

# **BVGer C-1750/2016 vom 18. August 2017**

Bundesverwaltungsgericht, 2017-08-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-1750\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1750_2016)

FR: TAF C-1750/2016 du 18 août 2017

IT: TAF C-1750/2016 del 18 agosto 2017

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

### **E. 2**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 1. März 2016, mit welcher das Rentengesuch der Beschwerdeführerin abgewiesen wurde. Nachdem die Vorinstanz mit Verfügung vom 12. Oktober 2011 die der Beschwerdeführerin ab 1. September 2009 ausgerichtete Dreiviertelsrente per Ende November 2011 aufgehoben hatte, ist vorliegend der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Neuanmeldung Prozessthema.

### **E. 3.1**

Die Beschwerdeführerin ist Schweizerin und wohnt in Österreich, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004 sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, zu beachten sind. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit - wie vorliegend - weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich

die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4). Demnach bestimmen sich die Ausgestaltung des Verfahrens und der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

### **E. 3.2**

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 1. März 2016) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

### **E. 3.3**

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 1. März 2016 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

### **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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 4.2**

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b), und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

### **E. 4.3**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG 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. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem

Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, 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 Staatsangehörige 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).

#### **E. 4.4**

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. 2 und 3 IVV [SR 831.201]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 E. 2).

#### **E. 4.5**

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung 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 (SVR 2011 IV Nr. 2 E. 3.2). 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; SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1).

#### **E. 4.6**

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren - analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG - durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3; 130 V 71 E. 3.2.3).

#### **E. 5.1**

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 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

#### **E. 5.2**

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen 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 137 V 210 E. 6.2.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

### **E. 5.3**

Der Beweiswert einer spezialärztlichen Expertise hängt auch davon ab, ob die begutachtende Person über die entsprechende Fachausbildung verfügt. Ihre fachliche Qualifikation spielt für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse der Expertin oder des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung einer Ärztin oder eines Arztes als Gutachtensperson in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender spezialärztlicher Titel der berichtenden oder zumindest der den Bericht visierenden Arztperson vorausgesetzt (Urteil des BGer 9C\_547/2010 vom 26. Januar 2011 E. 2.2). Die Ausbildung kann auch im Ausland absolviert worden sein (Urteil des BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

### **E. 5.4**

Soll über einen Rentenanspruch ohne Einholung eines externen Gutachtens, sondern gestützt auf im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich vom Versicherungsträger intern eingeholte medizinische Unterlagen entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des BGer 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.2).

### **E. 5.5**

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). 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. 6**

Die Vorinstanz ist auf die Neuanmeldung vom 7. September 2015 eingetreten und hat den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin nach einer materiellen Prüfung mit der angefochtenen Verfügung vom 1. März 2016 abgelehnt. Die Eintretensfrage ist damit vom Bundesverwaltungsgericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b). Das Eintreten besagt für sich allein jedoch nicht bereits, dass tatsächlich ein Neuanmelde- bzw. Revisionsgrund vorliegt. Ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der leistungsaufhebenden Verfügung vom 12. Oktober 2011 und der angefochtenen Verfügung vom 1. März 2016 eine anspruchrelevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, und falls ja, welche Auswirkungen eine solche Veränderung zeitigt, ist im Folgenden zu prüfen.

## **E. 7**

Die Verfügung vom 12. Oktober 2011, mit welcher die ab 1. September 2009 ausgerichtete Dreiviertelsrente per Ende November 2011 wieder aufgehoben wurde, stützte sich auf folgende ärztliche Einschätzungen:

### **E. 7.1**

Im ärztlichen Gesamtgutachten des österreichischen Versicherungsträgers vom 19. Juli 2010 diagnostizierte Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, einen Zustand nach Brustkrebsoperation rechts (07/2008) mit lokaler Lymphknotenentfernung aus der Achselhöhle rechts mit Chemo- und Strahlentherapie, mit derzeit leichten Schmerzen im Bereich der rechten Schulter und bei unauffälligen Nachsorgeuntersuchungen (ICD-10: C50.9), einen reaktiven Verstimmungszustand mit Wechselbeschwerden in Therapie mit mässigem Krankheitswert sowie einen grenzwertigen Bluthochdruck ohne Therapie bei ausgeglichenem Herz-Kreislauf-System. Als weitere Leiden zählte er beginnende Abnützungserscheinungen der gesamten Wirbelsäule ohne wesentliche Funktionseinschränkung, eine kombinierte Blutfetterhöhung, einen chronischen Nikotinkonsum ohne Atembeschwerden bei normaler Lungenfunktion sowie einen Zustand nach Gebärmutter- und Eierstockentfernung links (2005) auf. Der Gutachter kam zum Schluss, dass im Vergleich zum Mai 2009 eine Befundverbesserung objektiviert werden könne und der Beschwerdeführerin auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt leichte und fallweise mittelschwere Erwerbsarbeiten mit umseitigen Einschränkungen wieder zumutbar seien. In ihrem erlernten und überwiegend ausgeübten Beruf als Kassiererin sei sie wiederum voll arbeitsfähig (act. 69).

### **E. 7.2**

Der RAD-Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 26. Mai 2011 als Diagnosen ein Mammakarzinom rechts (ED 2/2009; C50.9), ein klimakterisches Syndrom unter Femara (N95.3), eine Hypertonie (I10.0) sowie einen Nikotinabusus (F17.1) fest. Er führte aus, dass keine funktionellen Einschränkungen mehr bestünden und die Beschwerdeführerin ab 15. Juli 2010 in der bisherigen Tätigkeit, im Haushalt und in einer angepassten Tätigkeit in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht mehr eingeschränkt sei (act. 76).

## **E. 8**

Für den Zeitraum zwischen Erlass der Verfügung vom 12. Oktober 2011 und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 1. März 2016 liegen im Wesentlichen die folgenden ärztlichen Einschätzungen des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in den Akten:

### **E. 8.1**

Im radiologischen Befund des Landeskrankenhauses D.\_\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2014 (act. 99) wird festgehalten, dass sich im Thoraxröntgen im Wesentlichen keine signifikante Befundänderung im Vergleich zu einer Voruntersuchung vom 22. Mai 2013 zeige und die Lungenbefunde unauffällig seien. Das Röntgen der HWS zeige, dass der Dens zentriert stehe und eine Streckfehlhaltung der HWS bestehe. C7 sei bei Schulterhochstand überlagert. Es bestehe eine inzipiente Atlantodentalgelenksarthrose und eine normale Höhe der Wirbelkörper und Zwischenwirbelräume. Das dorsale Alignment sei intakt (act. 99).

### **E. 8.2**

Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom Universitätsklinikum Graz berichtete am 18. Juni 2015, dass aufgrund einer neu aufgetretenen Sekretion aus der linken Mamille eine Zytologie durchgeführt worden sei. Dabei habe sich kein Hinweis auf maligne Tumorzellen gezeigt. Die Beschwerdeführerin habe über nach wie vor bestehende Beschwerden im Bereich des rechten Oberarms geklagt. Aufgrund unklarer Beschwerden im Bereich des rechten Unterarms sei bereits ein Termin bei einem Facharzt für Neurologie vereinbart (act. 92).

### **E. 8.3**

Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, berichtete am 24. Juni 2015 über die Ergebnisse einer neurologischen und neurophysiologischen Untersuchung. Er hielt fest, dass ein klinisches Anzeichen eines Kompressionssyndroms des Nervus medianus im Karpaltunnel bei derzeit unauffälligem elektroneurographischem Befund bestehe (act. 101).

### **E. 8.4**

Im Bericht vom 24. Juni 2015 nannte Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, als Diagnosen einen Verdacht auf Brustkrebs links, eine arterielle Hypertonie, eine diastolische Relaxation, eine Osteopenie sowie einen Zustand nach Brustkrebsoperation rechts mit Chemo- und Strahlentherapie (act. 97).

### **E. 8.5**

Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom Landeskrankenhaus D. \_\_\_\_\_ führte in ihrem Bericht vom 27. August 2015 aus, dass im Rahmen der jährlichen Nachsorgekontrolle keine auffälligen Brustbefunde erhoben worden seien (act. 93).

### **E. 8.6**

Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Ärztin für Allgemeinmedizin, hielt im ärztlichen Gesamtgutachten des österreichischen Versicherungsträgers vom 11. November 2015 als Diagnose (Hauptursache der Minderung der Erwerbsunfähigkeit) eine Depression mit Krankheitswert (ICD-10: F32.1) fest. Als weitere Leiden nannte sie Brustkrebs rechts (ICD-10: C50.9), ein mässiggradiges Armlymphödem rechts (ICD-10: I89.0), einen Zustand nach Stanzbiopsie einer suspekten Läsion im Bereich der linken Brust 06/2014, keine Malignität (ICD-10: D24), einen medikamentös therapierten arteriellen Bluthochdruck, eine Steatosis hepatitis, ein Carpal-tunnelsyndrom rechts, das mittels Unterarmschiene versorgt sei, sowie ein Wirbelsäulenschmerzsyndrom mit mässig bis mittelgradigen Funktionseinschränkungen. Die Gutachterin kam zum Schluss, dass im Vergleich zum Gutachten vom Juli 2010 eine Befundverschlechterung objektiviert werden könne. Der Beschwerdeführerin seien auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unbefristet keine Erwerbsarbeiten mehr zumutbar (act. 90). Im Nebengutachten vom 10. November 2011 diagnostizierte Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Ärztin für Allgemeinmedizin und Fachärztin für Neurologie, eine Depression mit Krankheitswert (ICD-10: F32.1). Sie hielt fest, dass aus nervenärztlicher Sicht das Leistungskalkül nicht mehr ausreichend für eine geregelte Erwerbstätigkeit sei (act. 100).

### **E. 8.7**

Im Schlussbericht des RAD vom 12. Januar 2016 führte Dr. med. C. \_\_\_\_\_ folgende Hauptdiagnosen auf: - Mammakarzinom rechts mit mässigem Armödem (C50.9) - Klimakterisches Syndrom unter Femara (N95.3) - Status nach Mamma-Biopsie links ohne Malignität (D24) Als Nebendiagnosen nannte der RAD-Arzt: - Depression (F32.9) - Degenerative Beschwerden in HWS und LWS (M54.9) - Klinische Kompression des Nervus medianus im Karpaltunnel rechts - Hypertonie (I10.0) - Nikotinabusus (F17.1) -

Hyperlipidämie (E78.0) - Hauttestung auf Kontrastmittel negativ Der RAD-Arzt attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % in der bisherigen Tätigkeit ab anfangs Februar 2008 und von 0 % ab 15. Juli 2010. Für Tätigkeiten im Haushalt bestehe eine Einschränkung von 29 % ab 29. November 2009, von 0 % ab 15. Juli 2010 und von 8 % ab 9. November 2015. In einer angepassten Tätigkeit attestierte der RAD-Arzt eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % ab 15. Juli 2010 (act. 105).

## **E. 9**

Zu prüfen ist, ob die Vorinstanz gestützt auf die Einschätzung des RAD zu Recht davon ausgeht, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kassiererin und in vergleichbaren Tätigkeiten weiterhin nicht eingeschränkt ist beziehungsweise ob sich der medizinische Sachverhalt in dieser Hinsicht als genügend abgeklärt erweist.

### **E. 9.1**

Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2bis IVG). Interne Berichte des RAD haben eine andere Funktion als medizinische Gutachten (Art. 44 ATSG) oder Untersuchungsberichte des RAD im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV. Sie erheben nicht selber medizinische Befunde, sondern setzen sich mit den vorhandenen Befunden auseinander. Ihre Funktion besteht darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Hierfür müssen die Akten für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen enthalten. Ist das nicht der Fall, kann die RAD-Stellungnahme in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteile des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3 und 9C\_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3).

### **E. 9.2**

Die Stellungnahmen des RAD müssen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen. Erfolgt wie hier keine eigene Untersuchung durch den RAD können ihre Stellungnahmen - wie Aktengutachten - beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 2.2 und 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2).

### **E. 9.3**

Wie sich aus den Akten ergibt, sind im vorliegenden Fall der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit strittig und zentral für die Beurteilung des Rentenanspruchs. Hinsichtlich der im Rahmen der Neuanschuldung zu prüfenden Frage, ob seit der leistungsaufhebenden

Verfügung vom 12. Oktober 2011 eine wesentliche Veränderung eingetreten ist, wird diesbezüglich im Gutachten des österreichischen Versicherungsträgers vom 11. November 2015 neu eine Depression mit Krankheitswert und erheblichem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Damit haben die österreichischen Gutachterinnen eine anspruchserhebliche Verschlechterung des psychischen Zustandes festgestellt. Der RAD geht in Abweichung dieser gutachterlichen Einschätzung jedoch davon aus, dass keine Depression mit Krankheitswert, sondern eine depressive Verstimmung ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt.

#### **E. 9.4**

Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (vgl. Urteil des BGer 8C\_989/2010 vom 16. Februar 2010 E. 4.4.2 mit Hinweisen). Für die Beurteilung des psychischen Zustandes der Beschwerdeführerin stand dem RAD ausschliesslich das ärztliche Gesamtgutachten des österreichischen Versicherungsträgers inklusive dem Nebengutachten zur Verfügung, an dem jedoch keine Fachärztin bzw. kein Facharzt für Psychiatrie mitgewirkt hat. In Bezug auf die fachärztliche Qualifikation von Dr. med. J.\_\_\_\_\_, welche die psychiatrische Diagnose gestellt hat, wird auf dem Nebengutachten vom 10. November 2015 «Ärztin für Allgemeinmedizin und Fachärztin für Neurologie» angegeben. Bei der Hauptgutachterin handelt sich ebenfalls um keine Fachärztin für Psychiatrie, sondern um eine Ärztin für Allgemeinmedizin. Das Gutachten des österreichischen Versicherungsträgers beruht damit nicht auf spezialärztlichen Feststellungen, weshalb es für die strittigen Fragen nach dem psychischen Gesundheitsschaden und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht beweistauglich ist. Weiter unterscheiden die österreichischen Gutachterinnen im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht zwischen dem psychischen Leiden und den ebenfalls festgestellten, nicht invalidisierenden psychosozialen Belastungsfaktoren, weshalb auf die von ihnen vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auch aus diesem Grund nicht abgestellt werden kann (vgl. Urteil des BGer 8C\_753/2013 vom 13. Dezember 2013 E. 5.2.3). Weiter lag dem RAD ein Bericht des Psychiaters (und Neurologen) Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 24. Juni 2015 vor (act. 101), der jedoch nicht auf einer psychiatrischen, sondern auf einer neurologischen Untersuchung basiert. Der Bericht enthält dementsprechend weder eine psychiatrische Befunderhebung noch eine entsprechende Diagnosestellung, sondern nur eine ärztliche Einschätzung aus neurologischer Sicht (act. 101). In den vorinstanzlichen Akten befindet sich damit kein fachärztlich erhobener psychiatrischer Befund sowie keine überzeugende fachärztliche Diagnosestellung mit einer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht, auf den sich der RAD hätte abstützen können.

#### **E. 9.5**

Angesichts der fehlenden fachärztlichen psychiatrischen Untersuchung sowie des Umstandes, dass der RAD-Arzt hinsichtlich der psychiatrischen Diagnose und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vom Gutachten des österreichischen Versicherungsträgers diametral abgewichen ist, kann hier nicht von einem feststehenden medizinischen Sachverhalt ausgegangen werden, der eine blosser Aktenbeurteilung als genügend erscheinen lässt (vgl. Urteil des BGer 9C\_25/2015 vom 1. Mai 2015 E. 4.2). Im Lichte der erwähnten Grundsätze zum Beweiswert von Aktenbeurteilungen versicherungsinterner Ärzte kann demzufolge nicht auf die Einschätzung des RAD-Arztes

Dr. med. C. \_\_\_\_\_ abgestellt werden. Das gilt hier umso mehr, als es sich beim RAD-Arzt ebenfalls nicht um einen Facharzt für Psychiatrie handelt und eine psychiatrische Beurteilung nur ausnahmsweise in Form eines reinen Aktengutachtens erfolgen soll (vgl. Urteil des BGer 9C\_164/2013 vom 4. September 2013 E. 3.2.3).

#### **E. 9.6**

Weiter kann auch der im Beschwerdeverfahren eingereichte, rund drei Monate nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstellte Bericht vom 6. Juni 2016 von Dr. phil. K. \_\_\_\_\_, Psychotherapeut, wonach bei der Beschwerdeführerin aufgrund einer schweren Episode einer rezidivierenden Depression - ohne psychotische Symptome - (ICD-10: F33.2) derzeit keine Arbeitsfähigkeit gegeben sei (BVGer-act. 9), nicht als Entscheidungsgrundlage herangezogen werden, insbesondere weil dem Berichtenden die fachärztliche Qualifikation fehlt und der Bericht weder eine Befunderhebung noch eine nachvollziehbare Begründung der attestierten Arbeitsunfähigkeit enthält.

#### **E. 9.7**

Aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten lässt sich der Invaliditätsgrad damit nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beurteilen. Die Vorinstanz hätte unter diesen Umständen nicht davon ausgehen dürfen, der festgestellte Gesundheitsschaden sei invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant, sondern hätte mit Blick auf die unklare Aktenlage weitere Abklärungen tätigen müssen.

#### **E. 9.8**

Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass zwischen der Rentenaufhebung per 30. November 2011 und der Neuanschuldung im September 2015 mehr als 3 Jahre vergangen sind und im Rahmen der Neuanschuldung neue (psychische) Beschwerden geltend gemacht wurden, weshalb früher zurückgelegte Zeiten bei der Berechnung der Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG nicht anzurechnen sind (vgl. Art. 29bis IVV; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 28, Rz. 35). Zur Begründung eines neuen Rentenanspruchs ist damit die einjährige Wartezeit erneut zu erfüllen. Gemäss ärztlichem Gesamtgutachten des österreichischen Versicherungsträgers vom 19. Juli 2010 sowie der Stellungnahme des RAD vom 26. Mai 2011 erlangte die Beschwerdeführerin ab 15. Juli 2010 wieder eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit, im Haushalt und in einer angepassten Tätigkeit. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde der Beschwerdeführerin in der Folge erst im ärztlichen Gesamtgutachten des österreichischen Versicherungsträgers vom 11. November 2015, basierend auf einer Untersuchung vom 9. November 2015 wieder attestiert. Im Bericht des behandelnden Psychotherapeuten Dr. K. \_\_\_\_\_ vom 6. Juni 2016 wird eine schwere Episode einer rezidivierenden Depression (ICD-10: F33.2) seit Anfang Oktober 2015 erwähnt. Die weiteren aktenkundigen Arztberichte enthalten keine Hinweise auf eine früher eingetretene Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich. Die für einen Rentenanspruch erforderliche, durchschnittlich mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch war daher im vorliegend massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 1. März 2016 (noch) nicht erfüllt. Da hier die angefochtene Verfügung jedoch auf einem mangelhaft abgeklärten medizinischen Sachverhalt beruht, ist eine Bestätigung der Leistungsverweigerung mit der (substituierten) Begründung des Nichterfüllens der Wartezeit nicht sachgerecht (vgl. Urteil des BVGer C-1388/2012 vom 8. August 2012 E.

6.7).

### **E. 10.1**

Im vorinstanzlichen Verfahren sind infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben. Da bisher noch keine fachärztliche Abklärung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorgenommen wurde, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweismassnahmen ist daher abzusehen. Die Beschwerde ist folglich insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

### **E. 10.2**

Die Vorinstanz ist anzuweisen, unter Berücksichtigung sämtlicher aktenkundiger Arztberichte sowie Beizug weiterer verfügbarer medizinischer Unterlagen eine fachärztliche Begutachtung des Gesundheitsschadens der Beschwerdeführerin sowie von dessen Auswirkungen auf ihre Arbeitsfähigkeit vorzunehmen, das sich auch zur Frage äussert, ob seit der Verfügung vom 12. Oktober 2011 eine wesentliche Veränderung eingetreten ist. Da die begutachtende Ärztin aus Österreich neben weiteren somatische Leiden auch ein Wirbelsäulenschmerzsyndrom mit mässigen bis mittelgradigen Funktionseinschränkungen diagnostiziert hat, ist im Rahmen der anzuordnenden Begutachtung neben einer psychiatrischen Untersuchung auch eine aktuelle Beurteilung der somatischen Gesundheitssituation vorzunehmen. Zu beachten ist dabei, dass beim Zusammenwirken von physischen und psychischen Beeinträchtigungen eine isolierte Abklärung der somatischen und psychischen Befunde nicht gerechtfertigt, sondern eine interdisziplinäre Untersuchung durchzuführen ist (Urteil des BGer 8C\_168/2008 vom 11. August 2008 E. 6.2.2).

### **E. 10.3**

Je nach Diagnosestellung wird allenfalls die Rechtsprechung zu beachten sein, wonach leichte bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur praxisgemäss einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3). Nur in dieser - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (vgl. dazu auch BGE 141 V 281 E. 3.7.1). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Zudem muss die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein, als die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden sind (BGE 140 V 193 E. 3.3, 137 V 64 E. 5.2; Urteil des BGer 8C\_5/2017 vom 11. April 2017 E. 4.2). In Bezug auf die Frage, welche Therapie indiziert und zumutbar ist, ist eine fachärztliche Stellungnahme einzuholen. Was die von der Beschwerdeführerin bisher durchgeführte Therapie anbelangt, liegen sich widersprechende Angaben vor; nachdem sie im Rahmen des Vorbescheidverfahrens auf entsprechende Anfrage am 24. Februar 2016

(act. 108) noch mitgeteilt hatte, bisher keine psychiatrische/psychologische Behandlung beansprucht zu haben und auch keine diesbezüglichen Medikamente einzunehmen (act. 109), steht sie laut dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht vom 6. Juni 2016 von Dr. phil. K. \_\_\_\_\_ seit anfangs Oktober 2015 wegen einer schweren Episode einer rezidivierenden Depression laufend in psychotherapeutischer Behandlung und nehme auch regelmässig Antidepressiva ein (BVGer-act. 9). Angesichts dieser Widersprüche wird die Vorinstanz diesbezüglich gegebenenfalls weitere Abklärungen tätigen müssen.

#### **E. 10.4**

Nach Durchführung der erforderlichen Abklärungen hat die Vorinstanz neu zu verfügen (vgl. Art. 61 Abs. 1 VwVG).

#### **E. 11.1**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. 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 geleistete Kostenvorschuss von Fr. 867.36 ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Da der Vorinstanz gestützt auf Art. 63 Abs. 2 VwVG ebenfalls keine Kosten aufzuerlegen sind, werden keine Verfahrenskosten erhoben.

#### **E. 11.2**

Der nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden, weshalb ihr keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2)).

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