse [SAK]: 3. Mai 2000) meldete er sich erstmals zum Bezug von IV-Leistungen an, wobei er sich nicht explizit zu den begehrten Versicherungsleistungen äusserte (Akten [*im Folgenden*: act.] der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*im Folgenden*: IVSTA oder Vorinstanz) 2, 4, 5, 7, 8 und 58). Nachdem die Landesversicherungsanstalt Baden den Anspruch auf die vom Versicherten in Deutschland beantragte Erwerbsunfähigkeitsrente mit Mitteilung vom 24. Juli 2000 resp. mit Widerspruchsbescheid vom 30. Juli 2001 abgewiesen hatte (act. 9 bis 11), erliess die IVSTA – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. 14) – am 5. Dezember 2001 eine Verfügung, mit welcher der Anspruch auf eine Rente abgewiesen wurde (act. 15). Diese Verfügung erwuchs – soweit aus den Akten ersichtlich – unangefochten in Rechtskraft.

**B.**

Am 16. Oktober 2003 meldete sich der Versicherte neu an; das entsprechende Formular E 204 ging zusammen mit weiteren Dokumenten am 1. Juli 2004 bei der SAK ein (act. 16 bis 19). Nach Vorliegen der Fragebögen für den Versicherten und den Arbeitgeber (act. 33 bis 35) sowie zahlreicher medizinischer Berichte und Gutachten (act. 40 bis 96) verfasste Dr. med. C. \_\_\_\_\_ (*heute*: D. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom Regionalen Ärztlichen Dienst Rhone [*im Folgenden*: RAD]) am 21. Juni 2005 ihren Schlussbericht (act. 98; vgl. auch act. 97). Nach durchgeführtem Einkommensvergleich vom 15. August 2005, welcher einen Invaliditätsgrad (*im Folgenden auch*: IV-Grad) von 27 % ergeben hatte (act. 99), erliess die IVSTA am 30. August 2005 eine Verfügung, mit welcher der Rentenanspruch des Versicherten erneut abgewiesen wurde

(act. 100). Diese Verfügung wurde – mangels aktenkundiger Hinweise auf die Ergreifung eines Rechtsmittels – ebenfalls unangefochten rechtskräftig.

### **C.**

Eine weitere neue Anmeldung datiert vom 13. September 2005; das entsprechende Formular E 204 ging – zusammen mit dem Formular E 205 und dem Bescheid der Deutschen Rentenversicherung vom 11. Dezember 2008 über die dem Versicherten ab 1. April 2007 bis 31. März 2010 durch Vergleich befristet zugesprochene Rente wegen voller Erwerbsminderung – am 23. Dezember 2008 bei der SAK ein (act. 101 bis 106). In Kenntnis weiterer ärztlicher Unterlagen aus Deutschland – insbesondere des neurologischen Gutachtens der E.\_\_\_\_\_ vom 6. Februar 2007 (act. 115) und der Expertise von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für psychotherapeutische Medizin, vom 22. Dezember 2007 (act. 116) – empfahl Dr. med. D.\_\_\_\_\_ am 18. Februar 2009 eine interdisziplinäre Begutachtung (act. 118). Auf die – am 24. Februar 2009 erfolgte – Anfrage der Sachbearbeitung, ob anhand der oben erwähnten Gutachten glaubhaft gemacht worden sei, dass sich der IV-Grad in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert habe (act. 119), unterzeichneten die Dres. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und D.\_\_\_\_\_ vom RAD am 8. April 2009 eine Stellungnahme (act. 120). In der Folge erliess die IVSTA am 15. Mai 2009 einen Vorbescheid, mit welchem dem Versicherten bei einem unverändert gebliebenen IV-Grad von 27 % die Abweisung des Rentenanspruchs in Aussicht gestellt wurde (act. 124). Nachdem der Versicherte dagegen, vertreten durch die Anwaltskanzlei Liesenbrink, Limberger und Meier, am 27. Mai 2009 seine Einwendungen hatte vorbringen lassen (act. 125 und 126), erging am 11. Juni 2009 die dem Vorbescheid im Ergebnis entsprechende Verfügung (act. 127).

### **D.**

Hiergegen liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter mit Eingabe vom 3. Juli 2009 beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde erheben und (sinngemäss) die Aufhebung der Verfügung vom 11. Juni 2009 beantragen (act. im Beschwerdeverfahren [*im Folgenden*: B-act.] 1).

Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, der Versicherte sei seit seinem Unfall zu 100 % erwerbsunfähig und seine Erwerbsfähigkeit habe sich auch durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen nicht wiederherstellen oder zumindest verbessern lassen. Auch bei einem IV-

Grad von weniger als 50 % sei ihm eine Rente in entsprechendem Umfang zuzubilligen. Der vorläufige Entlassungsbericht der H. \_\_\_\_\_ vom 30. Juni 2009 attestiere dem Versicherten einmal mehr eine andauernde Arbeitsunfähigkeit. Die vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe weiterhin und es sei ihm selbst eine Tätigkeit als Parking- oder Museumsaufseher nicht möglich.

#### **E.**

In ihrer Vernehmlassung vom 6. November 2009 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde (B-act. 5).

Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, die beurteilende RAD-Ärztin habe sich aufgrund der vorliegenden medizinischen Gutachten ein zweifelfreies und nachvollziehbares Bild der Leiden des Versicherten bilden können. Da sich aus dem beschwerdeweise eingereichten Entlassungsbericht vom 30. Juni 2009 lediglich bereits aktenkundige Diagnosen und Befunde ergäben, sei auf den abschliessenden Bericht der RAD-Ärztin vom 8. April 2009 zu verweisen. Obwohl beim Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit (Maurer) neu seit dem 6. Februar 2007 aufgrund seiner psychischen und orthopädischen Leiden eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit bestehe, weise er in leichteren, leidensangepassten Tätigkeiten nach wie vor eine gänzliche Arbeitsfähigkeit auf. Gemäss Einkommensvergleich vom 15. August 2005 liege anhand dieser Einschätzung ein errechneter Erwerbsverlust von 27 % und somit keine rentenbegründende Invalidität vor.

#### **F.**

Mit Zwischenverfügung vom 18. November 2009 wurde der Beschwerdeführer – unter Hinweis auf die Säumnisfolgen – aufgefordert, einen Kostenvorschuss von Fr. 400.- in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten (B-act. 6). Dieser Aufforderung wurde nachgekommen (B-act. 8 und 9).

#### **G.**

Im Rahmen der Replik vom 15. Dezember 2009 wurde zur ergänzenden Begründung der deutsche Rentenbescheid vom 26. November 2009 sowie die Mitteilung über die Verlängerung der Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit bis Ende März 2012 in Kopie nachgereicht (B-act. 9; vgl. auch B-act. 10).

**H.**

In ihrer Duplik vom 29. Januar 2010 verblieb die IVSTA bei ihren bisherigen Feststellungen und beim Antrag auf Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der angefochtenen Verfügung. Weiter berichtete sie, aus der Replik vom 15. Dezember 2009 ergäben sich keine neuen wesentlichen Gesichtspunkte. Der Rechtsvertreter gehe unrichtigerweise vom Bestehen einer Bindung der IV an den Entscheid der deutschen Rentenversicherung aus, obwohl bereits in der angefochtenen Verfügung wie auch in der Vernehmlassung auf das Fehlen einer solchen Bindung hingewiesen worden sei (B-act. 12).

**I.**

Bevor der Versicherte am 15. März 2010 unaufgefordert eine weitere Eingabe eingereicht hatte (B-act. 14), wurde der Schriftenwechsel mit prozessleitender Verfügung vom 5. Februar 2010 geschlossen (B-act. 13).

**J.**

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften der Parteien ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

**Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:****1.**

**1.1.** Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Zu den anfechtbaren Verfügungen gehören jene der IVSTA, welche eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts darstellt (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Eine Ausnahme, was das Sachgebiet angeht, ist in casu nicht gegeben (Art. 32 VGG).

**1.2.** Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 60 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1] und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung vom 11. Juni 2009 (act. 127) ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse

an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet worden war (B-act. 8; vgl. auch B-act. 9), ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist deshalb einzutreten.

**1.3.** Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. d<sup>bis</sup> VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG, SR 830.1) vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die IV anwendbar (Art. 1a bis 70 IVG), soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

**1.4.** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 11. Juni 2009 (act. 127), mit welcher das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente abgewiesen wurde. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt worden ist.

**1.5.** 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 (Art. 49 VwVG).

## **2.**

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

**2.1.** Der Beschwerdeführer besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft und wohnt in Deutschland, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft

getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, *im Folgenden*: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG in der Fassung gemäss Ziff. I 4 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abkommen zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831. 109.268.1) haben die Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Dabei ist im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als „Mitgliedstaat“ zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 von Anhang II des FZA). Demnach richten sich die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4).

**2.2.** 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 (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 131 V 11 E. 1), ist der Leistungsanspruch für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 aufgrund 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 substanziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, sodass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts [*im Folgenden*: 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 am 31. Dezember 2008 eingereicht wurde, das alte Recht (vgl. zum Ganzen Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 12. Dezember 2007 [5. IV-Revision und Intertemporalrecht]).

Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 11. Juni 2009 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IV-Revision] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]).

**2.3.** 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 Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

**2.4.** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch psychische Gesundheitsschäden eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen, 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 127 V 294 E. 4c in fine, 102 V 165; AHI 2001 S. 228 E. 2b).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand

verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen; SVR 2008 IV Nr. 23 S. 72 E. 2.1). Diese für alle Versicherten in gleicher Weise geltende Gerichtspraxis ist weder menschenrechtswidrig noch diskriminierend (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff selber klar zwischen der versicherten Person als Trägerin des (invalidisierenden) Gesundheitsschadens und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar

invaliditätsbegründend auswirken. In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

Gerade dann, wenn bei einer versicherten Person kaum körperliche Beschwerden und keine eigentlichen psychopathologischen Vorgänge im Sinne von klar umschriebenen Krankheiten vorhanden sind, sondern vor allem Eigenheiten der Person, des Charakters und der Lebensführung auffallen, kommt Art. 8 ATSG auch eine Abgrenzungsfunktion zu. Personen, die auffallen bzw. mit der Gesellschaft und Arbeitswelt nicht zurechtkommen, bedürfen oft der staatlichen Hilfe, ohne dass sie deswegen bereits als invalid zu gelten haben. Dem Gemeinwesen stehen zur Unterstützung und Wiedereingliederung von Personen, die sich im Normalleben nicht einordnen können, keineswegs nur die Mittel der IV zur Verfügung. Der Staat kann auch über die Vormundschafts- und Sozialhilfegesetzgebung intervenieren. Diese Eingriffs- und Hilfsmöglichkeiten des Gemeinwesens stehen gleichrangig neben den Massnahmen nach dem IVG, was im Einzelfall eine Abgrenzung erforderlich macht. Es dürfen deshalb Leistungen der IV nur dann gewährt werden, wenn feststeht, dass die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen daran gehindert ist, ihre Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt zu verwerten. Wenn aber keine klare gesundheitliche Beeinträchtigung ausgewiesen ist, sondern die versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen bloss ungenügend erwerbstätig ist, dann liegt allenfalls ein Sozialhilfe- und nicht ein Sozialversicherungsfall vor, so dass die Organe der IV nicht tätig werden können.

**2.5.** Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Hieran hat die 5. IV-Revision nichts geändert (Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung). Laut Art. 28 Abs. 1<sup>ter</sup> IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an

Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1). Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: BGer) stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

Nach den Vorschriften der 4. IV-Revision entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40 % bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b IVG in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung). Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

**2.6.** Tritt die Verwaltung – wie im vorliegenden Fall – auf eine erneute Anmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen

eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach aArt. 41 IVG (heute: Art. 17 Abs. 1 ATSG; BGE 105 V 29) – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung. Erfolgte nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehaltlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegen halten lassen (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

**2.7.** 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).

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 resp. der medizinischen Dienste kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des EVG 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. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (Urteil des 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; vgl. auch SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2 [nicht publizierte Textpassage der E. 3.3.2 des Entscheides BGE 135 V 254]).

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).

**3.**

Hinsichtlich der Vergleichszeitpunkte ergibt sich vorab Folgendes:

Mit Blick auf die in E. 2.6 zusammengefasst wiedergegebene bundesgerichtliche Rechtsprechung beurteilt sich die Frage, ob beim Beschwerdeführer eine wesentliche Änderung eingetreten ist, welche geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch im Sinne von Art. 17 ATSG zu beeinflussen, durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er zur Zeit der – soweit ersichtlich – unangefochten in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 30. August 2005 (act. 100; vgl. Bst. B. hiervor) bestanden hatte, mit demjenigen, wie er im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 11. Juni 2009 (act. 127) eingetreten war.

**4.****4.1.**

**4.1.1.** Im Rahmen der neuen Anmeldung vom 16. Oktober 2003 (act. 16 bis 19) resp. der rentenabweisenden Verfügung vom 30. August 2005 (act. 100) stützte sich die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht insbesondere auf den Schlussbericht von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom RAD vom 21. Juni 2005 (act. 98; vgl. auch act. 97). Darin wurde als Hauptdiagnose eine Periarthropathia humeroscapularis mit einer Bewegungseinschränkung rechts bei einem Status nach einer Schulterluxation mit Abrissfraktur des Tuberculus majus mit Teilläsion des Nervus axillaris) angegeben; als Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine leichtgradige Anpassungsstörung und phobischer Schwindel erwähnt. Dr. med. D.\_\_\_\_\_ attestierte dem Versicherten in der bisherigen Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 14. April 2004; ab demselben Zeitpunkt erachtete sie eine leidensadaptierte Verweisungstätigkeit zu 100 % zumutbar (act. 98).

**4.1.2.** Die Beurteilung durch Dr. med. D.\_\_\_\_\_ erfolgte in Kenntnis der Gutachten der I.\_\_\_\_\_ vom 26. März 2004 (act. 82), des Orthopäden Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 15. April 2004 (act. 86), des Neurologen und Psychiaters Dr. med. K.\_\_\_\_\_ vom 20. April 2004 (act. 87), des Internisten und Sozialmediziners Dr. med. L.\_\_\_\_\_ vom 27. Mai 2004 (act. 93) und von Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie,

Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, vom 16. Juni 2004 (act. 94). Letzterer stellte folgende nervenärztlich-psychosomatisch relevante Diagnosen: Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1; chronifiziert), Panikstörung (ICD-10: F41.1), rezidivierende depressive Episode (ICD-10: F33.1; mittelgradig, chronifiziert), anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10: F62.0 und 62.8; Mischung bedingt durch Extrembelastung und Schmerz und Depressivität).

#### **4.2.**

**4.2.1.** Im Zusammenhang mit der erneuten, am 23. Dezember 2008 bei der SAK eingegangenen Anmeldung vom 13. September 2005 (act. 101) stützte sich die Vorinstanz in erster Linie auf die von den Dres. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und D.\_\_\_\_\_ vom RAD am 8. April 2009 unterzeichnete Stellungnahme (act. 120). Darin wurde – in Kenntnis des neurologischen Gutachtens der E.\_\_\_\_\_ vom 6. Februar 2007 (act. 115) und der Expertise von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für psychotherapeutische Medizin, vom 22. Dezember 2007 (act. 116) – zur Hauptsache eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1; *im Folgenden auch: PTBS*) sowie eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) diagnostiziert. Als Nebendiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine beginnende Sekundärarthrose in der Schulter rechts und ein Supraspinatussehnenensyndrom (ICD-10: M19.0 und M75.4), eine Schulterluxation rechts am 19. Oktober 1998 mit diskreter Teilschädigung des Nervus axillaris rechts, ein Status nach subacromialer Dekompression am 25. Februar 1999 (ICD-10: G56.8) sowie ein chronisches zervikospondylogenes Syndrom (ICD-10: M54.2) bei angedeuteter kyphotischer Streckhaltung aufgelistet. Dem Versicherten wurde in seiner bisherigen Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 6. Februar 2007 und ab demselben Zeitpunkt eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit attestiert.

**4.2.2.** Im neurologischen Gutachten der E.\_\_\_\_\_ vom 6. Februar 2007 wurde zusammengefasst ausgeführt, auf dem neurologischen Fachgebiet liege eine Teilläsion des Nervus axillaris rechtsseitig nach Schultertrauma im Oktober 1998 vor. In Verbindung mit den anfangs angegebenen Sensibilitätsstörungen im Bereich der rechten Hand und in der jetzigen Untersuchung auch angegebenen, unscharf ausgebreiteten Hypästhesie

der rechten Hand käme differentialdiagnostisch eine Teilläsion des Plexus brachialis in Betracht. Auf orthopädischem Fachgebiet bestehe ein Zustand nach einem Schultertrauma mit Fraktur und sekundärer Gelenksarthrose und deutlicher Bewegungseinschränkung der rechten Schulter. Auf neuroorthopädischem Fachgebiet liege anamnestisch ein rezidivierendes Zervikalsyndrom, zurzeit unauffällig, sowie ein unspezifisches Lendenwirbelsäulensyndrom mit mässigen Schmerzen vor. Auf psychosomatischem Fachgebiet bestünden eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine schwere somatoforme Schmerzstörung. Von Seiten der Schulter seien leidensadaptierte Tätigkeiten (leichte körperliche Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten über 10 kg und gelegentlich für kurze Zeit mittelschwere Arbeiten, keine Überkopfarbeiten mit rechtem Arm und keine Arbeiten auf Leitern und Gerüsten) möglich. Hinsichtlich der psychischen Beeinträchtigung müsse auf die Beurteilung eines Facharztes für Psychiatrie verwiesen werden. Durch die psychische Beeinträchtigung erschienen einfache Tätigkeiten (bspw. Museumsaufseher oder Reinigungsarbeiter auf ebener Fläche) durchaus zumutbar. Die genannten Tätigkeiten könnten wenigstens bis zu einer Höchstdauer von sechs Stunden pro Tag durchgeführt werden. Nach Aktenlage und Anamnese bestünden die Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit seit Oktober 1998. Mit der Einschätzung der Leistungsfähigkeit hinsichtlich der Schultergelenksarthrose bestehe Übereinstimmung mit dem "mehrfachärztlichen" Gutachten vom 27. Mai 2004. Die psychische Beeinträchtigung sei in dieser Expertise deutlich zu wenig berücksichtigt worden. Die Beeinträchtigung durch die schwere posttraumatische Belastungsstörung und die somatoforme Schmerzstörung sei erheblich. Die von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ erhobenen Diagnosen seien nachzuvollziehen und hervorragend und sehr detailliert belegt ausgeführt worden. Die psychodynamisch orientierte Leistungsbeurteilung sei ebenfalls in Aufbau und Entwicklung nachvollziehbar. Entgegen der Auffassung von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ sei nach Abwägen der erhaltenen Funktionen und Aktivitäten gegenüber den Defiziten und Einschränkungen allenfalls von einer leichten bis mittelschweren körperlichen und geistigen Behinderung, aber einer mittelschweren seelischen und sozialen Behinderung auszugehen. Hinsichtlich der psychischen Beeinträchtigung müsse auf die Beurteilung eines Facharztes für Psychiatrie verwiesen werden (act. 115).

In ihrem Gutachten vom 22. Dezember 2007 diagnostizierte Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für psychotherapeutische Medizin, eine

chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), eine andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10: F62.0) sowie eine mittelgradige depressive Störung (ICD-10: F32.1) und führte weiter zusammengefasst aus, vor kurzem sei dem Versicherten gemäss eigenen Angaben eine Leistenoperation und ein operativer Eingriff an der Schulter zur Entfernung der Verkalkungen vorgeschlagen worden. Nach anfänglicher Zusage habe er in Panik den Termin abgelehnt. Er habe jede Nacht Alpträume. Er bekomme Schwindel beim Gehen, und in letzter Zeit habe er einen Druck auf den Augen und ein Gefühl, dass alles verschwimme; der Augenarzt habe nichts finden können. Weiter berichtete Dr. med. F.\_\_\_\_\_, die Wesensveränderung des Versicherten, die sich im Laufe der Zeit nach dem Unfallgeschehen entwickelt habe, sei nur zum Teil durch die depressive Symptomatik sowie die Symptome des posttraumatischen Belastungssyndroms zu erklären. Dass sich die Tochter von ihm abgewendet habe und abgetaucht sei, habe das Gefühl von Wertlosigkeit und Kränkung verstärkt. Latente Suizidgedanken seien realer geworden, der geplante Selbstmord habe jedoch verhindert werden können. Der Versicherte befinde sich in einem Teufelskreis von Symptomen, die sich verstärkten. Die vorliegenden psychosomatischen und psychoneurotischen Störungen seien Ausdruck einer nicht anders zu bewältigenden und zu verarbeitenden seelischen Traumatisierung, die auch durch bewusste Willensanstrengung nicht überwunden werden könne. Aus psychosomatischer Sicht seien leichte körperliche Arbeiten ohne Zeitdruck und ohne besondere Anforderungen an die Ausdauer und Konzentration weniger als drei Stunden pro Tag möglich. Auch durch eine besondere Gestaltung des Arbeitsplatzes sei zurzeit eine Anhebung der Belastbarkeit auf über drei Stunden nicht möglich. Seit dem 16. Juni 2004 könne von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit auf unter drei Stunden ausgegangen werden. Die posttraumatische Belastungsstörung sei inzwischen chronifiziert und habe zu einer andauernden Persönlichkeitsänderung geführt. Anamnestisch sei zu erfahren, dass sich der Versicherte bereits im Zeitpunkt des Gutachtens von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ auffallend in seiner Persönlichkeit verändert habe. Es habe sich ein zunehmender sozialer Rückzug mit Aufgabe der früheren Interessen gefunden. Schon für den damaligen Zeitpunkt lasse sich ein Übergang der posttraumatischen Belastungsstörung zu einer andauernden Persönlichkeitsänderung feststellen. Dr. med. M.\_\_\_\_\_ habe die psychodynamische und kognitiv-behavioralen Hintergründe und Entwicklungsursachen für die Entwicklung einer PTBS und einer depressiven Symptomatik geschildert. Die Panikzustände und die

phobische Vermeidungshaltung seien Teil der posttraumatischen Belastungsstörung und stellten keine eigene Diagnose dar. Auch die somatoforme Ausgestaltung (funktionelle Wirbelsäulenbeschwerden, Schwindel ohne organisches Korrelat sowie die Sehstörung) seien Teil eines depressiven Syndroms und diesem zuzuordnen. Die Zuspitzung der psychischen Symptome, insbesondere der depressiven Symptomatik, sei im August/September 2006 zu verzeichnen und hänge mit dem Konflikt des Versicherten mit seiner Tochter und deren Verschwinden zusammen. Die Auswirkungen der seelischen (nicht geistigen) Behinderungen seien erheblich, womit von der Schlussfolgerung im Gutachten der E. \_\_\_\_\_ vom 6. Februar 2007 abgewichen werde. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ habe die Kriterien einer PTBS als nicht erfüllt betrachtet. Allerdings habe er sich lediglich auf die nächtlichen Alpträume, die nur einmal pro Woche auftreten würden, bezogen. Die anderen ICD-10-Kriterien seien anscheinend nicht hinterfragt worden. Die manchmal "lächelnde" und fast "heitere" Stimmung während der Untersuchung, die Dr. med. K. \_\_\_\_\_ beschreibe, sei typisch für Menschen, die ihre Gefühle abspalteten und verdrängten. Typischerweise würden traumatisierte Menschen, wie von ihr, Dr. med. F. \_\_\_\_\_, und Dr. med. M. \_\_\_\_\_ beobachtet und beschrieben, unmittelbar von Panik und Angst überrollt (Affektüberflutung), sobald sie mit dem Unfallgeschehen in Berührung kämen. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ schildere auch die funktionellen Störungen, die Teil der depressiven Symptomatik seien (Schwindelanfälle). Die von ihm angedeutete "Panik" sowie die dissoziativen Symptome seien Teil der PTBS. Abschliessend berichtete Dr. med. F. \_\_\_\_\_, wie ausführlich dargestellt könne sie sich einer Diagnose einer "leichtgradigen Anpassungsstörung" und "phobischer" Überlagerung nicht anschliessen und komme auch bezüglich der psychischen Leistungseinschränkung des Versicherten zu einem anderen Schluss (act. 116).

#### **4.3.**

**4.3.1.** Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 2.7 hiervor), kann auf ärztliche Stellungnahmen des RAD nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die Bericht erstattenden Ärztinnen und/oder Ärzte grundsätzlich über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Aufgrund der nachfolgenden Erwägungen erweist sich der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht als mangelhaft und somit nicht rechtsgenügend abgeklärt, und den RAD-

Berichten vom 18. Februar und 8. April 2009 kann keine Beweiskraft zukommen.

#### **4.3.2.**

**4.3.2.1** Die RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_\_ empfahl in ihrer Stellungnahme vom 18. Februar 2009 vorerst die Einholung eines bidisziplinären Gutachtens (act. 118). Entgegen ihrer ursprünglichen Empfehlung wurde am 8. April 2009 ein weiterer RAD-Bericht verfasst, welcher von den Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ unterzeichnet wurde (act. 120). Im Rahmen dieser Beurteilung wurde unter anderem ausgeführt, zwischen dem 30. August 2005 und insbesondere dem Sachverständigengutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 22. Dezember 2007 sei keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten. Über das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer Veränderung des Gesundheitszustandes im orthopädisch-peripherneurologischen Bereich zwischen dem 30. August 2005 und insbesondere dem fachneurologischen Gutachten der E.\_\_\_\_\_ vom 6. Februar 2007 müsse sich der zuständige Spezialist äussern.

**4.3.2.2** Vorab ist festzustellen, dass sich in der Stellungnahme vom 8. April 2009 keine Begründung dafür finden lässt, weshalb die von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ in deren Bericht vom 18. Februar 2009 befürwortete bidisziplinäre Begutachtung nicht durchgeführt worden war. Diese Begründung findet sich auch nicht in angefochtenen Entscheid. Bereits dieser Umstand spricht für eine unrichtige bzw. unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts. Selbst wenn sich die Vorinstanz anfänglich auf die Prüfung der Eintretensfrage beschränken wollte (act. 119), vermag dies daran nichts zu ändern.

**4.3.2.3** Dass der medizinische Sachverhalt seitens der Vorinstanz in tatsächlicher Hinsicht mangelhaft abgeklärt worden war, ergibt sich aus dem Umstand, dass – obwohl für die Beurteilung einer allfälligen gesundheitlichen Veränderung in orthopädisch-peripherneurologischer Hinsicht der Beizug eines entsprechenden Spezialisten (des RAD) empfohlen worden war –, diesbezüglich eine aussagekräftige Beurteilung des RAD fehlt. Eine Begründung dafür, weshalb darauf verzichtet worden war, findet sich im RAD-Bericht nicht. Obwohl das Dokument vom 8. April 2009 mit zwei Unterschriften von einem Facharzt und einer Fachärztin des RAD versehen ist, handelt es sich bei den – in anderer Schriftart – erwähnten gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf dem neurologischen,

orthopädischen, neuroorthopädischen und psychosomatischen Fachgebiet jedoch nicht um eine vom RAD eigenhändig verfasste und gewürdigte Beurteilung, sondern um diejenige aus dem Gutachten der E.\_\_\_\_\_ vom 6. Februar 2007, welche wortwörtlich übernommen resp. in die Stellungnahme vom 8. April 2009 hineinkopiert worden war.

**4.3.2.4** Schliesslich handelt es sich bei der Aussage, die genaue Durchsicht aller den psychiatrischen Teil betreffenden Akten zeige, dass zwischen dem 30. August 2005 und dem Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 22. Dezember 2007 keine wesentliche Veränderung im Gesundheitszustand des Versicherten im Sinne einer Verschlechterung noch einer Verbesserung eingetreten sei, nicht in erster Linie um eine fachärztlich begründete Beurteilung, sondern um eine blosser Behauptung. Dieser kann mit Blick auf die medizinischen Akten nicht gefolgt werden, da Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes aktenkundig sind, wie nachfolgend aufzuzeigen sind. Im angefochtenen Entscheid fehlt im diesem Zusammenhang auch eine rechtsgenügende Begründung, so dass in diesem Zusammenhang auch ein gravierender Mangel der Verfügung vorliegt.

### **4.3.3.**

**4.3.3.1** Dr. med. D.\_\_\_\_\_ diagnostizierte in ihrem Schlussbericht vom 21. Juni 2005 (act. 98; vgl. auch act. 97) zur Hauptsache eine Periarthropathia humeroscapularis mit einer Bewegungseinschränkung rechts bei einem Status nach einer Schulterluxation mit Abrissfraktur des Tuberkulum majus mit Teilläsion des Nervus axillaris und erwähnte als Nebendiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichtgradige Anpassungsstörung und phobischen Schwindel. In der Stellungnahme vom 8. April 2009 wurde neu unter "Hauptdiagnose" von der PTBS und der andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung berichtet. Dass unter diesen Umständen – nachdem den 2005 diagnostizierten Leiden in psychischer Hinsicht nur untergeordnete Bedeutung beigemessen wurde – keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden haben soll, kann nicht schlüssig und überzeugend nachvollzogen werden. Daran ändert nichts, dass Diagnosen für sich allein genommen keinen Schluss auf eine gesundheitlich bedingte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zulassen (vgl. BGE 132 V 65 E. 3.4 mit Hinweisen).

**4.3.3.2** Aufgrund der Gutachten der E.\_\_\_\_\_ und von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ ergeben sich in materieller Hinsicht weitere eindeutige Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers im vorliegend massgeblichen Zeitraum. Während dem noch der Neurologe und Psychiater Dr. med. K.\_\_\_\_\_ in seiner Expertise vom 20. April 2004 (act. 87) weder eine eigenständige Antriebsstörung noch eine überdauernde sozialmedizinisch relevante eigenständige depressive Erkrankung festgestellt und auch Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, in seinem Gutachten vom 16. Juni 2004 (act. 94) anfänglich keine Hinweise auf Depressivität, Angsterleben und demonstratives Verhalten gefunden hatte, stellte letzterer – nach dem Wegfall der beherrschten Fassade des Beschwerdeführers – die Diagnose einer mittelgradigen, chronifizierten rezidivierenden depressiven Episode (ICD-10: F33.1). Dieses depressive Geschehen hat sich in der Folge offenbar weiter verschlechtert, denn Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für psychotherapeutische Medizin, führte in ihrem Gutachten vom 22. Dezember 2007 aus, der geplante Suizid habe verhindert werden können und die Zuspitzung der depressiven Symptomatik habe im August/September 2006 – und somit nach der Verfügung vom 30. August 2005 – stattgefunden und stehe im Zusammenhang mit dem Vater-Tochter-Konflikt (act. 116).

**4.3.3.3** Hinsichtlich des Sozialverhaltens des Versicherten ergibt sich weiter, dass er noch im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. K.\_\_\_\_\_ am 20. April 2004 täglich ausgedehnte Spaziergänge machte, sich mit Bekannten zur Unterhaltung traf, Zeitungen nach Stellenangeboten durchsuchte, abends mit seiner Familie zusammen war und an den Wochenenden ziemlich regelmässig von Bekannten besucht wurde und im letzten Jahr in der Türkei gewesen war (act. 87). Bereits im Gutachten von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ vom 16. Juni 2004 (act. 94) wurde dann berichtet, dass sich der Versicherte zurückgezogen habe und Besuche, Ausflüge und Ähnliches vermeide, was bereits für einen vermehrten sozialen Rückzug spricht. Im Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 22. Dezember 2007 war dann die Rede davon, dass der Beschwerdeführer unter der Kumulation der für ihn verletzenden und belastenden Erfahrungen eine andauernde Persönlichkeitsstörung – wie sie noch von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ in Abrede gestellt worden war – auf dem Boden einer PTBS entwickelt habe und er zunehmend misstrauisch, ängstlich, gereizt, und vorschlossen geworden sei, was seine früheren Freunde und Bekannte dazu bewogen habe, sich immer mehr

zurückzuziehen, was der Versicherte ebenfalls mit einem vermehrten sozialen Rückzug auf seine Familie beantwortet habe. In diesem Zusammenhang ist weiter zu erwähnen, dass er auch sein Interesse an Dingen, die ihm früher mit Freunden oder Verwandten Spass gemacht hatten (bspw. geselliges Beisammensein und Sport), verlor. Somit ist davon auszugehen, dass sich der soziale Rückzug nach Erlass der Verfügung vom 30. August 2005 weiter verstärkt hatte und demnach Hinweise darauf bestehen, dass – entsprechend den Ausführungen von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ – der Übergang der PTBS zu einer andauernden Persönlichkeitsänderung bereits ab dem Zeitpunkt des Gutachtens von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 15. April 2005 eingesetzt hatte. In diesem Kontext ist ergänzend festzuhalten, dass auch Dr. med. M.\_\_\_\_\_ in seiner Expertise vom 16. Juni 2004 bereits Hinweise auf eine Persönlichkeitsänderung durch Extrembelastung erwähnt hatte. Diese Krankheit hat – wie auch von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ ausgeführt – mittlerweile zu gravierenden Defiziten des Versicherten geführt, welche sich auch nach dem Erlass der Verfügung vom 30. August 2005 weiter entwickelt haben.

**4.3.3.4** Im Rahmen der Begutachtung bei Dr. med. K.\_\_\_\_\_ im April 2004 gab der Beschwerdeführer noch an, dass er vom Unfall bloss zirka einmal in der Woche träume, und er – gemäss diesem Facharzt – die Alpträume mit einem gewissen Schmunzeln erzählte. Gegenüber Dr. med. F.\_\_\_\_\_ hingegen äusserste sich der Versicherte über dreieinhalb Jahre später dahingehend, dass er jede Nacht an Alpträumen leide. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ war im Zusammenhang mit den Alpträumen denn auch der Ansicht, dass beim Beschwerdeführer – entgegen der Auffassung von Dr. med. K.\_\_\_\_\_, welcher sich gemäss dieser Fachärztin im Rahmen der Verneinung der Diagnose einer PTBS lediglich auf die einmal wöchentlich auftretenden, nächtlichen Alpträume bezogen und die übrigen ICD-10-Kriterien nicht hinterfragt hatte – eine posttraumatische Belastungsstörung vorliegt, was schliesslich auch vom RAD nicht in Abrede gestellt wurde. Diese Störung hat sich seit der Berichterstattung von Dr. med. M.\_\_\_\_\_, welcher im Juni 2004 unter anderem ebenfalls diese Diagnose gestellt hatte (act. 94), im Laufe der Zeit weiter manifestiert und intensiviert.

**4.3.4.** Obwohl das Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ nachvollziehbare Erklärungen im Zusammenhang mit den beim Beschwerdeführer vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen liefert, kann aufgrund

der übrigen Gutachten resp. der darin vertretenen Auffassungen nicht uneingeschränkt darauf abgestellt werden.

**4.3.4.1** Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten bleibt weiterhin ungeklärt, ob sich die im Laufe der Zeit nach dem Unfallgeschehen entwickelte Wesensveränderung des Beschwerdeführers tatsächlich nur teilweise durch die depressive Symptomatik sowie die Symptome des posttraumatischen Belastungssyndroms erklären lassen. Nicht klar ist auch, ob die von Dr. med. M. \_\_\_\_\_ diagnostizierte Panikstörung (ICD-10: F41.1) resp. die von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ angedeutete "Panik" und die dissoziativen Symptome – nach dem Dafürhalten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ – Teile der posttraumatischen Belastungsstörung sind oder die Panikstörung gemäss Dr. med. M. \_\_\_\_\_ eine selbstständige Diagnose darstellt. Nicht fachärztlicherseits übereinstimmend gesichert ist auch die Beurteilung von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, wonach die somatoforme Ausgestaltung (funktionelle Wirbelsäulenbeschwerden, Schwindel ohne organisches Korrelat sowie die Sehstörung) Teil eines depressiven Syndroms seien und diesem zuzuordnen seien. Daraus folgt, dass unter diesen Umständen auch die von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ im Gutachten vom 27. Mai 2004 gestellte Diagnose eines phobischen Schwindels (Differentialdiagnose: Basilarisinsuffizienz [ICD-10: F43.2]) nicht zutreffend wäre.

**4.3.4.2** Weiter ungeklärt ist die Frage, ob die Auswirkungen der seelischen (nicht geistigen) Behinderungen – wie von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ postuliert – erheblich sind und damit in korrekter Weise von den Schlussfolgerungen im Gutachten der E. \_\_\_\_\_ vom 6. Februar 2007 abgewichen werden kann.

**4.3.4.3** Auch hinsichtlich des Leistungskalküls ergeben sich mit Blick auf die Akten bisher unausgeräumte Divergenzen resp. Hinweise auf eine Verschlechterung seit dem 30. August 2005. So führte Dr. med. J. \_\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 15. April 2004 aus, die Tätigkeit als Maurer und Einschaler könne der Beschwerdeführer seit Oktober 1998 nur noch "unter dreistündig" ausüben. Für leichte, gelegentlich mittelschwere Arbeiten bestünde jedoch weiterhin ein Leistungsvermögen für sechs Stunden und mehr, wobei qualitative Einschränkungen zu beachten seien. Nicht möglich seien Tätigkeiten in einer Arbeitshöhe über Schulterniveau sowie solche, die regelmässig eine Bewegung im rechten Schultergelenk gegen mittelschweren Widerstand erfordern würden (act. 86). Auch Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vertrat in seinem Gutachten vom 20. April

2004 die Auffassung, wenigstens körperlich leichte Arbeiten (ohne ständigen Zeitdruck und nervöse Anspannung, nicht an unmittelbar gefährdeten Maschinen, ohne Nachtschicht) seien dem Beschwerdeführer aus nervenärztlicher Sicht vollschichtig zumutbar (act. 87). Divergenzen ergeben sich aus dem mehrfachärztlichen Gutachten vom 27. Mai 2004 (act. 93) sowie der Expertise von Dr. med. M. \_\_\_\_\_ vom 16. Juni 2004 (act. 94), worin die Rede war von einer insgesamt sehr eingeschränkten Leistungsfähigkeit (Schweregrad: mehr als mittelschwer bis sehr schwer) in körperlicher, geistiger, seelischer und sozialer Hinsicht. Schliesslich wurde auch noch im Gutachten der E. \_\_\_\_\_ vom 6. Februar 2007 (act. 115) berichtet, dass der Beschwerdeführer von Seiten der Schulterverletzung regelmässig einer Erwerbstätigkeit nachgehen könne, und auch von Seiten der psychischen Erkrankung eine regelmässige Erwerbstätigkeit in eingeschränktem Umfang resp. wenigstens bis zu einer Höchstdauer von sechs Stunden pro Tag (bspw. Aufseher in einem Museum oder Mitarbeiter in der Reinigung) möglich sei, wobei jedoch hinsichtlich der Beurteilung der psychischen Beeinträchtigung auf einen Facharzt für Psychiatrie verwiesen werde. Diesen Zumutbarkeitsprofilen widersprach Dr. med. F. \_\_\_\_\_ in ihrer Expertise vom 22. Dezember 2007 (act. 116). Sie war der Ansicht, dass aus psychosomatischer Sicht leichte körperliche Arbeiten während unter drei Stunden pro Tag ohne Zeitdruck und besondere Anforderungen an die Ausdauer und Konzentration möglich seien. Auch durch eine besondere Gestaltung des Arbeitsplatzes sei zurzeit eine Anhebung der Belastbarkeit auf über drei Stunden nicht möglich.

## **5.**

**5.1.** Nach dem Dargelegten kann festgestellt werden, dass der angefochtene Entscheid die Begründungspflicht verletzt, weil ihm nicht entnommen werden kann, gestützt auf welche Überlegungen von der Annahme ausgegangen wird, die medizinische Situation sei gegenüber derjenigen von August 2005 unverändert geblieben. Kommt hinzu, dass die angefochtene Verfügung vom 11. Juni 2009 in medizinischer Hinsicht auf einem unvollständig bzw. unrichtig ermittelten Sachverhalt beruht (vgl. Art. 49 Bst. b VwVG und Art. 49 ATSG), weshalb im vorliegenden Verfahren nicht beurteilt werden kann, ob ein Rentenanspruch besteht, und wenn ja, in welchem Ausmass.

Nach dem vorstehend Dargelegten (vgl. E. 4.3.2.4. hiavor) liegt hinsichtlich einer allfälligen gesundheitlichen Veränderung in orthopädisch-peri-pherneurologischer Hinsicht keine fachärztliche Beurteilung vor. Eine solche ist von der Vorinstanz – entsprechend den Ausführungen des RAD in der Stellungnahme vom 8. April 2009 – ergänzend einzuholen. Dabei sind auch den Fragen im Zusammenhang mit der vom Beschwerdeführer erwähnten, vorgesehenen Leisten- und Schulteroperation Beachtung zu schenken.

Da gemäss den vorstehenden Erwägungen (vgl. E. 4.3.4.1 bis E. 4.3.4.3) mit Blick auf das Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 22. Dezember 2007 weitere ungeklärte Fragen – auch betreffend den Suizidversuch und den daraus resultierenden Verlauf resp. Umfang der Arbeits- und Leistungs(un)fähigkeit – zu beantworten sind und eine Klarstellung, Präzisierung und Ergänzung dieser gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist, hat im vorliegenden Fall eine Rückweisung an die Vorinstanz zu erfolgen (vgl. hierzu zur Publikation vorgesehene Urteil des BGer 9C\_243/2010 vom 28. Juni 2010 E. 4.4.1.4 mit weiteren Hinweisen). Je nach Ergebnis dieser erforderlichen Abklärungen ist es der IVSTA freigestellt, die von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ bereits in deren Stellungnahme vom 18. Februar 2009 empfohlene bidisziplinäre Begutachtung von entsprechend qualifizierten Fachärztinnen – und/oder –ärzten durchführen zu lassen. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass diese Begutachtung unter Beizug sämtlicher medizinischer Akten – auch des Entlassungsberichts der H. \_\_\_\_\_ vom 30. Juni 2009 (B-act. 1) und des ärztlichen Befundberichts von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ vom 6. November 2009 (Beilage zu B-act. 10) – zu erfolgen hätte.

**5.2.** Weiter hat die Vorinstanz nach der Ermittlung eines vollständigen und richtigen medizinischen Sachverhalt auch einen neuen Einkommensvergleich durchzuführen und abzuklären, ob und in welchem Ausmass der Beschwerdeführer zufolge seines Gesundheitszustandes auf dem ihm nach seinen Fähigkeiten noch offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbarerweise erwerbstätig sein könnte (vgl. hierzu etwa Urteil des BGer 9C\_921/2009 vom 22. Juni 2010, E. 5.3). Dabei ist zu berücksichtigen, dass an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen sind (vgl. hierzu Urteile des BGer 9C\_744/2008 vom 19. November 2008 E. 3.2 und 9C\_236/2008 vom 4. August 2008 E. 4.2; Urteil des EVG I 349/01 vom 3. Dezember 2003 E. 6.1) und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person nach der Tätigkeit

zu beurteilen ist, die sie – im Rahmen der Schadenminderungspflicht (vgl. Art. 21 Abs. 4 ATSG) – nach ihren persönlichen Verhältnissen und gegebenenfalls nach einer gewissen Anpassungszeit bei gutem Willen ausüben könnte (BGE 115 V 133 E. 2; Urteil N. vom 18. September 2002 E. 2.2, U 1/01). Schliesslich hat die Vorinstanz bei allfälliger Relevanz der Frage nach dem genauen Datum der neuen Anmeldung nachzugehen resp. zu klären, weshalb die am 13. September 2005 erfolgte Anmeldung erst am 23. Dezember 2008 bei der SAK eingegangen war.

## **6.**

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vom 3. Juli 2009 in dem Sinne gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 11. Juni 2009 aufzuheben und die Sache im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

## **7.**

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

**7.1.** Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind im vorliegenden Fall dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Diesem ist der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

**7.2.** Der obsiegende Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen erscheint aufgrund der knapp formulierten Eingaben vom 3. Juli 2009 und 15.

Dezember 2009 sowie vom 15. März 2010 eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.- als gerechtfertigt.

(Dispositiv auf der nächsten Seite)

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde vom 3. Juli 2009 wird in dem Sinn teilweise gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 11. Juni 2009 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Dem Beschwerdeführer wird

der geleistete Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

**3.**

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.- zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Einschreiben mit Rückschein; Beilage: Rückerstattungsbeleg)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Vito Valenti

Roger Stalder

**Rechtsmittelbelehrung:**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss den Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG, SR 173.110) gegeben sind. Die Rechtsschrift 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: