

BVGer B-4612/2012 vom 14. November 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-11-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-4612_2012

FR: TAF B-4612/2012 du 14 novembre 2014

IT: TAF B-4612/2012 del 14 novembre 2014

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 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), sofern keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die Vorinstanz, die mit Verfügungen über Rentengesuche von Grenzgängerinnen und Grenzgängern befasst ist (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. Art. 69 Abs. 1 IVG sowie Art. 40 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]).

E. 1.2

Die Beschwerdeführerin war Grenzgängerin. Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV hierfür vorgesehen, hat die IV-Stelle BS, in deren Tätigkeitsgebiet die Versicherte zuletzt in ihrer Eigenschaft als Grenzgängerin eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, in korrekter Weise die Anmeldung für Leistungen der IV geprüft, während die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 3. August 2012 erlassen hat.

E. 1.3

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das Verwaltungsverfahrensgesetz aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 1.4

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Verfügung der Vorinstanz vom 3. August 2012. Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (Art 60 ATSG). Als Adressatin der angefochtenen Verfügung ist die Beschwerdeführerin besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Änderung oder Aufhebung (Art. 59 ATSG). Damit ist auf die Beschwerde - nachdem der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet worden ist - einzutreten.

E. 2.1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit, wenn nicht eine kantonale Behörde als Beschwerdeinstanz verfügt hat (Art. 49 VwVG).

E. 2.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Thomas HÄBERLI, in: Praxiskommentar VwVG, 2008, Art. 62 N. 40).

E. 2.3

Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 3

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

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige und lebt in Frankreich, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681), insbesondere dessen Anhang II betreffend die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, anzuwenden ist (Art. 80a IVG). Gemäss Art. 1 Abs. 1 in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs in der am 1. April 2012 in Kraft getretenen Fassung (vgl. den Beschluss Nr. 1/2012 des Gemischten Ausschusses vom 31. März 2012 zur Ersetzung des Anhangs II dieses Abkommens über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit [AS 2012 2345]) wenden die Vertragsparteien untereinander namentlich - unter Vorbehalt vorliegend nicht relevanter Anpassungen - die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1; geändert durch die Verordnung [EG] Nr. 988/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 [ABl. L 284 S. 43]) sowie die Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.11) an. Im Rahmen des FZA ist auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne der erwähnten Koordinierungsverordnungen zu betrachten (vgl. Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA). Fallen Personen in den persönlichen Anwendungsbereich der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 (vgl. Art. 2 Abs. 1 der Verordnung), haben sie nach Art. 4 der Verordnung auf Grund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats die gleichen Rechte und Pflichten wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Entsprechendes galt nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71. Soweit das

FZA beziehungsweise die auf dieser Grundlage anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente damit grundsätzlich nach der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 257 E. 2.4). Demnach richten sich die Bestimmung der Invalidität, die Berechnung des Invaliditätsgrades und der Rentenhöhe auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4), insbesondere dem IVG, der IVV, dem ATSG sowie der entsprechenden Verordnung vom 11. September 2002 (ATSV, SR 830.11). Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sind Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4, AHI 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E.2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 3.2

Nach den allgemeinen intertemporalen Regeln sind in verfahrensrechtlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2). In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 130 V 329 E. 2.3). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445). Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 3. August 2012 in Kraft standen; weiter aber auch alle übrigen Vorschriften, die für die Beurteilung der streitigen Verfügung im vorliegend massgeblichen Zeitraum von Belang sind. Da sich vorliegend der zu beurteilende Sachverhalt im Zeitraum von Februar 2008 bis August 2012 zugetragen hat, sind bis zum 31. Dezember 2011 die auf den 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Bestimmungen der 5. IV-Revision anwendbar (AS 2007 5129 bzw. AS 2007 5155) und ab 1. Januar 2012 die zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Bestimmungen des ersten Massnahmenpakets der 6. IV-Revision (AS 2011 5659 bzw. AS 2011 5679).

E. 3.3

Bezüglich der vorliegend auf Grund von Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG zu berücksichtigenden ATSG-Normen zur Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) und zur Bestimmung des Invaliditätsgrades (Art. 16) hat das Schweizerische Bundesgericht (vormals Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG]) erkannt, dass es sich bei den in Art. 3-13 ATSG enthaltenen Legaldefinitionen in aller Regel um eine formellgesetzliche Fassung der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu den entsprechenden Begriffen vor Inkraft-Treten des ATSG handelt und sich inhaltlich damit keine Änderung ergibt, weshalb die hierzu entwickelte Rechtsprechung übernommen und weitergeführt werden kann (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3).

E. 4

Streitig ist vorliegend, ob die Vorinstanz zu Recht die bisher ausgerichtete ganze Invalidenrente wegen Änderung des Invaliditätsgrades auf eine halbe Invalidenrente reduziert hat, wobei die Frage im Zentrum steht, ob sich der Gesundheitszustand der

Beschwerdeführerin in rentenrelevanter Weise verbessert hat bzw. ob der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt worden ist. Nachfolgend sind die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden gesetzlichen Grundlagen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen.

E. 4.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 4.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. 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 wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystems abgestützte fachärztliche (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). So ist zu beachten, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen bestehen darf, welche von belastenden psychosozialen oder soziokulturellen Faktoren herrühren, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, wie zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression in fachmedizinischem Sinne. Solche verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (Entscheid EVG I 232/04 vom 10. Januar 2005 E. 5).

E. 4.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, werden jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, was laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40 % eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben - was vorliegend der Fall ist (Art. 29

Abs. 4 IVG).

E. 4.4

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades bei erwerbstätigen Versicherten wird das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG; allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1, BGE 104 V 135 E. 2a und b; ZAK 1990 S. 518 E. 2).

E. 4.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidensbedingt eingeschränkt ist.

E. 4.6

Die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht haben die medizinischen Unterlagen nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 351 E. 3a). Auch die Stellungnahmen des RAD müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen. 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. Nimmt der RAD selber keine

Untersuchung vor, hat er zunächst zu überprüfen, ob die medizinischen Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben (vgl. zu den Anforderungen an einen Aktenbericht Urteil Bundesgericht [BGer] 8C_653/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 5.2, Urteil BGer I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1) bzw. ob ein von ihm angefordertes Gutachten den Anforderungen der Rechtsprechung entspricht und die im konkreten Fall erforderlichen Untersuchungen vorgenommen und dokumentiert wurden.

E. 4.7

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt nach der Rechtsprechung jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 125 V 368 E. 2). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben; zudem kann auch eine Wandlung des Aufgabenbereichs einen Revisionsgrund darstellen (BGE 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b; AHI 1997 S. 288 E. 2b). Die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung ist von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiter andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Die Herabsetzung der Renten erfolgt am ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88bis Abs. 2 Bst. a IVV; vgl. BGE 135 V 306 E. 7). Dagegen ist die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts kein Revisionsgrund; unterschiedliche Beurteilungen sind revisionsrechtlich nur dann beachtlich, wenn sie Ausdruck von Änderungen der tatsächlichen Verhältnisse sind (siehe BGE 115 V 313 E. 4a/bb mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a). Identisch gebliebene Diagnosen schliessen eine revisionsrechtlich erhebliche Steigerung des tatsächlichen Leistungsvermögens (Arbeitsfähigkeit) grundsätzlich nicht aus. Dies gilt namentlich dann, wenn der Schweregrad eines Leidens sich verringert hat oder es der versicherten Person gelungen ist, sich besser an das Leiden anzupassen. Ob eine derartige tatsächliche Änderung vorliegt oder aber eine revisionsrechtlich unbeachtliche abweichende ärztliche Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustandes, bedarf auch mit Blick auf die mitunter einschneidenden Folgen für die versicherte Person einer sorgfältigen Prüfung. Dabei gilt der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blossе Möglichkeit einer Verbesserung tatsächlicher Art genügt nicht (Urteil BGer 9C_88/2010 vom 4. Mai 2010 E. 2.2.2 mit Hinweis). Ob eine unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten erhebliche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch den Vergleich mit dem Sachverhalt, auf dem die letzte rechtskräftige Verfügung beruhte, bei der eine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs vorgenommen wurde (BGE 133 V 108 E. 5.4). Im vorliegenden Fall wurde eine derartige materielle Abklärung vorgenommen, bevor mit Verfügung vom 28. Februar 2008 die letzte Rentenerhöhung erfolgte. Der entsprechende Sachverhalt bildet daher den massgeblichen Referenzzeitpunkt für die Frage, ob sich der

gesundheitliche Zustand sowie die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in rentenrelevantem Ausmass verbessert hat.

E. 5.1

Die Verfügung vom 28. Februar 2008 mit der die Invalidenrente der Beschwerdeführerin erhöht wurde, basierte im Wesentlichen auf dem Gutachten des Spitals A. _____ vom 10. September 2007. Darin wurden bei der Beschwerdeführerin insbesondere folgende Leiden diagnostiziert: - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) - Zwangsstörung gemischt (ICD-10 F42.2) - Spezifische Phobien von situativem Typ (ICD-10 F40.2) - Bulimia nervosa (ICD-10 F50.2) Die Gutachter führten aus, dass sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin seit der Vorbegutachtung im Jahr 2004 insgesamt verschlechtert habe. Neben den im Vorgutachten diagnostizierten spezifischen Phobien bestehe bei der Beschwerdeführerin derzeit auch eine diagnostisch gut abgrenzbare Agoraphobie mit Panikstörung, wodurch die Beschwerdeführerin in ihrem Alltag nicht unerhebliche Einschränkungen erfahre. Das Vermeidungsverhalten der Beschwerdeführerin sei erheblich und im Sinne eines Systems strukturiert. Des Weiteren habe die Beschwerdeführerin anlässlich der aktuellen Untersuchung von ausgeprägten Zwangsgedanken berichtet. Sie habe angegeben, dass weder ihr behandelnder Psychiater noch die Vorbegutachterin davon hätten erfahren dürfen. Wenn man allerdings die ausgeprägten Schamgefühle der Beschwerdeführerin sowie ihre Angst berücksichtige, sie könnte, wenn jemand von ihren Gedanken und Vorstellungen bezüglich der Kinder erfahre, das Sorgerecht für ihre Kinder aberkannt bekommen, erscheine die Verheimlichung der subjektiv sehr belastenden Symptomatik durchaus nachvollziehbar. Solche Verläufe seien bei an Zwangsstörungen erkrankten Menschen bekannt und würden unter Umständen zu einem jahrzehntelangen Intervall zwischen dem Auftreten der Störung und deren Diagnose bzw. dem Beginn einer Behandlung führen. Momentan liege bei der Beschwerdeführerin ausserdem ein charakteristisches Bild einer Bulimia nervosa mit typischen Essanfällen und dem Erleichterung bringenden Erbrechen vor. Die Diagnose einer Borderline-Störung könne momentan nicht nachvollzogen werden. Die aktuelle Symptomatik der Beschwerdeführerin lasse sich durch die komorbide Angst- und Zwangsstörung hinreichend gut erklären, zumal ihr Zustand nicht den Kriterien einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung von Borderline-Typ nach ICD-10 entspreche. Bei der aktuellen Untersuchung habe sich bei der Beschwerdeführerin kein Anhalt für eine affektive Störung oder eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis finden können. Als Faktoren, die die aktuelle Symptomatik der Beschwerdeführerin aufrecht erhalten würden, dürften die negative Selbstwahrnehmung, die negativen Apperzeptionen und eine Reihe von logischen Denkfehlern wie z.B. Übergeneralisierung, Etikettierung, dychotomes Denken genannt werden. Die Gutachter erachteten die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Programmiererin zu 30 % arbeitsfähig. Die Einschränkungen in der angestammten Tätigkeit würden aufgrund der stark herabgesetzten emotionalen Belastbarkeit, des ausgeprägten Vermeidungsverhaltens sowie der stark verminderten Umstellungsfähigkeit zustande kommen. In der Tätigkeit als Hausfrau erachteten die Gutachter die Beschwerdeführerin zu 30 % eingeschränkt. Die Einschränkungen im Haushaltsbereich seien in erster Linie durch Erschöpfbarkeit, aber auch durch Vermeidungsverhalten und durch abnormes Essverhalten bedingt.

E. 5.2

Für die neuerliche Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit stützte sich die Vorinstanz hauptsächlich auf das psychiatrische Gutachten der Klinik B. _____ vom 27. Januar 2011. Daraus ergibt sich im Einzelnen Folgendes: Die Gutachter Dr. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, und Dr. med. D. _____ stellten bei der Beschwerdeführerin als einzige psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Panikstörung fest (ICD-10 F41.0). Des Weiteren stellten sie folgende psychiatrischen Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - Dysthymia (ICD-10 F34.1) - Atypische Bulimia nervosa (ICD-10 F50.3) - Zwangsstörung mit vorwiegend Zwangshandlungen (ICD-10 F42.1) Sie erachteten die Beschwerdeführerin derzeit aus rein psychiatrischer Sicht in einer Tätigkeit, welche an ihre körperlichen Beschwerden und keiner erheblichen Stressbelastung ausgesetzt sei, als zu 70 % arbeitsfähig. Die Gutachter qualifizierten die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Informatikerin als eine solche angepasste Tätigkeit und führten aus, dass eine Einschränkung von 30 % vor allem aufgrund der herabgesetzten emotionalen Belastbarkeit, der rezidivierenden Panikattacken sowie der verminderten Umstellungsfähigkeit zustande komme. Die Beschwerdeführerin sei durch ihre Grübelgedanken bezüglich ihrer Gesundheit in ihrer Konzentration leichtgradig eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin beschreibe typische Panikattacken, in denen es zu intensiver Angst käme, die abrupt beginnen und mit Schwindel, Angst umzufallen, Herzrasen, tauben Fingern und Hyperventilieren einhergehen würden. Bestimmte auslösende Situationen gebe es nicht, sie habe dadurch auch kein Vermeidungsverhalten. Die Panikattacken würden im Schnitt zwei Mal pro Tag auftreten, so dass die Diagnosekriterien für eine Panikstörung erfüllt seien. Da die Beschwerdeführerin kein Vermeidungsverhalten schildere, liege keine Agoraphobie vor. Zusätzlich schildere sie eine seit zwei Jahren anhaltende depressive Stimmungslage, grosse Ängste und Sorgen vor körperlichen Erkrankungen, eine Neigung zum Weinen sowie verminderter Antrieb. Die Diagnosekriterien für eine depressive Episode seien zur Zeit nicht erfüllt, anamnestisch bestehe kein Hinweis für eine manische Episode in der Vorgeschichte. Die hypochondrischen Befürchtungen würden sie unter dieser Diagnose subsumieren, da die Beschwerdeführerin nicht anhaltend überzeugt davon sei, an einer schwerwiegenden Erkrankung zu leiden oder annehme, entstellt oder missgebildet zu sein. Die Beschwerdeführerin gebe als führende Beschwerden Panikattacken sowie Ängste und Grübelneigung bezüglich ihrer Gesundheit an. Die Gutachter führten aus, dass bei der Beschwerdeführerin seit ihrer Kindheit eine Angsterkrankung vorliege. Die Symptomatik habe immer auch in Abhängigkeit ihrer jeweiligen Lebensumstände fluktuiert. Zur Zeit sei die Beschwerdeführerin unter einer Therapie mit 25 mg Sertralin sowie 5 mg Olanzapin stabiler als bei der letzten Begutachtung. Durch die seit Jahren bestehende psychotherapeutische Behandlung habe die Beschwerdeführerin zunehmend gelernt, mit ihren Panikattacken umzugehen, so dass es nicht mehr zu einem Vermeidungsverhalten komme. Auch die im Vorgutachten geschilderten Zwangsgedanken und -handlungen hätten nachgefragt werden müssen. Dabei schildere die Beschwerdeführerin Kontrollzwänge, die sie im Alltagsleben nicht übermässig belasten würden. Sie sehe diese Kontrollzwänge selber als unsinnig an. Auch die seit 1985 immer wieder auftretenden Ess-Störungen hätten sich insoweit gebessert, dass sie zur Zeit, wenn sie unter Anspannung stehe, meist nachmittags, Süßes essen müsse und dann durch den weiteren Konsum von Cola oder Eis ein Erbrechen induzieren könne. Dies erleichtere sie, da sie insgesamt an Gewicht zugenommen habe und bemüht sei, ihr altes Gewicht wieder zu erreichen. Auch durch diese

Symptomatik sei die Beschwerdeführerin nicht übermässig in ihren Alltagsaktivitäten beeinträchtigt. Die erst auf Nachfrage geäusserte Schmerzsymptomatik der Beschwerdeführerin, die sie daran hindere, dass sie alleine keine Einkäufe tragen und keine Gartenarbeiten erledigen könne, müsse von anderer Seite beurteilt werden. Die Schmerzsymptomatik werde erst auf gezieltes Nachfragen geäussert, so dass nicht der Eindruck entstehe, dass diese Symptomatik für die Beschwerdeführerin im Vordergrund stehe und es zu einer ständigen Beeinträchtigung komme. Im Querschnitt der Beschwerdeführerin sei die Schmerzsymptomatik nicht relevant, so dass auf ein rheumatologisches Untergutachten verzichtet werde. Insgesamt sei die Beschwerdeführerin zur Zeit suffizient behandelt, was zu einer deutlichen Reduktion ihrer Beschwerden geführt habe. Es bestehe weiterhin eine leichte Stimmungs labilität sowie unter einem erhöhten Druck die Möglichkeit, dass sich die Symptomatik der Beschwerdeführerin wieder verstärke. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in einer Tätigkeit, welche an ihre körperlichen Beschwerden angepasst und keiner erheblichen Stressbelastung ausgesetzt sei, zur Zeit zu 70 % arbeitsfähig. Aus medizinisch-theoretischer Sicht wäre unter einer weiteren, nach allgemein anerkannten Leitlinien durchgeführten, psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung eine weitere Reduktion der Beschwerden möglich und somit eine weitere Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Gegen eine solche Besserung spreche der chronifizierte Verlauf sowie die lange Zeit der Arbeitsunfähigkeit. Die Gutachter führten weiter aus, dass im psychiatrischen Gutachten des Spitals A. _____ vom 10. September 2007 die Diagnosen Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01), Zwangsstörung gemischt (ICD-10 F24.2), spezifische Phobie vom situativen Typ (ICD-10 F40.2) sowie Bulimia nervosa (ICD-10 F50.2) gestellt worden seien. Damals hätten die Ängste der Beschwerdeführerin vor einer allergischen Reaktion sowie das Bedürfnis, alles 100 %ig korrekt zu machen und kontrollieren zu wollen im Vordergrund gestanden. Damals habe sie eine Ess-Störung, depressive Symptome und Zwangsgedanken, dass sie ihren Kindern etwas antun möchte, sowie Zwangshandlungen (Schmuckstücke in der richtigen Reihenfolge anzuziehen) geschildert. Damals habe die Beschwerdeführerin auch geäussert, dass sie sich mit Esoterik beschäftige und nachts nach dem Aufwachen optische, sehr selten auch akustische Halluzinationen habe, die vorbei seien, wenn sie das Licht einschalten würde. Von Seiten des jahrelang behandelnden Psychiaters Dr. med. G. _____, sei der Beschwerdeführerin die Diagnose einer Panikstörung sowie die einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gestellt worden. Insgesamt bestünden keine grossen Diskrepanzen zu früheren Beurteilungen. Die Beschwerdeführerin leide seit Jahren unter einer Panikstörung, Zwangssymptomen und einer Ess-Störung. Die Symptomatik sei über den gesamten Beobachtungszeitraum immer unterschiedlich stark ausgebildet, so dass es bei verschiedenen Begutachtungen zu unterschiedlichen Diagnosen komme, die aber in die Gesamtentwicklung der Beschwerdeführerin passen würden. Während der Exploration hätten sich keine Hinweise für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung gezeigt, was aber nicht ausschliesse, dass bei längeren und intensiveren Kontakten eine Symptomatik zutage trete, die die Vergabe dieser Diagnose rechtfertige. Die ambulante psychiatrische Therapie sollte fortgeführt werden, wobei eine leitliniengerechte, ausreichend hochdosierte Psychopharmakotherapie beibehalten werden sollte. Bei Verschlechterung der Symptomatik sollte begleitend eine konsequente verhaltenstherapeutisch-orientierte Psychotherapie erfolgen.

E. 6

Die Vorinstanz und die RAD-Ärzte Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin, und Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stützten sich auf das Gutachten der Klinik B. _____ vom 27. Januar 2011 und kamen zusammengefasst zum Schluss, dass dieses eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufzeige. Die Beschwerdeführerin dagegen erachtete das Gutachten der Klinik B. _____ nicht als schlüssig. Im Einzelnen rügt sie Folgendes:

E. 6.1

Die Befunde und Diagnosen im Gutachten des Spitals A. _____ vom 10. September 2007 und im Gutachten der Klinik B. _____ vom 27. Januar 2011 stimmten im Wesentlichen überein. Es bleibe völlig unklar, inwiefern sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seither verändert respektive verbessert haben sollte. Dieser Rüge kann nicht gefolgt werden. So hielten die Gutachter der Klinik B. _____ als auch die RAD-Ärzte nachvollziehbar fest, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, insbesondere die Panikstörung, die Zwangssymptome und die Essstörungen, inzwischen verbessert habe. In der früheren Beurteilung wurde bei der Beschwerdeführerin eine Agoraphobie mit Panikstörung diagnostiziert. Aktuell erachteten die Gutachter lediglich noch eine Panikstörung als gegeben. Aufgrund des fehlenden Vermeidungsverhaltens liegt - aus Sicht des Bundesverwaltungsgerichts - eine Agoraphobie folgerichtig nicht mehr vor. Im Rahmen der früheren Begutachtung war das Vermeidungsverhalten noch erheblich, wodurch der Alltag der Beschwerdeführerin nicht unerhebliche Einschränkungen erfahren hat. In Übereinstimmung mit den Gutachtern der Klinik B. _____ und dem RAD-Arzt Dr. med. F. _____ kann daher festgehalten werden, dass die Angststörung der Beschwerdeführerin qualitativ relevant besser geworden ist. Im Gutachten des Spitals A. _____ vom 10. September 2007 wurden bei der Beschwerdeführerin des Weiteren Zwangsgedanken und -handlungen gemischt diagnostiziert. Damals berichtete sie von ausgeprägten Zwangshandlungen, insbesondere Kontrollzwängen, und auch Zwangsgedanken, beispielsweise, dass sie ihren Kindern etwas antun möchte. Die Beschwerdeführerin führte damals aus, dass sie zur Abwendung des drohenden Unheils allabendlich vor dem Schlafengehen eine Art Gebet aufsagen müsse, welches nicht unterbrochen werden dürfe. Auch würde sie sich regelmässig an den Vorderarmen kratzen. So würden die Gedanken sie für eine Weile in Ruhe lassen. In der aktuellen Untersuchung berichtete die Beschwerdeführerin erst auf Nachfrage des Gutachters lediglich noch von Zwangshandlungen in Form von Kontrollzwängen. Zum Beispiel müsse sie abends mehrfach kontrollieren, ob die Türe abgeschlossen sei. Sie würde dies als unsinnig erleben und fühle sich von diesem Kontrollzwang im Alltagsleben nicht beeinträchtigt. In Übereinstimmung mit den Gutachtern Klinik B. _____ und dem RAD-Arzt Dr. med. F. _____ kann dementsprechend festgehalten werden, dass die Kontrollzwänge im Alltag der Beschwerdeführerin wesentlich schwächer geworden sind und die Beschwerdeführerin an der Krankheitseinsicht deutlich gewonnen hat, da sie die Kontrollzwänge selbst als unsinnig betrachtet. Zudem wurde der Beschwerdeführerin im Rahmen der früheren Begutachtung die Diagnose Spezifische Phobien von situativem Typ (ICD-10 F40.2) gestellt. So äusserte die Beschwerdeführerin, dass sie aus Angst vor einer allergischen Reaktion auf ein Nahrungsmittel nicht auswärts essen gehe. Sie nehme nur zu den Zeiten, an denen ein Arzt telefonisch erreichbar sei, Nahrung zu sich. So esse sie über Mittag prinzipiell nicht. Auch schilderte die Beschwerdeführerin die Angst krank zu sein oder zu werden. Anlässlich der aktuellen Untersuchung sorgt sich die Beschwerdeführerin

zwar immer noch ständig um ihre Gesundheit, doch ist sie nicht mehr anhaltend davon überzeugt, an einer schwerwiegenden Erkrankung zu leiden. Der Gutachter der Klinik B._____ subsumierte die hypochondrischen Befürchtungen der Beschwerdeführerin nachvollziehbar unter einer Dysthymia. Die Diagnose der Dysthymia wird gemäss ICD-10-Code F34.1 als eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung definiert, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33) zu erfüllen. Die seit zwei Jahren anhaltende depressive Stimmungslage, die Neigung zum Weinen und der verminderte Antrieb der Beschwerdeführerin würden gemäss den Gutachtern ebenfalls unter diese Diagnose fallen. Eine depressive Episode sei bei der Beschwerdeführerin zur Zeit nicht erfüllt und anamnestisch bestehe auch kein Hinweis für eine manische Episode in der Vorgeschichte. Der RAD-Arzt Dr. med. F._____ erachtete die Stimmungsstabilität der Beschwerdeführerin inzwischen auch als relevant fester und ausgeglichener. Eine depressive Episode kann daher bei der Beschwerdeführerin nicht objektiviert werden, weshalb ihre Stimmungslage in Übereinstimmung mit den Gutachtern der Klinik B._____ und dem RAD-Arzt Dr. med. F._____ zu Recht unter eine Dysthymia subsumiert wurde. Zudem sprechen auch die erhobenen Testresultate (Montgomery-Asperg Depression Rating Scale und Beck-Depressionsinventar) im Vergleich zu den Ergebnissen im Jahr 2007 für eine Verbesserung des psychischen Zustands. Die Ess-Störung der Beschwerdeführerin hat sich inzwischen ebenfalls nachvollziehbar gebessert. Im Jahr 2007 wurde noch eine Bulimia nervosa diagnostiziert. Die Gutachter der Klinik B._____ sind der Auffassung, dass sich diese zu einer atypischen Bulimia nervosa, welche keine ausgeprägte Beeinträchtigung im Alltag der Versicherten hat, gewandelt hat. Sie begründeten dies damit, dass die Beschwerdeführerin aktuell nur einmal am Tag, meistens nachmittags Heisshunger auf Süssigkeiten habe und anschliessend bewusst erbreche. Das Essverhalten im weiteren Verlauf des Tages sei normal, so dass sich die Beschwerdeführerin nicht andauernd mit dem Essen beschäftige. Auch die Menge der Nahrung, welche die Beschwerdeführerin verzehre, sei nicht mehr so immens gross wie früher. Wie der RAD-Arzt Dr. med. F._____ korrekt ausführte, hat sich die Art der psychischen Störungen der Beschwerdeführerin nicht wesentlich verändert, jedoch deren Stärke. Alle drei psychischen Störungen (Panikstörung, Zwangssymptome und Ess-Störungen) seien inzwischen wesentlich milder geworden.

E. 6.2

Die Beschwerdeführerin kritisiert, dass die vom behandelnden Psychiater Dr. med. G._____ diagnostizierte Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht berücksichtigt worden sei. Hierzu kann festgehalten werden, dass bereits im Jahr 2007 anlässlich der Vorbegutachtung im Spital A._____ die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht gestellt werden konnte. Damals wurde ausgeführt, dass der Zustand der Beschwerdeführerin nicht den Kriterien einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ nach ICD-10 entspreche und sich die Symptomatik der Beschwerdeführerin durch die komorbide Angst- und Zwangsstörung hinreichend gut erklären lasse. Auch anlässlich der aktuellen Begutachtung lasse sich gemäss den Gutachtern der Klinik B._____ eine solche Diagnose nicht rechtfertigen, da sich während der Exploration keine Hinweise für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung gezeigt hätten. Sie führten zudem aus, dass nicht ausgeschlossen sei, dass bei längeren und intensiveren Kontakten eine Symptomatik zutage trete, die die Vergabe dieser Diagnose

rechtfertigen würde. Jedoch auch der RAD-Arzt Dr. med. F. _____ empfahl keine weiteren Abklärungen zu einer allfälligen Borderline-Persönlichkeitsstörung, da die Gutachter alle Defizite und Ressourcenverminderungen der Beschwerdeführerin bereits berücksichtigt hätten. Aus dem zuvor Dargelegten geht hervor, dass sich der allgemeine psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nachweislich verbessert hat. Bereits unter diesem Blickwinkel ist daher nicht nachvollziehbar, weshalb bei der Beschwerdeführerin nun eine Borderline-Persönlichkeitsstörung vorliegen sollte. Zudem stellt der Umstand, dass lediglich eine einmalige Exploration durch den begutachtenden Psychiater stattgefunden hat, die Zuverlässigkeit seiner Einschätzung nicht in Frage. In den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 (Kapitel V [F]) wird zu den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69) denn auch ausdrücklich festgehalten, nicht in allen Fällen seien mehrere Interviews notwendig (Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 8. Aufl. 2011, S. 275). Es ist allein Aufgabe des Gutachters zu entscheiden, ob eine einmalige Exploration eine zuverlässige Beurteilung zulässt, oder ob ergänzende Untersuchungen erforderlich sind (Urteil BGer I 718/04 vom 27. März 2006 E. 4.1).

E. 6.3

Die Beschwerdeführerin rügt weiter, dass die Gutachter kein rheumatologisches Untergutachten eingeholt und die rheumatologischen Leiden der Beschwerdeführerin abgeklärt hätten. Obwohl die Beschwerdeführerin in ihrer IV-Anmeldung vom 24. November 2003 angegeben hat, an Fibromyalgie zu leiden, geht aus den Akten hervor, dass seit Jahren keine Behandlung eines solchen Leidens stattfindet. Es fällt zudem auch auf, dass anlässlich der aktuellen Begutachtung die Schmerzsymptomatik erst auf gezieltes Nachfragen geäußert wurde. Die Gutachter führten aus, es entstehe nicht der Eindruck, dass die Schmerzsymptomatik für die Beschwerdeführerin im Vordergrund stehe und es zu einer ständigen Beeinträchtigung komme. Der RAD-Arzt Dr. med. E. _____ hat in der Stellungnahme vom 17. Juli 2012 ausgeführt, dass Angaben von Schmerzen nicht immer ein rheumatologisches Leiden bedeuten würden, vor allem dann nicht, wenn nie ein solches diagnostiziert und therapiert worden sei. Sie könnten auch Ausdruck eines psychischen Leidens sein. In Anbetracht dessen, dass sich die Beschwerdeführerin wegen rheumatologischer Beschwerden seit Jahren nicht in ärztlicher Behandlung befunden hat, kann der Entscheid, vorliegend kein rheumatologisches Gutachten eingeholt zu haben, gestützt werden.

E. 7.1

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin von den Gutachter Klinik B. _____ eingehend in psychiatrischer Hinsicht abgeklärt worden ist. Sie berücksichtigten die geklagten Beschwerden und setzten sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin detailliert auseinander. Ihnen waren die Vorakten bekannt und sie setzten sich mit ihnen nachweislich auseinander, auch in Bezug auf die Diagnosestellung. Gemäss ihrem Gutachten ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letzten Begutachtung verbessert hat, indem ihre psychischen Störungen wesentlich milder geworden sind. In Bezug auf die Beurteilung der Entwicklung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin kann daher auf das Gutachten der Klinik B. _____ vom 27. Januar 2011 vollumfänglich abgestellt

werden.

E. 7.2

Doch erscheint im Gutachten der Klinik B. _____ vom 27. Januar 2011 die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowie deren Verwertbarkeit nicht nachvollziehbar und schlüssig. So haben die Gutachter die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Informatikerin zu 70 % arbeitsfähig erachtet. Im vorliegenden Gutachten mangelt es jedoch an der Erhebung der beruflichen Anamnese mitsamt den konkreten Arbeitsanforderungen in der von der Beschwerdeführerin zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Informatikerin. Die Gutachter haben weder ein Belastungs- bzw. Zumutbarkeitsprofil erstellt noch haben sie ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit näher begründet. Aus einem bei den Akten liegenden Schreiben der ehemaligen Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin vom 21. Juli 2005 geht hervor, dass das ursprünglich erlernte Wissen der Beschwerdeführerin in der Informatik nicht mehr reiche. In einem weiteren Schreiben vom 15. August 2006 führte die ehemalige Arbeitgeberin aus, dass sie von der Beschwerdeführerin seit 2001 keine Leistung mehr bekommen habe, verglichen mit ihrem Potential als Systemanalytikerin. Die nach Eintritt des Gesundheitsschadens durchgeführten Arbeitsversuche seien allesamt gescheitert, obwohl die Beschwerdeführerin lediglich für Hilfsarbeiten in der kaufmännischen Administration und nicht als Informatikerin eingesetzt worden sei. Aus dem Dargelegten ist aus Sicht des Bundesverwaltungsgerichts nicht nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin in ihrer anspruchsvollen letzten Tätigkeit 70 % arbeitsfähig sein soll. Das Gutachten der Klinik B. _____ lässt zudem auch keine eindeutigen Rückschlüsse zu, welche Verweisungstätigkeiten in welchem Pensum der Beschwerdeführerin zumutbar sein sollen. Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit kann daher auf das Gutachten der Klinik B. _____ vom 27. Januar 2011 nicht vollumfänglich abgestellt werden.

E. 7.3

Anzufügen ist, dass die Vorinstanz - obwohl sie sich auf das Gutachten der Klinik B. _____ vom 27. Januar 2011 stützte - im Rahmen der Invaliditätsgradbemessung bei der Ermittlung des Invalideneinkommens nicht auf die letzte Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Informatikerin abgestellt hat, sondern das hypothetische Invalideneinkommen nach den Tabellenlöhnen der Lohnstrukturerhebung (LSE) aus dem Jahr 2008 berechnet hat.

E. 7.4

Da die Akten keine weiteren verwertbaren Hinweise zur Klärung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit enthalten, ist es dem Bundesverwaltungsgericht nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob und in welchem Ausmass sich die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit dem Referenzzeitpunkt (28. Februar 2008) rentenrelevant verändert hat. Damit eine zuverlässige Beurteilung des Invaliditätsgrades möglich ist, sind weitere beruflich-erwerbliche Abklärungen angezeigt.

E. 8

In den genannten Umständen liegt eine unvollständige Sachverhaltsabklärung vor (Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) und eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung (Art. 43 Abs. 1 ATSG, vgl. auch BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 und Urteil BGer 9C_646/2010 vom 23. Februar 2011 E. 4) ist angebracht. Die Beschwerde vom 5. September 2012 ist daher insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 3.

August 2012 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese sich mit der Auswirkung des Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit dem 28. Februar 2008 auseinandersetzt. Sie hat nachvollziehbar darzulegen, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin sowohl in ihrer angestammten Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit arbeiten könnte. Aufgrund der erlangten Erkenntnisse zu den Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit hat die Vorinstanz über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu zu befinden.

E. 9.1

Die Verfahrenskosten werden in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Der unterliegenden Vorinstanz sind allerdings keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 64 Abs. 2 VwVG). Die im vorliegenden Verfahren entschiedene Rückweisung der Angelegenheit an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung gilt praxisgemäss als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (BGE 137 V 210 E. 7.1 und 132 V 215 E. 6). Indessen wurde der in der Beschwerdeschrift ebenfalls gestellte Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung bereits mit Zwischenverfügung vom 22. Oktober 2012 abgewiesen. Die Kosten für dieses Verfahren betreffend das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung sind ermessensweise auf Fr. 150.- festzusetzen. Diese Kosten sind der Beschwerdeführerin aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.- zu entnehmen. Der Restbetrag ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils auf ein von ihr bekannt zu gebendes Konto zurückzuerstatten.

E. 9.2

Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die Parteientschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere notwendige Auslagen der Partei (Art. 8 VGKE). Die Beschwerdeführerin ist im vorliegenden Verfahren durch Rechtsanwältin lic. iur. Sandra Waldhauser vertreten. Ihr ist daher zu Lasten der Vorinstanz eine angemessene Parteientschädigung für die ihr entstandenen notwendigen Kosten zuzusprechen. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Parteientschädigung aufgrund der Akten auf Fr. 2'400.- festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 VGKE).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.