

# **BVGer C-2235/2009 vom 14. März 2011**

Bundesverwaltungsgericht, 2011-03-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-2235\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2235_2009)

FR: TAF C-2235/2009 du 14 mars 2011

IT: TAF C-2235/2009 del 14 marzo 2011

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **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). 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).

### **E. 1.2**

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressatin der angefochtenen Verfügung vom 26. Februar 2009 ist die Beschwerdeführerin berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist deshalb einzutreten.

### **E. 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. dbis 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).

### **E. 1.4**

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 26. Februar 2009 (act. 54), mit welcher das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente abgewiesen

wurde. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt worden ist.

### **E. 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).

### **E. 2**

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

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdeführerin 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).

#### **E. 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 - vorbehaltlich 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 substantiellen 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 26. Februar 2009 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind (das IVG ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IV-Revision] und ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; die IVV in den entsprechenden Fassungen der 4. und 5. IV-Revision [AS 2003 3859 und 2007 5155]).

### **E. 2.3**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Invalidität ist somit der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt resp. der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält damit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

### **E. 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 For-derbaren 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).

### **E. 2.5**

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Hieran hat die 5. IV-Revision nichts geändert (Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 2008 geltenden Fassung). Laut Art. 28 Abs. 1ter 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).

### **E. 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).

### **E. 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). 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 (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren - analog zur Rentenrevision nach aArt. 41 IVG (heute: Art. 17 Abs. 1 ATSG; BGE 105 V 29) - durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b). Dies gilt jedoch nur in Fällen wie dem vorliegendem, in dem seit der ersten Verfügung vom 1. Mai 1997 keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mehr stattgefunden hat (für andere Fälle vgl. BGE 130 V 71 E. 3.2.3).

## **E. 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 Sachverhaltes 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).

### **E. 3**

Wie bereits dargelegt (vgl. E. 2.7. hiervor), beurteilt sich die Frage, ob bei der Beschwerdeführerin 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 unangefochtenen in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 1. Mai 1997 (act. 15; vgl. auch Bst. B. hiervor) bestanden hatte, mit demjenigen, wie er im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 26. Februar 2009 (act. 54) eingetreten war.

#### **E. 3.1**

Im Rahmen der Verfügung vom 1. Mai 1997, mit welcher der Rentenanspruch der Versicherten rechtskräftig verneint worden war, stützte sich die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht insbesondere auf die Gutachten der Dres. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, und H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, vom 2. Juli und 2. August 1996 (act. 4 und 5). Dr. med. G.\_\_\_\_\_ führte aus, infolge einer länger dauernden beruflichen Überlastung und schwerer familiärer Verluste habe bei der Versicherten ein psychovegetatives Erschöpfungssyndrom vorgelegen. In der Zwischenzeit habe sich dieses durch die Psychotherapie erheblich gebessert. Mit einer weiteren Erholung könne gerechnet werden. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ attestierte der Versicherten eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ verwies im Rahmen der Diagnosestellung auf das neurologische Gutachten und erwähnte weiter, die interne

Untersuchung habe einen altersentsprechend normalen Befund ergeben und die Herzkreislaufverhältnisse seien ausgeglichen. Die Versicherte befinde sich in einem guten Allgemein- und Ernährungszustand und von interner Seite könne sie leichte und mittelschwere Tätigkeiten vollschichtig ausüben.

### **E. 3.2**

Im Zusammenhang mit der erneuten Anmeldung vom 6. Mai 2008 (vgl. Bst. C. hiervor) sind die - bis zum massgeblichen Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung (26. Februar 2009) vorliegenden - medizinischen Gutachten und Berichte zusammengefasst wiederzugeben und einer Würdigung zu unterziehen.

#### **E. 3.2.1**

Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, erwähnte in ihrem Gutachten vom 22. Juni 2008 als gesundheitliche Beeinträchtigungen eine ängstlich agitierte Depression mit Somatisierungstendenz (ICD-10: F32.1) bei chronischer Überlastungsreaktion seit Jahren sowie einen Zustand nach Alkoholabusus (ICD-10: F10.8). Weiter führte sie aus, die Ausdauer und die Belastbarkeit seien etwas reduziert. Geregelte Tätigkeiten seien der Versicherten gemäss Leistungskalkül zumutbar (act. 38).

Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom medizinischen Dienst der Vorinstanz hielt in seiner Stellungnahme vom 9. November 2008 dafür, dass im Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ trotz der chronischen depressiven Symptomatik eine volle Arbeitsfähigkeit als zumutbar erachtet werde. Die Versicherte bringe die Depression mit der subjektiven Überlastung am Arbeitsplatz in Zusammenhang. Diese reaktive psychische Problematik sei durch Anpassungen am Arbeitsplatz besserungsfähig; somit bestehe kein invalidisierendes Leiden (act. 47). Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie und Ärztin für Psychotherapeutische Medizin, erwähnte in ihrem Gutachten vom 16. Dezember 2008 als psychiatrische Diagnose eine Erschöpfungsdepression (ICD-10: F32.9) und führte im Zusammenhang mit dem von ihr erstellten Leistungskalkül aus, zumutbar seien leichte körperliche Arbeiten ganztägig, mittelschwere halbezeitig, mit einem der bisherigen Berufslaufbahn der Versicherten entsprechenden geistigen Anforderungsprofil, zu den üblichen Arbeitszeiten, ohne zusätzliche Pausen.

Ausgeschlossen seien Arbeiten unter dauernd besonderem Zeitdruck sowie Nacht- und Schichtarbeit (Beilage 1 zu B-act. 1). Dr. med. E. \_\_\_\_\_, behandelnde Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 15. Januar 2009 eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2), eine Gastritis (ICD-10: K29.7), eine Panikstörung (ICD-10: F41.0) sowie eine Hypotonie (ICD-10: I95.-) und führte weiter aus, die Belastbarkeit der Versicherten sei nach wie vor deutlich reduziert (emotionale Instabilität, reduzierte bis fehlende Anpassungsfähigkeit an institutionelle oder kollegiale Erfordernisse). Es liege keine Arbeitsfähigkeit vor; eine solche in einem dem alten Berufsfeld entsprechenden Beruf sei zukünftig ausschliessbar (act. 50). In Würdigung des Berichts von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 15. Januar 2009 führte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ am 21. Februar 2009 aus, letztere mache keine weiteren genauen Angaben über die Symptomatik und Schwere der diagnostizierten psychotischen Symptome und der Panikstörung. Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei das unabhängige Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ weiterhin massgebend (act. 53).

#### **E. 3.2.2**

Die Gutachten der Dres. med. C. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_ erfüllen die an den vollen Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens gestellten Kriterien. Insbesondere sind sie für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis der wichtigsten Vorakten (Anamnese) abgegeben. Sie sind zudem in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und in den Schlussfolgerungen begründet, so dass darauf abgestellt werden kann. Demnach lässt sich der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit im massgeblichen Verfügungszeitpunkt vom 26. Februar 2009 schlüssig und zuverlässig beurteilen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb; vgl. zum Ganzen auch E. 2.9 hiervor). Das Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ wurde auch von Dr. med. D. \_\_\_\_\_, welcher die medizinischen Befunde nicht selber erhob, sondern diese in Form einer Hilfestellung für medizinische Laien aus medizinischer Sicht würdigte (vgl. hierzu Urteil des BGer 8C\_756/2008 vom 4. Juni 2009 mit Hinweis auf Urteil des BGer I 143/07 vom 14. September 2007, E. 3.3), insbesondere in dessen Stellungnahme vom 9. November 2008 nicht beanstandet. Da in erster Linie die Expertisen der Dres. med. C. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_ die voll beweiskräftigen Entscheidungsgrundlagen bilden, fällt der Umstand, dass der Allgemeinmediziner Dr. med. D. \_\_\_\_\_ nicht über eine fachliche Qualifikation im Bereich der Neurologie und/oder Psychiatrie/Psychotherapie verfügt, nicht weiter ins Gewicht. Das Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ steht in Übereinstimmung mit der Beurteilung der Dres. med. C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_. Zwar bezeichnete Dr. med. F. \_\_\_\_\_ im Rahmen der verwendeten Klassifikation ICD-10 die depressive Episode nicht näher (ICD-10: F32.9). Dies ist jedoch angesichts des Umstands, dass eine psychiatrische 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), nicht weiter von Relevanz. Dass der Beschwerdeführerin von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ in der angestammten Tätigkeit als Fachlehrkraft und - damit einhergehend - in einer anderen, ähnliche intellektuelle Anforderungen stellende resp. beinhaltende Tätigkeit eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit ohne nennenswerte leidensbedingte Einschränkungen attestierte, steht schliesslich auch nicht im Widerspruch zu dem von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ abgegebenen Leistungskalkül, unter welches ohne Weiteres auch die bisher von der Beschwerdeführerin ausgeübte Tätigkeit zu subsumieren ist.

### **E. 3.2.3**

An diesem Ergebnis vermögen auch die weiteren aktenkundigen Berichte nichts zu ändern. Auf den Bericht von Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, vom 11. Januar 2007 kann nicht abgestellt werden. Zwar äusserte sich diese Fachärztin hauptsächlich zur Arbeitssituation und empfahl einen neuerlichen Krankenstand. Sie machte jedoch keine rechtsgenügenden Angaben zur Arbeitsfähigkeit in Prozenten im angestammten Beruf und hinsichtlich einer leidensadaptierten Verweisungstätigkeit (act. 33). Beim Bericht von Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, vom 28. Mai 2008 handelt es sich bloss um eine Behandlungsbestätigung; Angaben zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit im angestammten Beruf und in einer den Leiden angepassten Tätigkeit fehlen vollends (act. 36). Dasselbe gilt auch für den Bericht der K. \_\_\_\_\_, Augenabteilung, vom 22. August 2008 (act. 40). Weiter kann dem Bericht der Neurologin und Psychiaterin Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 8. September 2008 keine Beweiskraft zukommen. Einerseits wurde die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit teilweise mit den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin begründet. Andererseits

lieferte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ keine rechtsgenügende Begründung für die vom schlüssigen Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ abweichende Beurteilung. Schliesslich äusserte sich Dr. med. E. \_\_\_\_\_ auch nicht zur Leistungsfähigkeit in einer den Leiden bestmöglich angepassten Verweisungstätigkeit (act. 42). Das gleiche gilt auch für ihren Bericht vom 15. Januar 2009, in welchem sie explizit erwähnte, dass in einem dem alten Berufsfeld entsprechenden Beruf zukünftig keine Arbeitsfähigkeit gegeben sei; erneut finden sich keine Angaben zu einem Leistungskalkül, das auch andere Arbeiten als die angestammte Tätigkeit umfasst. Schliesslich kommt hinzu, dass - entsprechend den überzeugenden Ausführungen von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ - Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hinsichtlich der diagnostizierten schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome sowie der Panikstörung keine weiteren genauen Angaben hinsichtlich Symptomatik und Schweregrad machte (act. 53).

### **E. 3.3**

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Vergleich zum Zeitpunkt des Erlasses der ersten rentenabweisenden Verfügung vom 1. Mai 1997 nicht in rentenrelevanter Weise verschlechtert hatte (vgl. E. 3. und 3.1. hiervor) und die Versicherte im Verfügungszeitpunkt (26. Februar 2009) gemäss den fachärztlich formulierten, in Übereinstimmung stehenden Zumutbarkeitsprofilen sowohl in der angestammten als auch in einer anderen (Verweisungs-)Tätigkeit noch eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit aufgewiesen hatte. Da die Beschwerdeführerin im Falle der Verwertung der ihr zumutbaren Restarbeitsfähigkeit in ihrer angestammten Tätigkeit als Fachlehrerin ein rentenausschliessendes Invalideneinkommen von mehr als 60 % des massgebenden Valideneinkommens erzielen könnte und bereits dieser Prozentvergleich zweifelsfrei ergibt, dass ihr kein Invalidenrentenanspruch zusteht, erübrigt sich die Durchführung eines bezifferten Einkommensvergleiches (BGE 114 V 313 E. 3a mit Hinweisen; vgl. hierzu auch Urteil I 816/05 des EVG vom 7. Juni 2006, E. 4.3).

### **E. 4.1**

Betreffend die nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 26. Februar 2009 im Rahmen des hängigen resp. zwischenzeitlich sistieren Beschwerdeverfahrens eingegangenen ärztlichen Berichte und Gutachten ist festzustellen, dass das Bundesverwaltungsgericht die Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung in der Regel nach dem Sachverhalt beurteilt, der zur Zeit ihres Erlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 138 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b mit Hinweis).

### **E. 4.2**

Die vom 13. Mai 2009 bis 29. September 2010, und somit nach Verfügungserlass, erstellten ärztlichen Dokumente (vgl. B-act. 6 [Beilage 12], 14 [Beilagen 1 bis 3], 17 [Beilagen 4 und 5], 19 [Beilagen 2, 5 bis 7, 10], 26, 28 [Beilage 2], 34 [Beilage 2] und 36/1; act. 56) erlauben keine Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens am 26. Februar 2009 bestehende Situation. Mit anderen Worten sind diese Dokumente also nicht geeignet, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses entscheidend zu beeinflussen (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b in fine und BGE 116 V 80 E. 6b). Diese sind aber an die Vorinstanz zu überweisen, damit sie den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin nach dem Zeitpunkt der vorliegend

angefochtenen Verfügung vom 26. Februar 2009 beurteilt. Dass die Prüfung der weiteren (gesundheitlichen) Entwicklung ab diesem Datum im Rahmen eines weiteren Verwaltungsverfahrens zu prüfen ist, stellte auch die Vorinstanz in ihrer Duplik vom 18. Oktober 2010 (B-act. 38) nicht in Abrede.

#### **E. 5**

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzustellen, dass sich die angefochtene Verfügung vom 26. Februar 2009 als korrekt erweist, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde vom 20. März 2009 abzuweisen ist. Die Akten sind an die Vorinstanz zur Prüfung des Leistungsanspruchs nach dem Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 26. Februar 2009 zu überweisen.

#### **E. 6**

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

##### **E. 6.1**

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese werden auf Fr. 400.- festgesetzt und sind mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen.

##### **E. 6.2**

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der unterliegenden Beschwerdeführerin ist entsprechend dem Verfahrensausgang keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). (Dispositiv auf der nächsten Seite)

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