



Abteilung III
C-6495/2009

Urteil vom 25. November 2011

Besetzung

Richterin Franziska Schneider (Vorsitz),
Richter Vito Valenti, Richter Francesco Parrino,
Gerichtsschreiber Roger Stalder.

Parteien

A. _____, Deutschland
vertreten durch Thomas und Werner Gerspacher,
Rechtsanwälte, Amthausstrasse 3, Postfach 1230,
DE-1996 Bioley-de-Brignon (Baar),
Beschwerdeführer,

gegen

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

Gegenstand

Rentengesuch, Verfügung vom 30.09.2009.

Sachverhalt:**A.**

Der 1954 geborene, in Deutschland wohnhafte deutsche Staatsbürger A. _____ (*im Folgenden: Versicherter oder Beschwerdeführer*) war in den Jahren 1973, 1974, 1977 bis 1978, 1986 bis 1988 und 2005 mit Unterbrüchen in der Schweiz tätig und entrichtete während dieser Zeit Beiträge an die obligatorische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV). Ab dem 7. Oktober 2005 erledigte er im Rahmen eines bis Ende Dezember 2005 befristeten Arbeitsverhältnisses Schreinerarbeiten. Er konnte diese Tätigkeit nur bis zum 28. November 2005 ausüben, da er sich am 29. November 2005 anlässlich eines Betriebsunfalles Verletzungen an der rechten Hand zuzog. In der Folge war er zuletzt ab November 2006 in Deutschland als Hilfsarbeiter tätig; per Ende Mai 2007 erfolgte der Austritt aus dem Arbeitgeberunternehmen. Mit Datum vom 9. Mai 2008 meldete er sich erstmals zum Bezug von IV-Leistungen an; das entsprechende, von der deutschen Verbindungsstelle weitergeleitete Gesuch ging – unter anderem zusammen mit der Mitteilung der Deutschen Rentenversicherung vom 13. November 2008 über die Rentengewährung ab 1. Juni 2008 wegen voller Erwerbsminderung – am 24. November 2008 bei der Schweizerischen Ausgleichskasse (SAK) ein (Akten [*im Folgenden: act.*] der Invalidenversicherungs-Stelle für Versicherte im Ausland [*im Folgenden: IVSTA oder Vorinstanz*] 1 bis 4, 7, 25 und 68).

Nach Vorliegen der Fragebögen für den Arbeitgeber (act. 14 und 15) und den Versicherten (act. 16) und zahlreicher medizinischer Dokumente aus Deutschland (act. 18 bis 56) gab Dr. med. C. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst Rhone (RAD) am 17. April 2009 eine Stellungnahme ab (act. 58). In der Folge wurden am 19. Mai 2009 ein Einkommensvergleich erstellt (act. 59) und weitere Abklärungen in beruflich-erwerblicher Hinsicht vorgenommen (act. 60 bis 69). Daraufhin wurde dem Versicherten mit Vorbescheid vom 16. Juli 2009 eine vom 1. Mai 2007 (zufolge verspäteter Anmeldung) bis 31. Januar 2009 befristete ganze Rente in Aussicht gestellt (act. 70). Nachdem jener hiergegen am 31. Juli 2009 telefonisch opponiert und weitere Unterlagen eingereicht hatte (act. 71 bis 76), erliess die IVSTA am 30. September 2009 eine den Vorbescheid im Ergebnis bestätigende Verfügung (act. 79; vgl. auch act. 77 und 78).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte beim Bundesverwaltungsgericht mit Eingabe vom 15. Oktober 2009 Beschwerde und beantragte sinngemäss die Aufhebung der Verfügung vom 30. September 2009 (Akten im Beschwerdeverfahren [*im Folgenden*: B-act.] 1).

Nachdem ihm mit Zwischenverfügung vom 21. Oktober 2009 Gelegenheit zur Beschwerdeverbesserung gegeben worden war (B-act. 2), führte er in seiner Eingabe vom 28. Oktober 2009 aus, er erhalte in Deutschland seit Juni 2008 die "volle Erwerbsminderungsrente", weil er täglich nur während dreier Stunden leichte Arbeit verrichten könne. In der Schweiz bekomme er bis 31. Januar 2009 eine ganze Rente. Seither habe sich sein Gesundheitszustand nicht verbessert und er könne noch immer nicht arbeiten. Er verstehe nicht, weshalb er in der Schweiz keine Rente bekommen soll und angeblich weiter arbeiten könne; die ärztlichen Dokumente lägen vor (B-act. 3).

C.

Nachdem der Beschwerdeführer, nunmehr vertreten durch Rechtsanwalt Thomas Gerspacher, am 26. November 2009 hatte Akteneinsicht beantragen lassen (B-act. 6 und 7; vgl. auch B-act. 8 und 11 bis 13), beantragte die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung vom 12. März 2010 die Abweisung der Beschwerde (B-act. 14).

Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, es bestehe keine Bindung der IV an die Beurteilung des deutschen Sozialversicherungsträgers. Mangels neuer Sachverhaltselemente im Beschwerdeverfahren werde auf die der angefochtenen Verfügung zu Grunde liegende Stellungnahme des RAD vom 17. April 2009 (act. 58) verwiesen. Demnach sei der Beschwerdeführer aufgrund seiner Fingerverletzung in seinem angestammten Beruf als Schreiner sowie auch in leidensangepassten Tätigkeiten seit dem 29. November 2005 nicht mehr arbeitsfähig. In letzteren bestehe gestützt auf das unfallchirurgische Gutachten vom 18. Januar 2007 (act. 32) seit dem 20. Mai 2006 erneut eine gänzliche Arbeitsfähigkeit, welche aufgrund einer Verschlechterung der rechten Hüfte ab dem 1. Mai 2007 wiederum in eine 100%igen Arbeitsunfähigkeit gemündet habe. Eine zunächst erfolgte Erholung ab dem 10. August 2007 habe aufgrund von nun linksseitigen Hüftbeschwerden erneut eine kurzzeitige gänzliche Arbeitsunfähigkeit ab dem 16. Januar 2008 gebracht. Auch hier sei ab dem 30. Oktober 2008 eine weitere Erholung eingetreten mit der Folge, dass Verweistätigkeiten

wiederum voll ausübbar seien. Gestützt auf den in der Folge durchgeführten Einkommensvergleich (act. 59) sei die ganze IV-Rente zu Recht im Zeitraum vom 1. Mai 2007 bis 31. Januar 2009 (dreimonatige Frist gemäss Art. 88 Abs. 1 IVV) gewährt worden.

D.

Mit Zwischenverfügung vom 19. März 2010 wurde dem Beschwerdeführer Gelegenheit zur Einreichung einer Replik gegeben und dieser – unter Hinweis auf die Säumnisfolgen – aufgefordert, einen Kostenvorschuss von Fr. 400.- in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten (B-act. 15); dieser Aufforderung wurde nachgekommen (act. B-act. 18).

E.

In seiner Replik vom 26. April 2010 liess der Beschwerdeführer unter Beilage weiterer Arztberichte insbesondere beantragen, die Verfügung vom 30. September 2009 sei aufzuheben und es sei ihm auch ab dem 1. Februar 2009 eine IV-Rente zu gewähren – unter Kosten- und Entschädigungsfolge (B-act. 17 und 19).

Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, der Beschwerdeführer sei in vollem Umfang erwerbsunfähig. Er habe zwei künstliche Hüftgelenke, was dazu führe, dass er beim Stehen und Sitzen extreme Schmerzen habe. Er könne höchstens zehn Minuten stehen, dann müsse er sich hinsetzen. Nach ungefähr zwanzig Minuten Sitzen müsse er mindestens eine halbe Stunde liegen, und zufolge des hohen Blutdrucks müsse er jede Nacht eine Sauerstoffmaske anziehen; er leide an einer sogenannten "Luftapnoe". Neben der Erstickungsgefahr bestehe diesbezüglich noch eine akute Herzinfarktgefahr. Infolge der vier Leistenbrüche sei die Tragfähigkeit extrem eingeschränkt; es dürften allerhöchstens Lasten bis zehn Kilogramm getragen werden. Der Beschwerdeführer leide des Weiteren an einer angebrochenen Wirbelsäule, welche ihm erhebliche Schmerzen bereite. Auch die daraus resultierenden, sehr starken Beeinträchtigungen führten dazu, dass er sich ungefähr jede halbe Stunde hinlegen müsse. Eine Arbeitsunfähigkeit sei bereits alleine wegen der Rückenproblematik gegeben. Ferner leide der Beschwerdeführer an einem extremen Psychosyndrom. Als Folge der in den Siebzigerjahren erlittenen Schädelverletzung bestünden beim Beschwerdeführer ganz erhebliche Depressionen mit Selbstmordabsichten. Die psychische Erkrankung liege weiterhin vor. Abgesehen von der geistigen Verlangsamung leide der Versicherte an

Vergesslichkeit, Kopfschmerzen und nervösen Zuckungen. Infolge der psychischen Problematik sei ihm in der Vergangenheit immer wieder gekündigt worden. Gemäss der Beurteilung von Dr. med. E. _____ ergebe die Summe der Störungen und Erkrankungen ein nicht mehr verwertbares Leistungsvermögen. Diese Arbeitsunfähigkeit bestehe auf Dauer, wobei keine Besserung des Gesundheitszustandes erzielt werden könne. Den Ausführungen von Dr. med. C. _____, wonach die Schädelverletzung nicht zu psychischen und geistigen Krankheiten führe, müsse widersprochen werden. Die behandelnden Ärzte sowie die Gutachterin der Deutschen Rentenversicherung hätten beim Beschwerdeführer eine eindeutige psychische Erkrankung festgestellt, welche dazu führe, dass er erwerbsunfähig sei. Zusammenfassend sei die Summe aller körperlichen und geistigen Beschwerden zu berücksichtigen, was offensichtlich vom RAD ausser Acht gelassen worden sei. Dieser habe bloss einzelne Erkrankungen berücksichtigt und – nebst anderen – die psychische Krankheit völlig unberücksichtigt gelassen. Da Dr. med. C. _____ keine fachärztliche Ausbildung auf den Gebieten der Neurologie und Psychiatrie habe, sei ein weiteres neurologisch-psychiatrisches Gutachten einzuholen, welches die Erwerbsunfähigkeit des Beschwerdeführers bestätigen werde.

F.

Nachdem der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Eingabe vom 4. Juni 2010 unaufgefordert weitere Unterlagen eingereicht hatte (B-act. 21) und diese mit prozessleitender Verfügung vom 16. Juni 2010 der Vorinstanz zur Berücksichtigung im Rahmen der Duplik übermittelt worden waren (B-act. 22), hielt diese am 25. Juni 2010 an ihren Rechtsbegehren fest (B-act. 23). Zur Begründung verwies sie auf die Stellungnahme des RAD vom 15. Juni 2010 (act. 87).

G.

Nachdem mit prozessleitender Verfügung vom 6. Juli 2010 der Schriftenwechsel geschlossen worden war (B-act. 24), reichte der Rechtsvertreter unaufgefordert mittels Faxeingabe vom 29. Juli 2007 zusätzliche Unterlagen ein (B-act. 25); die Originale gingen per Briefpost am 2. August 2010 ein (B-act. 26) und wurden der Vorinstanz mit prozessleitender Verfügung vom 3. August 2010 zur Kenntnis zugestellt (B-act. 27).

H.

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. 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^{bis} VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG 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).

1.3. Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a in Verbindung mit 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 30. September 2009 (act. 79) ist der

Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet worden war, ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.4.

1.4.1. Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 30. September 2009 (act. 79), mit welcher dem Beschwerdeführer bei einem Invaliditätsgrad von 100 % für die Zeit vom 1. Mai 2007 (zufolge verspäteter Anmeldung im Sinne von Art. 48 Abs. 2 IVG) bis Ende Januar 2009 eine ganze IV-Rente zugesprochen worden war. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer auch darüber hinaus einen Rentenanspruch hat und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Vorinstanz den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat. Dabei gilt Folgendes zu berücksichtigen:

1.4.2. In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen – wie vorliegend – angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Diese Grundsätze gelten auch dann, wenn eine rückwirkende Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente in mehreren Verfügungen gleichen Datums eröffnet wird (BGE 131 V 164). Ergänzend ist zu berücksichtigen, dass bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden sind (BGE 109 V 125; Urteil des Bundesgerichts [*im Folgenden*: BGer] 8C_87/2009 vom 16. Juni 2009 mit Hinweisen).

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 weiter anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

2.1. Der Beschwerdeführer besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft und wohnt in Deutschland (vgl. Bst. A. hiervor), 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), sind die Leistungsansprüche 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 substantziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, sodass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil des 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 30. September 2009 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche 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]).

Mit Blick auf das Anmeldedatum (9. Mai 2008; vgl. Bst. A. hiavor) kommt betreffend Bezügerkreis vorliegend somit Art. 36 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung zur Anwendung. Danach haben die rentenberechtigten Versicherten, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge an die schweizerische Sozialversicherung geleistet haben, Anspruch auf eine ordentliche Rente.

Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als einem Jahr Beiträge an die AHV/IV geleistet (act. 57), sodass die

Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

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. 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 [4. IV-Revision]). 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; AHl 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).

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^{ter} 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).

Der Beschwerdeführer erlitt in seiner angestammten Tätigkeit als Schreiner (act. 16) am 29. November 2005 einen Betriebsunfall (act. 25). Mit diesem Unfallereignis wurde die einjährige gesetzliche Wartezeit eröffnet, und die Arbeitsunfähigkeit betrug während dieses Jahres durchschnittlich mindestens 40 % (vgl. insb. E. 4.3.3. hiernach).

2.6. Die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) ist 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 Eidg. Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: BGer] I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall fragten 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.

Betreffend den – von der Vorinstanz zufolge verspäteter Anmeldung auf den 1. Mai 2007 gelegten – Rentenzahlungsbeginn ist vorab Folgendes festzustellen.

3.1. Nach Art. 48 IVG (mit Wirkung ab 1. Januar 2008 durch Ziff. I des IVG vom 6. Oktober 2006 aufgehoben [5. IV-Revision; AS 2007 5129]) erlischt der Anspruch auf Nachzahlung mit dem Ablauf von fünf Jahren seit Ende des Monats, für welchen die Leistung geschuldet war (Abs. 1). Meldet sich jedoch ein Versicherter mehr als zwölf Monate nach Entstehen des Anspruchs zum Leistungsbezug, so werden die Leistungen lediglich für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate ausgerichtet. Weitergehende Nachzahlungen werden erbracht, wenn der Versicherte den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte und die Anmeldung innert zwölf Monaten seit Kenntnisnahme vornimmt (Abs. 2).

3.2. Mit Blick auf die Umstände, dass der Beschwerdeführer am 29. November 2005 einen Arbeitsunfall erlitten (Verletzungen der rechten Hand und Zeigefinger; bspw. act. 25) und er sich trotz weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen (vgl. E. 4 hiernach) erst am 9. Mai 2008 zum Leistungsbezug angemeldet hatte, lässt sich nicht beanstanden, dass die Vorinstanz die Rente in Anwendung von aArt. 48 IVG erst ab dem 1. Mai 2007 ausgerichtet hat; dies wurde im Übrigen auch vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers nicht bemängelt.

4.

Die Vorinstanz stützte sich im Rahmen des Erlasses der Verfügung vom 30. September 2009 insbesondere auf die Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. C. _____ vom 17. April 2009 (act. 58). Der entsprechende Bericht ist – nebst weiteren ärztlichen Dokumenten, die teilweise nach

Verfügungserlass verfasst wurden und vorliegend ebenfalls zu berücksichtigen sind (vgl. BGE 116 V 80 E. 6b; ZAK 1989 S. 111 E. 3b mit Hinweisen) – nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben resp. einer Würdigung zu unterziehen und es ist zu prüfen, ob sich aufgrund dieser Beweismittel der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht als rechtsgenügend abgeklärt erweist.

4.1. Die Allgemeinmedizinerin Dr. med. C._____ erwähnte in ihrer Stellungnahme vom April 2009 unter "Hauptdiagnose" einen Status nach einer durch eine Kreissäge zugezogenen Verletzung am 29. November 2005 sowie eine Coxarthrose beidseits (rechtsbetont mit/bei Zuständen nach Implantationen nicht zementierte Hüftteilprothese rechts [2. Mai 2007] und zementfreie Hüftteilprothese links [6. Mai 2008]). Dr. med. C._____ attestierte dem Versicherten ab dem 29. November 2005 (Fingerverletzung) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer leidensadaptierten Verweistätigkeit wurde die Arbeits- resp. Leistungsunfähigkeit wie folgt beurteilt: 100 % ab 29. November 2005, 0 % ab 20. Mai 2006 (Gutachten vom 18. Januar 2007), 100 % ab 1. Mai 2007 (Verschlechterung Hüfte rechts, letzter Arbeitstag gemäss Arbeitgeber), 0 % ab 10. August 2007 (Erholung nach Hüftteilprothese), 100 % ab 16. Januar 2008 (Verschlechterung Hüfte links), 0 % ab 30. Oktober 2008 (Untersuchung PV). Weiter berichtete Dr. med. C._____, die deutsche Rentenversicherung anerkenne wegen eines angeblichen organischen Psychosyndroms infolge eines Schädelhirntraumes 1974 eine volle Arbeitsunfähigkeit (von somatischer Seite her werde klar eine volle Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten attestiert), was nicht nachvollziehbar sei. Der Versicherte habe inzwischen – wenn auch mit diversen Wechseln – bis zum 30. April 2007 immer gearbeitet. Es bestehe also kein Grund, warum plötzlich wegen einer über 30 Jahre zurückliegenden Verletzung eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehen soll. Geistig nicht zu anspruchsvolle Tätigkeiten seien somit weiterhin zumutbar. Als Beispiele von zumutbaren angepassten Tätigkeiten erwähnte Dr. med. C._____ Folgendes: nicht qualifizierte Arbeiten/Hilfsarbeiten in eine(r) Werk/Fabrik/Produktionsstätte, Reparatur von Kleingeräten/Haushaltsartikeln, Kassierer, Billetverkäufer, Datenerfassung/Scannage sowie andere Tätigkeiten, die mit den angegebenen Einschränkungen vereinbar seien.

Die Ausführungen von Dr. med. C._____ beziehen sich hinsichtlich der attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit insbesondere auf den Bericht der Sozialmedizinerin Dr. med. E._____ vom 6. November 2008

(act. 56). Darin wurde in Kenntnis zahlreicher ärztlicher Dokumente aus Deutschland als Diagnose eine persistierende Funktions- und Belastungseinschränkung der linken Hüfte bei einem Zustand nach TEP-Implantation am 6. Mai 2008 wegen fortgeschrittener Arthrose, ein gutes Ergebnis einer Hüftendoprothesenimplantation rechts vom 2. Mai 2007 wegen Arthrose, ein Funktionsdefizit im Bereich der Finger zwei und drei der rechten Hand infolge einer operativ behandelten Strecksehnenverletzung vom 29. November 2005 im Rahmen eines Arbeitsunfalls, ein sehr leichtes hirnorganisches Psychosyndrom nach privatem Autounfall von 1974 sowie ein schwergradiges, mit CPAP-Gerät eingestelltes obstruktives Schlafapnoesyndrom erwähnt. Weiter berichtete Dr. med. E. _____, unter alleiniger Berücksichtigung bisher genannter Störungen und Erkrankungen könnte der Versicherte noch körperlich überwiegend leichte Männerarbeiten mit qualitativen Einschränkungen verrichten. Bei der Gesamtbeurteilung sei allerdings eine psychische Auffälligkeit zu erwähnen, die im Reha-Entlassungsbericht vom 25. Juni 2008 (act. 54) nicht ausreichend gewürdigt werde. Die glaubhaften Schilderungen des Versicherten sprächen dafür, dass er infolge des Verkehrsunfalls von 1974 eine verminderte intellektuelle, kognitive Belastbarkeit zurückbehalten habe, sodass er in seinem erlernten Beruf als Schreiner nicht mehr richtig Fuss fassen können. Er sei heute geistig verlangsamt. Er sei sicherlich für Tätigkeiten mit Anforderungen an Konzentrations- und Reaktionsvermögen nicht geeignet. Er könne geistig fordernde Arbeiten nicht bewältigen. Die Summe der aus den Störungen und Erkrankungen resultierenden Leistungseinschränkungen ergäbe ein wirtschaftlich nicht mehr verwertbares Leistungsvermögen. Sie, Dr. med. E. _____, halte den Versicherten für nicht mehr in der Lage, Tätigkeiten von wirtschaftlichem Wert im Rahmen des allgemeinen Arbeitsmarktes regelmässig und ohne Gefährdung der Restgesundheit auszuführen. Diese Beurteilung gelte seit der Rentenantragstellung.

Im besagten Reha-Entlassungsbericht vom 25. Juni 2008 wurde unter anderem erwähnt, am Ende des Aufenthalts sei der Versicherte in gutem Allgemeinzustand entlassen worden. Bei weiter positivem Reha-Verlauf sei damit zu rechnen, dass er körperlich leichte Arbeiten wieder vollschichtig ausführen könne – wie auch vereinzelt mittelschwere Hebe- und Tragbelastungen. Beachtet werden sollte, dass die Arbeiten ohne häufiges Bücken oder Heben von Lasten aus der Hocke heraus durchführbar seien; auch Vibrationsbelastungen sollten vermieden werden. Das Steigen auf Leitern und Gerüste sei nicht mehr zumutbar.

Umfassende feinmotorische Tätigkeiten für die rechte Hand seien eingeschränkt durch die fehlende Funktion des rechten Zeigefingers (act. 54).

4.2. In den – im Rahmen des Beschwerdeverfahrens nachgereichten – ärztlichen Dokumenten wurde zusammengefasst Folgendes berichtet:

Dr. med. G._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 13. April 2010 ein altes Schädel-Hirn-Trauma von 1974, eine toxische Hirnatrophie (1986) sowie eine somatoforme Störung. Angaben zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Versicherten machte Dr. med. G._____, keine (B-act. 17 und 19 Beilage 2).

Der Orthopäde Dr. med. I._____, erwähnte in seinem Bericht vom 15. April 2010 als Befund eine eingeschränkte Inklination und Reklination der LWS, starker DS im Bereich der ISG sowie einen hochgradigen Bewegungsschmerz beim Vornüber- und Rückneigen (B-act. 17 und 19 Beilage 1). Auch dieser Facharzt äusserte sich nicht zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers.

Nach Kenntnis der Berichte der Dres. med. G._____, und I._____, führte die RAD-Ärztin Dr. med. C._____, am 15. Juni 2010 aus, es sei neu von Rückenschmerzen die Rede. Angesichts der geschilderten Abnützungen seien zwar Beschwerden, jedoch keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar. Die entsprechenden Behinderungen seien bereits berücksichtigt worden. Künstliche Hüftgelenke führten nicht per se zu Schmerzen oder gar einer Arbeitsunfähigkeit. Dr. med. E._____, habe ein gutes Ergebnis rechts und ein noch bestehendes Rehabilitationsdefizit links (fünf Monate postoperativ) beschrieben. Wegen der Hüftbeschwerden werde eine vorwiegend sitzende Tätigkeit gefordert; aktuelle klinische Informationen lägen nicht vor. Nicht der hohe Blutdruck sei verantwortlich für das Schlafapnoesyndrom. Dieses sei korrekt behandelt und es bestehe keine Tagesmüdigkeit mehr (Reha-Aufenthalt Mai/Juni 2008); der Versicherte sei mit der Schlafqualität zufrieden (Untersuchung Dr. med. E._____,). Eine Arbeitsunfähigkeit bestehe diesbezüglich nicht. Die wegen rezidivierenden Leistenhernien reduzierte Tragbelastung, die Einschränkungen zufolge der Abnützungserscheinungen sowie die Sehnenverletzungen der rechten Hand seien berücksichtigt resp. gewichtet worden. Ein "extremes Psychosyndrom" sei nirgends dokumentiert und es lägen auch keine

medizinischen Hinweise dafür vor. Möglicherweise hätten einmal psychische Beschwerden bestanden. Medizinische Unterlagen über eine aktive Depression in den letzten zehn Jahren lägen nicht vor; es bestünden auch keine Hinweise darauf. Es läge somit kein Grund vor, eine aktuelle psychiatrische Expertise zu verlangen.

4.3.

4.3.1. Vorab ist festzuhalten, dass es sich bei den Stellungnahmen von Dr. med. C._____ um Berichte im Sinne von Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG handelt. Sinn und Zweck des im Rahmen der 5. IV-Revision (Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006; AS 2007 5129 ff.) neu geschaffenen, seit 1. Januar 2008 in Kraft stehenden und vorliegend anwendbaren Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG sowie des neu gefassten Art. 49 IVV liegen darin, dass die IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen auf eigene Ärzte und Ärztinnen zurückgreifen können. Diese sollen aufgrund ihrer speziellen versicherungsmedizinischen Kenntnisse für die Bestimmung der für die Invalidenversicherung massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten verantwortlich sein. Damit soll eine konsequente Trennung der Zuständigkeiten zwischen behandelnden Ärzten (Heilbehandlung) und Sozialversicherung (Bestimmung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens) geschaffen werden. Die RAD bezeichnen die zumutbaren Tätigkeiten und die unzumutbaren Funktionen unter Angabe einer allfälligen medizinisch begründeten zeitlichen Schonung. Damit soll im Hinblick auf eine erfolgreiche Eingliederung eine objektivere Festlegung der massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten ermöglicht werden. Gestützt auf die Angaben des RAD hat die IV-Stelle zu beurteilen, was einer versicherten Person aus objektiver Sicht noch zumutbar ist und was nicht (vgl. Urteil 9C_323/2009 des BGer vom 14. Juli 2009 E. 4.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Berichten nach Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidrelevante Aktenstücke (Urteil I 143/07 des BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5).

4.3.2. Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 2.6 hiervor), kann auf Stellungnahmen des RAD resp. des medizinischen Dienstes der Vorinstanz nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen

und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Obwohl Dr. med. C._____ als Fachärztin für Allgemeinmedizin nicht über einen Facharztstitel in den medizinischen Disziplinen Orthopädie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie verfügt, könnten ihre Stellungnahmen an sich beweiskräftig sein (vgl. bspw. Urteil des Bundesverwaltungsgericht C-5379/2009 vom 28. März 2011). Vorliegend ist dies gemäss den nachfolgenden Erwägungen jedoch nicht der Fall resp. lässt sich der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin aufgrund der Beurteilungen von Dr. med. C._____ nicht schlüssig und zuverlässig beurteilen; den entsprechenden Berichten kommt folglich keine volle Beweiskraft zu (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb). Dies gilt auch für die während des Beschwerdeverfahrens nachgereichten Berichte der Dres. med. G._____ und I._____ – insbesondere deshalb, weil sich diese beiden Fachärzte nicht zur Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in der zuletzt ausgeübten als auch in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit geäussert hatten, was im Übrigen auch auf zahlreiche weitere ärztliche Dokumente zutrifft (bspw. act. 18 bis 24, 27, 28, 30, 33, 34, 35, 41 und 48).

4.3.3. In somatischer Hinsicht ist im Zusammenhang mit der am 29. November 2005 erlittenen Verletzungen an der rechten Hand festzustellen, dass der Beschwerdeführer gemäss Befund- und Entlassbericht der K._____ vom 22. Mai 2006 am 20. Mai 2006 arbeitsfähig aus der Behandlung entlassen wurde (act. 29); diese Arbeitsfähigkeit wurde im Bericht derselben Klinik vom 3. November 2006 explizit bestätigt (act. 31). Diesbezüglich besteht eine Übereinstimmung mit der Beurteilung von Dr. med. M._____, Chefarzt des Spitals O._____, welcher in seinem Gutachten vom 18. Januar 2007 eine Arbeit im ursprünglichen Beruf als Schreiner wegen der weiter bestehenden Behinderung als nicht mehr ausübbar qualifiziert hatte (act. 32), und mit derjenigen von Dr. med. C._____, welche diese Auffassung in ihrer Stellungnahme vom April 2009 übernommen hatte. Festzustellen ist allerdings, dass der Hinweis "Ab 20.05.2006 volle AF in Verweistätigkeiten" aller Voraussicht nach nicht von Dr. med. M._____, sondern von der Vorinstanz stammt. Dennoch ist mit Blick auf die Ausführungen von Dr. med. M._____ ohne weiteres davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer zufolge dieser Handverletzung resp. in rein somatischer Hinsicht seit November 2005 bis auf weiteres in seiner bisherigen, angestammten Tätigkeit als Schreiner vollständig arbeits- resp. leistungsunfähig ist. In Verweistätigkeiten lag von

November 2005 bis Mai 2006 ebenfalls eine vollständige Arbeits- resp. Leistungsunfähigkeit vor, und ab dem ab 20. Mai 2006 war der Beschwerdeführer in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit wieder vollständig arbeits- und leistungsfähig gewesen.

4.3.4.

4.3.4.1 Im Zusammenhang mit der am 2. Mai 2007 erfolgten Implantation einer zementfreien Hüft-Teilendoprothese steht weiter fest, dass der Beschwerdeführer während der stationären Behandlung (1. Bis 15. Mai 2007; act. 37) sowie des Rehabilitationsaufenthaltes (24. Mai bis 14. Juni 2007; act. 38) vollständig arbeits- und leistungsunfähig gewesen war. Auch nach der Entlassung im Juni 2007 war eine vollständige Arbeits- und Leistungsunfähigkeit gegeben (act. 38). Die Erlangung der Arbeitsfähigkeit war im August 2007 vorgesehen (act. 39).

4.3.4.2 Aufgrund der Akten bestehen jedoch Hinweise darauf, dass – entgegen der Auffassung von Dr. med. C. _____ und der Prognose im Bericht der Q. _____ vom 24. Mai 2007 (act. 39) – ab 10. August 2007 in rein somatischer Hinsicht keine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit bestand. So wurde im Bericht des Spitals O. _____ vom 14. August 2007 berichtet, es sei mit dem Versicherten für den 18. September 2007 die offene Hernioplastik links mit zusätzlicher Netzimplantation vereinbart worden. Der Vermerk "volle AF für Verweistätigkeiten" wurde offensichtlich erneut von der Vorinstanz und nicht vom Spital O. _____ angebracht (act. 42). Die Durchführung der besprochenen Hernioplastik erfolgte operativ am 18. September 2007 (act. 43). Obwohl der Beschwerdeführer nach einer komplikationslosen Operation am 24. September 2007 wieder entlassen werden konnte (act. 44), ist mangels rechtsgenügender Berichte nicht erstellt, wie lange – ausser dem stationären Aufenthalt – der Versicherte in der Folge in seiner Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit eingeschränkt gewesen war. Dass – wie von Dr. med. C. _____ postuliert und vorstehend erwähnt – ab 10. August 2007 eine vollständige Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit vorgelegen haben soll, lässt sich unter diesen Umständen nicht schlüssig nachvollziehen. Daran ändert nichts, dass der postoperative Verlauf hinsichtlich der im September 2007 operierten Rezidivhernie zeitgerecht erfolgt war (act. 46).

4.3.5. Dr. med. C. _____ attestierte dem Beschwerdeführer zufolge der Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Bereich der rechten

Hüfte ab 16. Januar 2008 erneut eine volle Arbeits- und Leistungsunfähigkeit. Dieses Datum stimmt mit demjenigen überein, in welchem sich der Beschwerdeführer im Spital O._____ wegen der erheblichen Beschwerdezunahme im Bereich der linken Hüfte zur Vereinbarung eines Operationstermins vorgestellt hatte (act. 50). Da der Beschwerdeführer wegen der Zunahme der Rotations- sowie Abduktionsschmerzen links bereits am 19. November 2007 vorstellig wurde, um das weitere Procedere zu besprechen, ist auch nicht rechtsgenügend erstellt, ob bereits ab November 2007 eine relevante Verminderung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit vorgelegen hatte. Auch diese Frage ist im Rahmen von weiteren Abklärungen zu beantworten.

4.3.6. Nach erfolgter Implantation einer Hüft-Teilendoprothese links aufgrund der bekannten Coxarthrose (act. 53) und anschliessender Rehabilitation wurde der Beschwerdeführer am 18. Juni 2008 arbeitsunfähig entlassen (act. 54). Diese Arbeitsunfähigkeit wurde im Bericht des Spitals O._____ vom 14. Juli 2008 bestätigt (act. 55). Am 30. Oktober 2008 wurde der Beschwerdeführer von der Sozialmedizinerin Dr. med. E._____ untersucht. Namentlich die Ausführungen dieser Fachärztin, unter alleiniger Berücksichtigung der bisher genannten Störungen und Erkrankungen könnte der Versicherte noch körperlich überwiegend leichte Männerarbeiten mit qualitativen Einschränkungen verrichten, nahm Dr. med. C._____ zum Anlass, dem Beschwerdeführer eine volle Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit zu attestieren. Mit Blick auf diese Übereinstimmungen lässt sich die Beurteilung von Dr. med. C._____ insofern nicht beanstanden, als diese sich auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus rein somatischer Sicht bezieht. Zu den von ihr vorgeschlagenen Tätigkeiten (vgl. E. 4.1 am Schluss hiervor) ist allerdings zu bemerken, dass der Beschwerdeführer keine Arbeiten durchführen kann, die Feinmotorik erfordert. Unter diesen Umständen fällt insbesondere die Reparatur von Kleingeräten ausser Betracht. In psychischer Hinsicht ergibt sich jedoch Folgendes:

4.3.7. Aufgrund der psychischen Auffälligkeiten (verminderte intellektuelle kognitive Belastbarkeit, geistige Verlangsamung, vermindertes Konzentrationsvermögen) hielt Dr. med. E._____ den Beschwerdeführer – trotz in somatischer Hinsicht attestierter vollständiger Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit – jedoch nicht mehr für fähig, einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen zu können. Zwar sind die

diesbezüglichen Ausführungen von Dr. med. C._____, wonach der Attest einer vollen Arbeitsunfähigkeit wegen eines angeblichen organischen Psychosyndroms infolge des im Jahre 1974 erlittenen Schädelhirntraumas nicht nachvollziehbar sei, durchaus einleuchtend, zumal auch Dr. med. E._____ bloss von einem leichten hirnrorganischen Psychosyndrom gesprochen hatte. Es trifft demnach zu, dass ein "extremes" Psychosyndrom nirgends dokumentiert ist, und es ist Dr. med. C._____ darüber hinaus beizupflichten, dass keine medizinischen Unterlagen über eine aktive Depression in den vergangenen Jahren vorliegen.

Damit kann es jedoch nicht sein Bewenden haben. Zwar verhält es sich rechtsprechungsgemäss so, dass auf eine psychiatrische Begutachtung im Rahmen von Abklärungsmassnahmen verzichtet werden kann. Dies jedoch nur unter der Voraussetzung, dass sich in den medizinischen Akten keine Anhaltspunkte für ein psychisches Leiden mit Krankheitswert finden; andernfalls muss aber im Hinblick auf den Untersuchungsgrundsatz eine psychiatrische Expertise eingeholt werden (Urteil I 316/99 des EVG vom 28. August 2000 mit weiteren Hinweisen). Die Ausführungen von Dr. med. E._____ und die von Dr. med. G._____ gestellte Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung liefern Hinweise dafür, dass der Beschwerdeführer auch aus psychisch-psychiatrischer Sicht ab einem gewissen Zeitpunkt in rentenrelevantem Ausmass eingeschränkt sein könnte. Obwohl eine Diagnose für sich allein genommen keinen Schluss auf eine gesundheitlich bedingte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zulässt (vgl. BGE 132 V 65 E. 3.4 mit Hinweisen), bedürfen auch diese Fragen einer widerspruchsfreien und nachvollziehbaren Klärung, zumal das Leistungskalkül von Dr. med. C._____ von demjenigen von Dr. med. E._____ stark abweicht. Da der Beschwerdeführer gemäss den Ausführungen von Dr. med. E._____ eine Rechenaufgabe ("100-7") bloss mit Fehlern sowie äusserst zähflüssig und langsam gelöst hatte, ist auch die Ausübung weiterer, von Dr. med. C._____ vorgeschlagener Tätigkeiten (Kassierer, Billetverkäufer, Datenerfassung/Scannage) fraglich.

4.4. Nach dem Dargelegten ist demnach als Zwischenergebnis zusammengefasst festzuhalten, dass sich der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht als nicht rechtsgenügend abgeklärt erweist. Im Zusammenhang mit der beim Beschwerdeführer vorliegenden somatischen und psychisch-psychiatrischen Problematik ist eine Gesamtbeurteilung erforderlich resp. die vorliegend erforderliche

medizinische Expertise interdisziplinär anzulegen (vgl. Urteil 8C_168/2008 des BGer vom 11. August 2008 E. 6.2.2 mit Hinweisen).

5.

5.1. Aufgrund der vorstehenden Erwägungen hätte im vorinstanzlichen Verwaltungsverfahren gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung zwingend ein interdisziplinäres Gutachten eingeholt werden müssen, was jedoch versäumt wurde. In diesem Umstand liegt eine unvollständige Sachverhaltsabklärung resp. wurde im vorliegend zu beurteilenden Rentenverfahren der rechtserhebliche Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt (Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG). Eine Rückweisung an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung ist unter diesen Umständen möglich, da sie in der notwendigen Erhebung der bisher vollständig ungeklärten Frage – dem Zusammenwirken der allenfalls vorhandenen psychischen und physischen Leiden des Beschwerdeführers und deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit – begründet liegt (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Die angefochtene Verfügung vom 30. September 2009 ist daher in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben.

5.2. Die im Rahmen der von der Vorinstanz durchzuführenden weiteren medizinischen Abklärungen haben sich – sollte der Beschwerdeführer tatsächlich an einer somatoformen Schmerzstörung leiden – zu den massgebenden Morbiditätskriterien zu äussern resp. die Fragen zu beantworten, ob beim Beschwerdeführer ein mitwirkendes psychisches Leiden von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer besteht resp. die anderen qualifizierenden Kriterien in derartiger Zahl, Intensität und Konstanz vorliegen, dass insgesamt von einer unzumutbaren Willensanstrengung zur Verwertung der verbliebenen Arbeitskraft insbesondere in einer leidensadaptierte Verweistätigkeit auszugehen wäre. Auch ist abzuklären, ob und inwiefern der Beschwerdeführer durch die von ihm neu geklagten Rückenschmerzen zusätzlich in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist.

5.3. Weiter hat die Vorinstanz nach Vorliegen der Ergebnisse der Begutachtung – falls erforderlich – einen Einkommensvergleich durchzuführen und ergänzende Abklärungen hinsichtlich der Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit in die Wege zu leiten (vgl. Urteile I 462/02 des EVG vom 26 Mai 2003 und 9C_921/2009 des BGer vom 22. Juni 2010).

5.4. Schliesslich ist zu beachten, dass ein allfälliger Rentenanspruch grundsätzlich nicht entstehen kann, bevor Eingliederungsmassnahmen geprüft und gegebenenfalls durchgeführt wurden (Art. 29 Abs. 2 Satz 2 IVG; BGE 126 V 241 E. 5; AHI 2001 S. 154 oben E. 3b [Urteil des EVG I 201/00 vom 20. November 2000]). Die Verwaltung ist daher in der Regel gehalten, vor dem Rentenentscheid einen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen zu prüfen und abzuklären, ob – nach Vorliegen des interdisziplinären Gutachtens – die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt resp. ob entsprechende berufliche Eingliederungsmassnahmen mit Blick auf das subjektive Empfinden des Beschwerdeführers überhaupt durchführbar sind. Die Verwaltung kann jedoch über den Rentenanspruch befinden, wenn dieser durch allenfalls noch vorzunehmende berufliche Eingliederungsmassnahmen nicht mehr beeinflusst werden kann (BGE 121 V 190 E. 4a e contrario; Urteile des EVG I 151/05 vom 9. August 2005 E. 1.1, I 10/05 vom 14. Juni 2005 E. 1.3 und I 99/02 vom 14. April 2003 E. 4.2).

6.

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

6.1. 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).

6.2. 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 Verfahrensausgangs, 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

ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu auch Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6173/2009 vom 29. August 2011 mit Hinweis]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE [Stundenansatz für Anwälte/Anwältinnen mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.- und für nichtanwaltliche Vertreter und Vertreterinnen mindestens Fr. 100.- und höchstens Fr. 300.-]) gerechtfertigt.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird in dem Sinn gutgeheissen, als dass die angefochtene Verfügung vom 30. September 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 Kostenvorschuss von Fr. 400.- nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.

Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.- zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

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

Die vorsitzende Richterin:

Der Gerichtsschreiber:

Franziska Schneider

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 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: