



---

Abteilung III  
C-6774/2008

## Urteil vom 11. Februar 2011

---

Besetzung

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

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,

gegen

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

---

Gegenstand

Abweisung Rentengesuch, Verfügung vom 24. September  
2008.

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

Der 1946 geborene, in seiner Heimat Österreich wohnhafte A.\_\_\_\_\_ (*im Folgenden: Versicherter oder Beschwerdeführer*) arbeitete von 1969 bis 1993 in der Schweiz und entrichtete während dieser Zeit Beiträge an die obligatorische Schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV). Zuletzt war er vom 16. Februar 2000 bis 15. September 2005 bei der B.\_\_\_\_\_ in C.\_\_\_\_\_ (D.\_\_\_\_\_) in der Warenannahme und -verteilung sowie in der Verpackung und dem Versand tätig. Am 10. Februar 2006 meldete er sich zum Bezug von IV-Leistungen an; der vom österreichischen Sozialversicherungsträger weitergeleitete Antrag ging am 28. Februar 2006 bei der Schweizerischen Ausgleichskasse (SAK) ein (vorinstanzliche Akten [*im Folgenden: act.*] 2, 8 und 83).

Nach Vorliegen eines Teils der für die Beurteilung des Leistungsgesuches massgeblichen Abklärungen in beruflich-erwerblicher und medizinischer Hinsicht (act. 5, 8, 14 bis 23) erliess die Pensionsversicherungsanstalt, Landesstelle D.\_\_\_\_\_ (*im Folgenden: PVA*) am 29. August 2006 einen Bescheid, mit welchem sie den Anspruch auf eine Invaliditätspension ablehnte (act. 24). Nachdem der Versicherte gegen diesen Bescheid am 6. Oktober 2006 Klage erheben lassen (act. 29) und Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom medizinischen Dienst der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*im Folgenden: IVSTA oder Vorinstanz*) am 21. November 2006 eine Stellungnahme abgegeben hatte (act. 30), wurde am 8. Januar 2007 ein Einkommensvergleich erstellt (Invaliditätsgrad [*im Folgenden auch: IV-Grad*] 34.02 %; act. 30a). Gestützt darauf wurde dem Versicherten mit Vorbescheid vom 11. Januar 2007 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht gestellt (act. 34).

**B.**

Hiergegen liess der Versicherte – unter Hinweis auf von der IVSTA von Amtes wegen einzuholende Expertisen – am 21. Februar 2007 seine Einwendungen vorbringen (act. 35 und 36). In der Folge wurden diese medizinischen Gutachten am 28. Februar 2007 bei der PVA eingeholt (act. 32, 33, 37 bis 39) und am 11. April 2007 Dr. med. E.\_\_\_\_\_ zur Beurteilung unterbreitet (act. 41). Nachdem dieser am 30. April 2007 an seiner ersten Stellungnahme vom 21. November 2006 festgehalten hatte (act. 42), erliess die IVSTA am 4. Mai 2007 eine dem Vorbescheid vom 11. Januar 2007 im Ergebnis entsprechende Verfügung (act. 43). Diese Verfügung erwuchs – soweit aus den Akten ersichtlich – unangefochten in Rechtskraft.

**C.**

Am 18. Oktober 2007 ging bei der SAK der Bescheid der PVA vom

10. Oktober 2007 ein; mit dem vor Gericht am 11. September 2007 geschlossenen Vergleich wurde der Anspruch auf eine Invaliditätspension ab 1. Oktober 2007 unbefristet für die weitere Dauer der Invalidität anerkannt (act. 45; vgl. auch act. 47).

#### **D.**

In der Folge liess der Versicherte der IVSTA mit Schreiben vom 14. November 2007 das neuropsychiatrische Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, vom 1. August 2007 zukommen (act. 48 und 49). Nachdem Dr. med. E.\_\_\_\_\_ am 24. Dezember 2007 ein Nichteintreten auf das neue Leistungsgesuch postuliert hatte (act. 50 und 51), erliess die IVSTA am 14. Januar 2008 einen entsprechenden Vorbescheid (act. 52). Nach Würdigung eines weiteren Berichts von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 11. Februar 2008 durch Dr. med. E.\_\_\_\_\_ (act. 54 und 57) forderte die IVSTA bei der PVA am 11. März 2008 weitere ärztliche Unterlagen an resp. bat um Veranlassung einer neuen Untersuchung des Versicherten (act. 58 und 59); am 28. Mai 2008 ging bei der IVSTA das Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. April 2008 ein (act. 64 und 65).

Nachdem die Liechtensteinische Invalidenversicherung am 21. April 2008 die Ausrichtung einer ganzen IV-Rente mit Wirkung ab 1. Februar 2008 verfügt (Akten im Beschwerdeverfahren [*im Folgenden: B-act.*] 1) und Dr. med. E.\_\_\_\_\_ am 10. Juni 2008 erneut berichtet hatte (act. 67), erliess die IVSTA am 30. Juni 2008 einen weiteren Vorbescheid, mit dem derjenige vom 14. Januar 2008 ersetzt und dem Versicherten die beabsichtigte Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht gestellt wurde (act. 70). Nachdem der Versicherte hiergegen mit am 21. Juni 2008 datierten Schreiben seine Einwendungen vorgebracht hatte (act. 72) und die IVSTA von jenem am 6. August 2008 erneut über die wesentliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes informiert worden war (act. 74), nahm Dr. med. E.\_\_\_\_\_ – nach Einsicht in den Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 19. August 2008 (act. 78) – am 19. September 2008 erneut Stellung (act. 81). Daraufhin erliess die IVSTA am 24. September 2008 eine dem Vorbescheid vom 30. Juni 2008 im Ergebnis entsprechende Verfügung (act. 82).

#### **E.**

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 23. Oktober 2008 beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde und beantragte sinngemäss die Aufhebung der Verfügung vom 24. September 2008 (B-act. 1).

Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, seit Januar 2008 habe sich sein Gesundheitszustand aus orthopädischer, internistischer und psychiatrischer Sicht stark verschlechtert. Neben seinen psychischen Problemen leide er jetzt auch noch an schwerster Grosszehengrundgelenksarthrose beidseitig, was sehr

schmerzhaft sei und weswegen er sich in den nächsten Wochen einer Operation unterziehen müsse. Zudem sei dem Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ zu entnehmen, dass er an einer Anorexie leide. Die von der Vorinstanz nahe gelegte Bildschirmtätigkeit habe er in seinem früheren Beruf nicht benötigt und eine solche könne er mit 62 Jahren wegen seiner diversen Krankheiten auch nicht mehr erlernen. Seine geringfügige Heimarbeits­tätigkeit bei seinem früheren Arbeitgeber habe er wegen seinen andauernden Schmerzen im August 2008 aufgeben müssen.

**F.**

Nachdem mit prozessleitender Verfügung vom 20. November 2008 (B-act. 4) die unaufgefordert eingereichte Eingabe des Beschwerdeführers vom 12. November 2008 (B-act. 3) zu den Akten genommen und der Vorinstanz – zur Berücksichtigung im Rahmen der Vernehmlassung – ein Doppel zugestellt worden war, ging am 26. Februar 2009 die Vernehmlassung vom 24. Februar 2009 fristgerecht ein (B-act. 5 bis 7).

Darin wurde die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung beantragt und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt, es könne vollumfänglich auf die der angefochtenen Verfügung zu Grunde liegenden Stellungnahmen des IV-ärztlichen Dienstes verwiesen werden. Darin sei der beurteilende Arzt nach Durchsicht sämtlicher medizinischer Gutachten zum Ergebnis gelangt, dass der Versicherte trotz der vorgebrachten Leiden in der Lage sei, eine gewinnbringende Tätigkeit – beispielsweise als kaufmännischer Angestellter – "gänzlich" auszuüben.

**G.**

Mit Zwischenverfügung vom 3. März 2009 wurde der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen aufgefordert, einen Kostenvorschuss von Fr. 400.- in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten. Gleichzeitig wurde er darauf hingewiesen, dass er innert derselben Frist statt der Bezahlung des Kostenvorschusses das der Verfügung beigelegte Formular „Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege“ ausgefüllt und mit den nötigen Beweismitteln versehen einreichen könne (B-act. 8).

**H.**

Im Rahmen der Replik vom 25. März 2009 reichte der Versicherte nebst weiteren Unterlagen das ausgefüllte und unterzeichnete Formular „Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege“ ein und hielt – nebst seinem Antrag auf Befreiung von den Verfahrenskosten – sinngemäss an seinem Rechtsbegehren fest (B-act. 10).

Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, wegen der schweren Grosszehengrundgelenksarthrose beidseitig werde er im Mai operiert. Des Weiteren habe sich sein Bandscheibenvorfall im

Lendenwirbelsäulenbereich derart verschlechtert, dass er auch diesbezüglich über eine Operation nachdenke. Zudem leide er seit längerem an einer Anorexie und habe seit zirka 18 Monaten zirka 25 kg an Gewicht verloren. Er befinde sich wegen der sehr starken Depressionen, die sich trotz antidepressiver Dauermedikation monatlich verschlechtern würden, in andauernder ärztlicher Behandlung. Keiner seiner behandelnden Ärzte könne sich vorstellen, dass er eine Tätigkeit – auch bloss eine „geringfügige“ – auf dem freien Arbeitsmarkt aufnehmen resp. ausüben könne.

**I.**

Mit Zwischenverfügung vom 15. April 2009 wurde Ziff. 3 des Dispositivs der Zwischenverfügung vom 3. März 2009 aufgehoben und das Gesuch des Beschwerdeführers um Befreiung von den Verfahrenskosten gutgeheissen (B-act. 11).

**J.**

In ihrer Duplik vom 13. Mai 2009 nahm die Vorinstanz insbesondere Stellung zu den beschwerdeweise gemachten Ausführungen zur wirtschaftlichen Verwertbarkeit der verbliebenen Arbeitskraft des Beschwerdeführers und hielt an ihren bisherigen Anträgen fest (B-act. 13).

**K.**

Mit prozessleitender Verfügung vom 20. Mai 2009 schloss die Instruktionsrichterin den Schriftenwechsel (B-act. 14).

**L.**

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 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung vom 24. September 2008 ist der Beschwerdeführer berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Zusammenfassend ergibt sich, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist.

**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 24. September 2008 (act. 82), 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 österreichische Staatsbürgerschaft und wohnt in Österreich, 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 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 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. Trat der Versicherungsfall allerdings vor dem 1. Januar 2008 ein und wurde die Anmeldung bis spätestens am 31. Dezember 2008 eingereicht, so gilt das alte Recht (vgl. auch 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 24. September 2008 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 Gesundheits-schaden 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).

Grundlage für die Bemessung der Invalidität bildet die trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung noch bestehende Arbeitsfähigkeit im versicherten Tätigkeitsbereich. Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG im Besonderen setzt grundsätzlich eine *lege artis* auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396). Eine solche Diagnose ist eine rechtlich notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden (BGE 132 V 65 E. 3.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann zu arbeiten (BGE 127 V 294 E. 5a). Diese Frage beurteilt sich nach einem weitgehend objektivierten Massstab (BGE 127 V 294 E. 4b/cc; vgl. auch Art. 7 Abs. 2 ATSG in der am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Fassung).

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).

**2.5.** Laut Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 1988 bis Ende 2003 gültig gewesenen Fassung [AS 1987 447]) besteht der Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn der Versicherte mindestens 40 %, auf eine halbe Rente, wenn er mindestens 50 % und auf eine ganze Rente, wenn er mindestens zu zwei Dritteln invalid ist. 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.** 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).

Die IVSTA versah die angefochtene Verfügung vom 24. September 2008 mit dem Vermerk "Anmeldung vom 25.10.2007 erhalten am 25.10.2007". Diese Daten sind aufgrund der Akten nicht nachvollziehbar (act. 45 bis 47). Da die SAK am 18. Oktober 2007 Kenntnis des Bescheids der PVA vom 10. Oktober 2007 erhielt, ist dieser Zeitpunkt als Gesuchsdatum zu qualifizieren. Vorliegend ist demnach zu prüfen, ob und in welchem Umfang der Beschwerdeführer seit dem 18. Oktober 2006, das heisst zwölf Monate vor der Anmeldung zum Leistungsbesuch, Anspruch auf IV-Leistungen hatte oder ob ein solcher Anspruch danach bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (24. September 2008; act. 82) entstanden bzw. wieder weggefallen ist.

**2.7.** Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV). Dies gilt in analoger Weise auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 343 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen

befassen muss (BGE 130 V 64 E. 5.2.3, 125 V 410 E. 2b, 117 V 198 E. 4b).

Nach Eingang einer erneuten Anmeldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den der Richter grundsätzlich zu respektieren hat. Die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung ist deshalb vom Gericht nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist (BGE 109 V 108 E. 2b).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung 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 Neuanschuldungsverfahren – 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 (BGE 130 V 71 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b). Dies gilt jedoch nur in Fällen, in denen seit der ersten Verfügung keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mehr stattgefunden hat, sondern einzig Nichteintretensverfügungen erfolgt sind, welche aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich bleiben. Erfolgte dagegen 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 - vorbehältlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision - bei einer weiteren Neuanschuldung entgegen halten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3).

**2.8.** 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.**

Wie bereits dargelegt (vgl. E. 2.7 hiervor), 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 4. Mai 2007 (act. 43) bestanden hatte, mit demjenigen, wie er im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 24. September 2008 (act. 82) eingetreten war.

#### **3.1.**

**3.1.1.** Im Rahmen der Erstanmeldung vom 10. Februar 2006 (act. 2) resp. der Verfügung vom 4. Mai 2007, mit welcher der Rentenanspruch des Versicherten rechtskräftig verneint worden war, stützte sich die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht insbesondere auf die Stellungnahmen von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom medizinischen Dienst vom 21. November 2006 (act. 30) und 30. April 2007 (act. 42). Letztere wurde nach Kenntnis und Würdigung sowohl des internistischen (act. 32) und orthopädischen (act. 33) als auch des Ergänzungsgutachtens (act. 37) der Dres. med. I.\_\_\_\_\_, J.\_\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2006, 9. Januar und 27. Februar 2007 erstellt.

**3.1.2.** Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin (Kardiologie), diagnostizierte in seinem Gutachten eine bisher unbehandelte arterielle Hypertonie, eine Sklerose der Bauchaorta und der Halsarterien ohne Verengung oder Flussbehinderung in diesen Gefässen, Nierenzysten links sowie Neigung zu Durchfall und Magenübersäuerung als mögliche Nebenwirkungen der derzeit einzunehmenden Schmerzmedikamente. Dr. med. I.\_\_\_\_\_ erachtete den Versicherten in einer leidensadaptierten Tätigkeit für voll arbeitsfähig. Der Orthopäde Dr. med. J.\_\_\_\_\_ stellte die Diagnose einer chronischen Lumboischialgie links bei einer Osteochondrose auf Höhe L5/S1 und attestierte dem Beschwerdeführer in einer seinen Leiden angepassten Tätigkeit ebenfalls eine volle Arbeitsfähigkeit. In seinem Ergänzungsgutachten führte Dr. med. I.\_\_\_\_\_ aus, die von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ angegebenen internistischen

Diagnosen seien erwähnt worden. Am Leistungskalkül in seinem Gutachten ändere sich nichts. Einer gewissen Leistungseinschränkung durch die Bluthochdruckproblematik sei Rechnung getragen worden. Auch bei einer optimalen Blutdruckeinstellung würde er hingegen bei dem schon sechzigjährigen Versicherten das Leistungskalkül nicht über leichte und mittelschwere Tätigkeiten hinausgehen lassen. Dr. med. E.\_\_\_\_\_ berichtete am 30. April 2007, die bisher bekannten Diagnosen seien bestätigt und mit einer noch nicht bekannten labilen arteriellen Hypertonie ergänzt worden. Die Arbeitsfähigkeit sei vollschichtig für leichte bis fallweise mittelschwere Tätigkeiten beurteilt worden. Damit kämen die drei Gutachten genau zur gleichen Schlussfolgerung wie er in seiner Stellungnahme vom 21. November 2006; an dieser sei festzuhalten.

### **3.2.**

**3.2.1.** Im Zusammenhang mit der erneuten Anmeldung vom Oktober 2007 (act. 47) sind weitere Gutachten und Stellungnahmen des medizinischen Dienstes der Vorinstanz aktenkundig. Diese ärztlichen Dokumente sind nachfolgend zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

### **3.2.2.**

**3.2.2.1** Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, berichtete in seinem Gutachten vom 1. August 2007 (act. 48), der Versicherte leide in psychiatrischer Hinsicht an den Folgen einer langjährigen Burn-out- bzw. neurasthenischen Erschöpfungsentwicklung und an einer ausgeprägten chronischen Somatisierungsstörung, hauptsächlich in Form einer chronisch somatoformen Schmerzstörung (daneben noch autonome Funktionsstörungen). Diese Haupterkrankung sei assoziiert mit einer ebenfalls ausgeprägten vitalisierten chronischen Depression. In diesem Bereich leide der Versicherte vor allem unter einem chronischen Syndrom von Adynamie, Anhedonie, rascher Ermüdbarkeit und starker Stressempfindlichkeit. Hinzu kämen noch eine allgemein erhöhte Angstbereitschaft und eine hypochondrische Sekundärentwicklung. Sekundäre Krankheitsfolgen in Form eines eingengten Sozialverhaltens und einer regressiven Schonhaltung komplettierten die Gesamtbehinderung. In Berücksichtigung aller Behinderungen und Funktionsausfälle erachte er den Versicherten unter den üblichen Bedingungen eines Arbeitsverhältnisses als ausserstande, schwere, mittelschwere oder auch nur leichte Arbeiten ganztags zu

verrichten. Bei Arbeitsversuchen auf dem freien Arbeitsmarkt wären mit grösster Wahrscheinlichkeit weitere Dekompensationen und damit Dauerkrankenstände zu erwarten.

**3.2.2.2** Dr. med. E.\_\_\_\_\_ hielt nach Einsicht in dieses Gutachten am 24. Dezember 2007 (act. 51) im Wesentlichen fest, der Psychiater gäbe eine ganze Reihe von Diagnosen an, die bisher nicht aktenkundig gewesen seien. Einerseits spreche er von einer chronisch somatoformen Schmerzstörung, obschon keiner der Untersucher die dafür objektivierbaren Befunde erhoben habe und insbesondere der dafür zuständige Orthopäde dies auch nicht als indiziert befunden habe. Die angegebene ausgeprägte vitalisierende chronische Depression scheine auch nicht überzeugend begründet. Der Versicherte sei diesbezüglich nie behandelt worden. Die vermerkte, leichtgradige dysphorische Grundstimmung widerspreche dieser Schlussfolgerung ebenfalls. Die übrigen angewendeten Begriffe (Burn-out, neurasthenisch-hyperästhetischer Schwächezustand) würden nicht überzeugen und wären allenfalls in den Definitionen einer mindestens mittelschweren anhaltenden und behandlungsbedürftigen Depression einzuordnen. Dass die Gesamtbeurteilung bei beiden somatisch anderslautenden Stellungnahmen auf eine Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten schliesse, sei nicht nachvollziehbar.

**3.2.2.3** Im neuropsychiatrischen Gutachten vom 11. Februar 2008 führte Dr. med. F.\_\_\_\_\_ zusammengefasst aus, trotz einer antidepressiven Dauermedikation sei keine Remission der chronischen Depression erfolgt. Dieser ungünstige Krankheitsverlauf sei vor allem auf die mit der Depression assoziierten Somatisierungsstörungen (autonome Somatisierungsstörung/somatoforme Schmerzstörung) zurückzuführen. Hinzu gekommen seien noch ein Restless-Legs-Syndrom, Parästhesien, Dysästhesien und eine quälende Unruhe in den Beinen. Insgesamt handle es sich um einen chronischen progredienten Krankheitsverlauf im fortgeschrittenen Stadium, was auch durch sekundäre Krankheitsfolgen (Persönlichkeitsveränderungen, regressives Schon-, Vermeidungs- und Rückzugsverhalten) zum Ausdruck komme. Mehr denn je erscheine eine berufliche Wiedereingliederung am freien Arbeitsmarkt unmöglich.

**3.2.2.4** Bezug nehmend auf dieses Gutachten berichtete Dr. med. E.\_\_\_\_\_ am 3. März 2008 (act. 57), Dr. med. F.\_\_\_\_\_ habe seine bisherige Darstellung ohne greifbare neue Elemente wiederholt. Er gebe zwar an, dass nun eine affektive und kognitive Einengung vorliege; diese

wäre insbesondere in einem neuropsychiatrischen Gutachten mit entsprechenden Tests objektiv zu belegen. Erneut überzeuge die Qualität des Gutachtens nicht; dieses entspreche nicht den diesbezüglichen Kriterien in der Schweiz. Überdies widerspreche sich Dr. med. F. \_\_\_\_\_ in der Angabe der bisherigen Medikation. Während im Juli 2007 noch mitgeteilt worden sei, dass keine psychiatrische Therapie erfolgt sei, spreche er nun von einer Dauermedikation mit zwei Antidepressiva.

**3.2.2.5** In einem weiteren Gutachten vom 25. April 2008 (act. 64) diagnostizierte Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) sowie ein chronisches Lendenwirbelsäulenschmerzsyndrom mit ischialgieformen Beschwerden links bei einem Bandscheibenvorfall auf Höhe L5/S1. Weiter führte er aus, aus psychiatrischer Sicht erscheine die psychische Belastbarkeit deutlich reduziert. Trotz ausreichend dosierter antidepressiver Therapie habe keine Besserung des psychischen Zustandsbildes erreicht werden können. Die Prognose sei abhängig von den körperlichen Beschwerden und exogenen Belastungen und erscheine derzeit eher ungünstig. Aus psychiatrisch-neurologischer Sicht sei aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode und der chronischen Lumboischialgie links eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit anzunehmen.

**3.2.2.6** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ führte in Kenntnis dieses Gutachtens in seiner Stellungnahme vom 10. Juni 2008 (act. 67) aus, Verweisungstätigkeiten würden in der Expertise von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ nicht explizit bezeichnet, doch im Formular für das Leistungskalkül gebe dieser eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit an für Tätigkeiten, die durchaus den in der Stellungnahme vom 21. November 2006 aufgeführten entsprächen. Somit bleibe dieser Facharzt bezüglich Beginn und Grad der Arbeitsunfähigkeit noch unter der Beurteilung vom November 2006. Dieses Gutachten enthalte somit keine Aussage, welche ein Abweichen vom negativen Entscheid des Rentenbegehrens vom 4. Mai 2007 begründe.

**3.2.2.7** Im Bericht vom 19. August 2008 (act. 78) erwähnte Dr. med. H. \_\_\_\_\_, aufgrund der radiologisch dokumentierten Veränderungen im Lendenwirbelsäulenbereich bestehe eine deutlich verminderte Belastbarkeit. Zusätzlich bestünden Beschwerden im Bereich beider Füße aufgrund einer schweren Abnutzung am Grosszehengrundgelenk beidseits. Hier bestehe eine relative Operationsindikation. Schwere

körperliche Arbeiten mit einseitiger Körperhaltung oder in gebückter Stellung sowie ständig stehend-gehende Tätigkeiten müssten vermieden werden.

**3.2.2.8** Dr. med. E.\_\_\_\_\_ führte bezüglich dieses Berichts am 19. September 2008 (act. 81) aus, darin werde die bekannte Lumbalgie aufgrund degenerativer Veränderungen der Wirbelsäule erneut bestätigt. Im Gegensatz zum bereits vorliegenden orthopädischen Gutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 9. Oktober 2007 fände sich nun plötzlich eine schwerste Grosszehengrundgelenksarthrose (ohne klinische Angaben). Immerhin seien die Schlussfolgerungen von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ deckungsgleich mit der Stellungnahme vom 21. Juni 2006.

### **3.3.**

**3.3.1.** Der Vorinstanz dienten insbesondere die Stellungnahmen von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom medizinischen Dienst vom 24. Dezember 2007 (act. 51), 3. März (act. 57), 10. Juni (act. 67) und 19. September 2008 (act. 81) als Entscheidungsgrundlagen für die angefochtene Verfügung vom 24. September 2008. Bei den entsprechenden Berichten handelt es sich um solche von resp. im Sinne von Art. 59 Abs. 2<sup>bis</sup> IVG (vgl. auch aArt. 49 Abs. 3 IVV), deren Funktion darin besteht, den medizinischen Sachverhalt zusammenfassend und zu würdigen. Dazu gehört auch, bei sich widersprechenden medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Berichten nach Art. 59 Abs. 2<sup>bis</sup> IVG kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidungsrelevante 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). Die genannte Bestimmung von aArt. 49 Abs. 3 IVV stand bis zum 31. Dezember 2007 in Kraft und wurde dann aufgehoben. Auf den 1. Januar 2008 wurde Art. 59 Abs. 2<sup>bis</sup> IVG eingeführt, wonach die regionalen ärztlichen Dienste den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung stehen und die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten festsetzen, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Eine ähnliche Bestimmung fand sich bisher schon und, in leicht geänderter Fassung seit dem 1. Januar 2008, nach wie vor in Art. 49 Abs. 1 IVV. Immer noch in Kraft steht Art. 49 Abs. 2 IVV,

wonach die regionalen ärztlichen Dienste bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen können.

**3.3.2.** Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 2.8 hiavor), kann auf Stellungnahmen des RAD resp. des medizinischen Dienstes 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. E. \_\_\_\_\_ als Allgemeinmediziner nicht über einen Facharztstitel auf dem Gebiet der Orthopädie und orthopädischen Chirurgie resp. Inneren Medizin und Kardiologie verfügt, kommt seiner – auf den Bericht des Orthopäden und Orthopädischen Chirurgen Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 19. August 2008 Bezug nehmenden – Stellungnahme vom 19. September 2008 aufgrund der beim Beschwerdeführer vorliegenden, nicht überaus komplexen Gesundheitsbeeinträchtigungen im somatischen Bereich ein gewisses Gewicht zu. Dies insbesondere auch unter dem Aspekt, dass ihm nebst dem Bericht von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ die schlüssigen und überzeugenden Gutachten der Dres. med. I. \_\_\_\_\_ und J. \_\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2006, 9. Januar und 27. Februar 2007 zur Verfügung gestanden haben. Es ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 19. September 2008 von einem im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand in somatischer Hinsicht ausging. Dass die neu von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ erwähnte Grosszehengrundgelenksarthrose beidseits zu keiner relevanten Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit führt, ergibt sich aus dem von ihm formulierten Zumutbarkeitsprofil, wonach bloss schwerere körperliche Arbeiten mit einseitiger Körperhaltung oder in gebückter Stellung sowie ständig stehend-gehende Tätigkeiten vermieden werden müssten. Damit steht fest, dass Dr. med. H. \_\_\_\_\_ – wenn auch nur implizit – eine leidensadaptierte (leichte sitzende) Verweisungstätigkeit befürwortet resp. als zumutbar erachtet hatte. Insofern besteht – aus rein somatischer Sicht betrachtet – zweifelsfrei nach wie vor eine Übereinstimmung mit dem von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in dessen Stellungnahme vom 21. November 2006 (act. 30) abgegebenen, genügend detailliertem und somit rechtsgenügendem Zumutbarkeits- resp. Leistungsprofil. In diesem Zusammenhang ist schliesslich auch ergänzend darauf hinzuweisen, dass 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). Mit Blick auf die weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers kann es damit jedoch nicht sein Bewenden haben.

**3.3.3.** Die im Verlaufe des Neuanmeldungsverfahrens aktenkundig gewordenen Gutachten der Psychiater und Neurologen Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ legte die Vorinstanz ebenfalls dem Allgemeinmediziner Dr. med. E. \_\_\_\_\_ zur Beurteilung vor und stützte in der Folge die angefochtene Verfügung vom 24. September 2008 auf dessen Stellungnahmen vom 24. Dezember 2007 (act. 51), 3. März (act. 57) und 10. Juni 2008 (act. 67). Auf Stellungnahmen des medizinischen

Dienstes, denen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, kann jedoch nur dann abgestellt werden, wenn diese den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und der beurteilende Arzt über die im Einzelfall gefragten fachlichen Qualifikationen verfügt (vgl. E. 2.8 hiervor). Da Dr. med. E. \_\_\_\_\_ auf den medizinischen Fachgebieten der Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie über keine spezialärztlichen Qualifikationen verfügt und – im Gegensatz zum vorstehend Dargelegten im Zusammenhang mit den Expertisen der Dres. med. I. \_\_\_\_\_ und J. \_\_\_\_\_ Dargelegten (vgl. E. 3.3.2) – die Gutachten der Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ aufgrund der nachfolgenden Erwägungen nicht schlüssig und überzeugend sind, kann den oben erwähnten Stellungnahmen von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ keine Beweiskraft zukommen.

**3.3.4.** Indem der Psychiater und Neurologe Dr. med. F. \_\_\_\_\_ seinem Gutachten vom 1. August 2007 unter „Beurteilung“ sowohl die Gesundheitsbeeinträchtigungen in psychiatrischer als auch diejenigen in internistischer und orthopädischer Hinsicht erwähnte und ausführte, in Berücksichtigung aller genannten Behinderungen und Funktionsausfälle erachte er den Versicherten als nicht mehr arbeitsfähig, kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, in welchem Ausmass diese Beurteilung auf die rein psychisch-psychiatrischen Gesundheitsprobleme – zu denen bzw. zu dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sich Dr. med. F. \_\_\_\_\_ als Facharzt für Psychiatrie und Neurologie in erster Linie zu äussern hat – zurückzuführen ist und inwiefern sie von den somatischen Leiden beeinflusst worden war. Hinweise darauf, dass eine somatische Komponente vom Psychiater mitberücksichtigt worden war, ergibt sich auch aus den Ausführungen, wonach aufgrund der langen Vorgeschichte und des chronischen Verlaufs keine begründete Aussicht bestehe, dass sich der Gesundheitszustand soweit verbessern lasse, dass sich das derzeitige Leistungskalkül nennenswert ändere. Dass damit die seit längerem bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen im somatischen Bereich gemeint sein müssen, liegt auf der Hand. Ergänzend ist im Zusammenhang mit dem Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen zu erwähnen, dass eine blosser Addition der mit Bezug auf einzelne Funktionsstörungen und Beschwerdebilder geschätzten Arbeitsunfähigkeitsgrade nicht zulässig ist (vgl. SVR 2000 IV Nr. 1 S. 2 E. 2; Urteil des EVG I 368/01 vom 11. November 2002 mit Hinweisen).

Im Weiteren hat sich Dr. med. F.\_\_\_\_\_ auch nicht rechtsgenügend darüber geäußert, ob die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar ist, und wenn nein, weshalb nicht (betreffend die Voraussetzungen der Verneinung einer zumutbaren Willensanstrengung vgl. E. 2.8 hiervor). Weiter ist nicht überzeugend und schlüssig geklärt, ob beim Beschwerdeführer psychosoziale und andere Belastungsfaktoren, welchen kein Krankheitswert zukommt, vorliegen. Schliesslich kann die Frage nach dem tatsächlichen Bestehen einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Dauer und Intensität nicht rechtsgenügend beantwortet werden, da nach wissenschaftlichem Klassifikationssystem gestellte Diagnosen mit Angabe der entsprechenden Codierung resp. eine nachvollziehbare Begründung dafür fehlt.

**3.3.5.** Aus denselben, bereits vorstehend (vgl. E. 3.3.4) dargelegten Gründen resp. weil die Beurteilung im Gutachten vom 11. Februar 2008 nicht widerspruchsfrei, schlüssig und somit rechtsgenügend begründet wurde und Dr. med. F.\_\_\_\_\_ kein verlässliches, den Anforderungen der Rechtsprechung genügendes Zumutbarkeitsprofil erstellt hatte, kann auch dieser Expertise keine volle Beweiskraft beigemessen werden. Hinzu kommt, dass mit Blick auf die erwähnte deutliche Einengung im affektiven und kognitiven Bereich – soweit ersichtlich – keine entsprechenden Tests durchgeführt worden sind. Dies wäre jedoch – wie von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ in dessen Stellungnahme vom 3. März 2008 bemerkt – notwendig gewesen, um die Ausführungen von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ objektiv nachvollziehen zu können. Auch hinsichtlich der neu hinzugekommenen Beschwerden (Restless-Legs-Syndrom, Parästhesien, Dysästhesien, quälende Unruhe in den Beinen im Ruhezustand) fehlt eine rechtsgenügende Begründung, ob diese Gesundheitsbeeinträchtigungen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit haben und wenn ja, inwiefern und in welchem Ausmass.

**3.3.6.** Das Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 25. April 2008 stellt ebenfalls keine beweiskräftige Entscheidungsgrundlage dar. Während Dr. med. F.\_\_\_\_\_ in seinen Gutachten eine somatoforme Schmerzstörung und eine ausgeprägte vitalisierte chronische Depression erwähnte, diagnostizierte Dr. med. G.\_\_\_\_\_ in psychisch-psychiatrischer Hinsicht bloss eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F.32.11). Die Gründe für diese unterschiedliche Diagnosestellung wurden von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ nicht nachvollziehbar und schlüssig dargelegt. Hinzu kommt weiter, dass nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann, in welchem Ausmass die von ihm unter dem Punkt "Arbeitsunfähigkeit" erwähnte

chronische Lumboischialgie links zusätzlich zu der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom relevante Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben.

**3.3.7.** Hinsichtlich des nach dem Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 24. September 2008 verfassten Berichts von Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 20. Oktober 2008 (B-act. 1) ist festzustellen, dass dieser Bericht im vorliegenden Verfahren ebenfalls zu berücksichtigen ist. Er nimmt (rückwirkend) Bezug auf den – bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vorliegenden – gesundheitlichen Zustand, steht demnach mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang und ist geeignet, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. BGE 116 V 80 E. 6b; ZAK 1989 S. 111 E. 3b mit Hinweisen; vgl. auch E. 2.2.2 hiervor). Da dieser Bericht hinsichtlich des Zumutbarkeitsprofils jedoch keine rechtsgenügenden Angaben enthält, kann bereits aus diesem Grund nicht darauf abgestellt werden.

**3.4.** Zwar lässt auch eine psychiatrische Diagnose für sich allein genommen keinen Schluss auf eine gesundheitlich bedingte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zu (vgl. E. 3.4.1 hiervor). Angesichts der Ausführungen der Dres. med. F.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_ ergeben sich Hinweise auf das Vorliegen eines Krankheitsgeschehens in psychisch-psychiatrischer Hinsicht, das behaupteterweise und eventuell tatsächlich die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in rentenrelevantem Ausmass beeinträchtigen könnte. Hinweise darauf, dass sich der Gesundheitszustand in psychischer Hinsicht zwischen dem ersten und dem zweiten Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ allenfalls verschlechtert haben könnte, ergeben sich daraus, dass der Beschwerdeführer im Rahmen des Gutachtens vom 1. August 2007 über die Notwendigkeit einer psychiatrischen Therapie aufgeklärt wurde (act. 48 S. 6) und bereits der Hausarzt eine psychiatrische Behandlung empfohlen hatte (S. 3). Unter diesem Aspekt wären auch die von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ bezüglich der Medikation aufgeworfenen Fragen geklärt. Nach dem Dargelegten hat die Vorinstanz weitere medizinische Abklärungen in die Wege zu leiten. Nach ständiger Rechtsprechung ist in aller Regel zur Abklärung der invalidisierenden Wirkung – insbesondere der hier im Raum stehenden psychischen Komorbidität (medikamentös behandelte Depressivität) – eine fachärztliche psychiatrische Expertisierung angezeigt (vgl. hierzu BGE 130 V 352 E. 2.2), wobei als Anforderungsprofil für die Fachdisziplin Psychiatrie die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für

Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen als Standard heranzuziehen sind (vgl. Urteil des BGer I 142/07 vom 20. November 2007, E. 3.2.4 mit Hinweisen).

#### 4.

Nach dem Dargelegten beruht die angefochtene Verfügung vom 24. September 2008 in medizinischer Hinsicht auf einem unvollständig bzw. unkorrekt ermittelten Sachverhalt (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 und ab wann. Aus diesem Grund hat die Vorinstanz ergänzende medizinische Abklärungen durchzuführen und den Beschwerdeführer ärztlich begutachten zu lassen. Die Beantwortung der ungeklärten Fragen resp. die Klärung der Widersprüche hat durch Experten oder Expertinnen auf den Fachgebieten der Orthopädie/Inneren Medizin und Psychiatrie/Psycho-therapie/Neurologie zu erfolgen. Mit Blick auf die somatischen Leiden und die möglicherweise vorhandenen psychisch-psychiatrischen Gesundheitsbeeinträchtigungen haben die ergänzenden medizinischen Abklärungen interdisziplinär zu erfolgen (betreffend interdisziplinärer Begutachtung beim Zusammenwirken von physischen und psychischen Beschwerden vgl. Urteil 8C\_168/2008 des BGer vom 11. August 2008 E. 6.2.2 mit Hinweisen) und auch die erfolgte(n) Operation(en) miteinzubeziehen (im Mai 2009 durchgeführte Operation hinsichtlich der Grosszehengrundgelenksarthrose [inkl. Folgeoperation], vom Beschwerdeführer beabsichtigte Operation im Zusammenhang mit dem Bandscheibenvorfall; B-act. 10 und 15) zu berücksichtigen. Mit Blick auf die gesamten Umstände hat die entsprechende Begutachtung vorzugsweise in der Schweiz in einer geeigneten Institution stattzufinden.

Weiter hat die Vorinstanz nach Vorliegen der Ergebnisse der Begutachtung einen Einkommensvergleich durchzuführen, was sie im Rahmen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 24. September 2008 unterlassen hat, 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.

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 24. September 2008 aufzuheben und die Sache mit der Anweisung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, ergänzende spezialärztliche Begutachtungen durchführen zu lassen und anschliessend in der Sache neu zu verfügen.

**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 der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der Vorinstanz werden ebenfalls keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

**6.2.** Dem nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen ist. Als Bundesbehörde hat die Vorinstanz ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 3 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:****1.**

Die Beschwerde wird in dem Sinn gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 24. September 2008 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

**3.**

Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

**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 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: