

BVGer C-3287/2007 vom 19. Oktober 2009

Bundesverwaltungsgericht, 2009-10-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3287_2007

FR: TAF C-3287/2007 du 19 octobre 2009

IT: TAF C-3287/2007 del 19 ottobre 2009

Regeste

Invaliditätsbemessung

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der Vorinstanz. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist. Nach Art. 2 des ATSG sind die Bestimmungen des ATSG anwendbar, soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze des Bundes dies vorsehen. 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. 1.2

Die Beschwerdeführerin ist im Sinne von Art. 59 ATSG und Art. 48 Abs. 1 VwVG beschwerdelegitimiert, da sie als Adressatin des angefochtenen Entscheids besonders berührt ist und an dessen Aufhebung bzw. Änderung ein schutzwürdiges Interesse hat.

E. 1.3

Weil die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG und Art. 52 VwVG) eingereicht wurde, ist darauf einzutreten

E. 1.4

Gemäss Art. 19 Abs. 3 VGG sind die Richter und Richterinnen des Bundesverwaltungsgerichts zur Aushilfe in anderen Abteilungen verpflichtet. Vorliegend ist der Vorsitz im Beschwerdeverfahren Mitte März 2009 auf die Abteilung II übergegangen. Der Spruchkörper setzt sich neu zusammen aus Richter Frank Seethaler und Richter Hans Urech der Abteilung II sowie Richter Beat Weber der Abteilung III.

E. 2

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 verfügt hat (Art. 49 VwVG).

E. 2.1

In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 130 V 329). 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 Vorschriften Anwendung, die bei Erlass des Einspracheentscheids vom 8. März 2007 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 (für das IVG: ab dem 1. Januar 2003 in der Fassung vom 6. Oktober 2000 [AS 2002 3371 und 3453] und ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [AS 2003 3837; 4. IVG-Revision]). Für die Prüfung des Rentenanspruchs ab 2003 ist sodann das am 1. Januar 2003 in Kraft getretene Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts anwendbar. Da die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit, der Erwerbsunfähigkeit, der Invalidität und der Einkommensvergleichsmethode den bisherigen von der Rechtsprechung dazu entwickelten Begriffen in der Invalidenversicherung entsprechen und die von der Rechtsprechung dazu herausgebildeten Grundsätze unter der Herrschaft des ATSG weiterhin Geltung haben (BGE 130 V 343), wird im Folgenden auf die Begriffsbestimmungen des ATSG verwiesen.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige mit Wohnsitz in Deutschland, 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). Nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831.109.268.1) zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, haben die in den persönlichen Anwendungsbereich der Verordnung fallenden, in einem Mitgliedstaat wohnenden Personen aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats grundsätzlich die gleichen Rechte und Pflichten wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Soweit das FZA bzw. 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 grundsätzlich nach der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 253 E. 2.4). Demnach bestimmt sich vorliegend der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung ausschliesslich nach dem innerstaatlichen schweizerischen Recht, insbesondere nach dem IVG sowie der IVV.

E. 3.1

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, in der bis Ende 2007 gültigen Fassung). 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. 3.2

Anspruch auf eine ganze Invalidenrente besteht gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2004 geltenden Fassung) bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente bei einem solchen von mindestens 60%, derjenige auf eine halbe Rente ab einem Grad der Invalidität von 50% und derjenige auf eine Viertelsrente ab einem solchen von 40%. Laut Abs. 1ter dieser Norm 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 Europäischen Gemeinschaft und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft Wohnsitz haben (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

E. 3.3

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig geworden ist (Bst. a) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig gewesen war (Bst. b).

E. 3.4

Anspruch auf eine ordentliche Rente haben Versicherte, die im Sinne des Gesetzes invalid sind und bei Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet haben (Art. 36 Abs. 1 IVG). Meldet sich ein Versicherter mehr als zwölf Monate nach Entstehen des Anspruchs an, so werden die Leistungen in Abweichung von Art. 24 Abs. 1 ATSG lediglich für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate ausgerichtet (Art. 48 Abs. 2 IVG). Die Beschwerdeführerin leistete 1966 und von 1970-1971 Beiträge an die schweizerische AHV/IV und erfüllt damit die Voraussetzungen der minimalen Beitragsdauer. Es bleibt zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin invalid im Sinne des IVG ist.

E. 3.5

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Der Einkommensvergleich hat in

der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (BGE 128 V 29 E. 1, 104 V 135 E. 2a und b; Zeitschrift für Ausgleichskassen [ZAK] 1990 S. 518 E. 2).

E. 3.6

Der Begriff der Invalidität ist demnach nicht nach dem Ausmass der gesundheitlichen Beeinträchtigung definiert, sondern nach der daraus folgenden Unfähigkeit, Erwerbseinkommen zu erzielen (BGE 110 V 273 E. 4a, BGE 102 V 165) oder sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Dabei sind die Erwerbs- bzw. Arbeitsmöglichkeiten nicht nur im angestammten Beruf bzw. der bisherigen Tätigkeit, sondern - wenn erforderlich - auch in zumutbaren anderen beruflichen Tätigkeiten (Verweisungstätigkeiten) zu prüfen. Der Invaliditätsgrad ist also grundsätzlich nach wirtschaftlichen und nicht nach medizinischen Grundsätzen zu ermitteln. Das heisst, dass es bei der Bemessung der Invalidität einzig und allein auf die objektiven wirtschaftlichen Folgen der funktionellen Behinderung ankommt, welche nicht unbedingt mit dem vom Arzt festgelegten Grad der funktionellen Einschränkung übereinstimmen müssen (BGE 110 V 273; ZAK 1985 S. 459).

E. 3.7

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; Rechtsprechung und Verwaltungspraxis in den Bereichen AHV, IV etc. [AHI]-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc). Aufgabe des medizinischen Dienstes ist es, zu Handen der Verwaltung den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen. Dazu gehört auch, bei sich widersprechenden medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Diesen Berichten kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidrelevante Aktenstücke (Urteile des Bundesgerichts 9C.341/2007 vom 16. November 2007 E. 4.1 mit Hinweisen und I 143/07 vom 14. September 2007 E. 3.3). Für das vorliegende Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen sind. Danach ist zu prüfen, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten, und, wenn dies der Fall ist, aufgrund des als massgeblich befundenen Ergebnisses zu entscheiden. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist ausschlaggebend, 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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind

(BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; AHI 2001 S. 112 f.). Wird im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich gestützt auf vom Versicherungsträger intern eingeholte medizinische Unterlagen entschieden, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 122 V 157 E. 1d; Urteil des Bundesgerichts U 365/06 vom 26. Januar 2007 E. 4.1, mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. In Bezug auf die Würdigung von Berichten von Hausärzten und Hausärztinnen darf und soll der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten und Patientinnen aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 4

Im vorliegenden Verfahren ist streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen, ob die Vorinstanz das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin vom 22. November 2003 zu Recht abgewiesen und einen Anspruch auf eine Invalidenrente verneint hat.

E. 4.1

Für die Würdigung sind namentlich folgende Arztberichte ausschlaggebend: Im Befundbericht zum Rehabilitationsantrag vom 16. Januar 2003 zuhanden der BfA hielt der damalige Hausarzt, Dr. med. A. _____, folgende Diagnosen fest: Psychosomatische Erkrankung (chronisch progredient), psychisches Belastungssyndrom (chronisch progredient) und rezidivierende Gelenksbeschwerden (z.Z. erscheinungsfrei). Die Beschwerdeführerin leide an einer psychovegetativen Erschöpfung sowie an multiplen psychosomatischen Beschwerden mit rezidivierenden Infekten, Schwächezuständen, Gelenkschmerzen beider Hände und Fusschmerzen, Zuckungen im Gesicht, Zähneknirschen, Schlafstörungen und Rückenschmerzen. In den letzten 6 bis 8 Monaten habe sich der Erschöpfungszustand bei beruflicher Überlastung verstärkt. Auch nach Reduktion der beruflichen Belastung (eine Arbeitsstelle sei aufgegeben worden) seien die Beschwerden gleich geblieben. Die Beschwerdeführerin sei beruflich belastet durch sehr anstrengende, psychisch belastende Arbeit mit Kindern an verschiedenen Arbeitsstellen in Österreich und der Schweiz (IV-Akt. 27); Vom 8. Juli bis 5. August 2003 weilte die Beschwerdeführerin zur stationären Rehabilitation in der Rehabilitationsklinik Z. _____. Im Entlassungsbericht vom 5. August 2003 figurierten folgende Diagnosen: Psychovegetatives Erschöpfungssyndrom, Glaukom, Arthralgien an Händen und Füßen, Zervikobrachialsyndrom und Prellung am 3. Finger rechts. Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin mit einer Lehrerstelle von 20 bis 22 Stunden pro Woche beschäftigt gewesen sei, was einem Vollpensum entsprochen habe. Dieser Zeitumfang sei der Beschwerdeführerin aufgrund der nervlichen/psychischen Überbelastung derzeit nicht zumutbar. Sie könne maximal 3 Stunden pro Tag als

Eurhythmielehrerin in der Schule arbeiten (IV-Akt. 30); Dem Befundbericht zum Rentenanspruch von Dr. med. A. _____ vom 18. November 2004 zufolge wurden bei der Beschwerdeführerin ein psychovegetatives Erschöpfungssyndrom, nervöse Ticks, Arthralgien an Händen und Füßen und ein Zervikobrachialsyndrom diagnostiziert. Als Beschwerden wurden ein chronischer Erschöpfungszustand mit psychovegetativen Symptomen, Herzbeschwerden, Zuckungen im Gesicht, Kopfwackeln, ein allgemeiner Schwächezustand, Gelenkschmerzen beider Hände und Füße, Zähneknirschen, Rückenschmerzen im HWS-Bereich und Kopfschmerzen aufgeführt. Die Patientin sei chronisch überlastet/ überfordert und könne durch die obgenannten Beschwerden ihren Beruf nicht mehr ausüben, der in einer psychisch sehr anstrengenden Arbeit mit Kindern bestehe. Zur Anamnese führte Dr. med. A. _____ aus, die Patientin sei seit Mai 2002 in seiner Behandlung; seither habe sie ständige Probleme an ihren Arbeitsstellen mit verschiedenen Arbeitsorten in Österreich, in der Schweiz und in Deutschland. Ein Kuraufenthalt im August 2003 habe keinen dauerhaften Erfolg gebracht. Arbeitsunfähigkeit bestehe nicht; im Juni 2003 habe sich der Zustand verschlechtert (IV-Akt. 17); Mit Schreiben vom 10. Januar 2005 gelangte Dr. med. K. _____ an die BfA. Er führte aus, die Beschwerdeführerin nach ihrem Aufenthalt im Sommer 2003 in der Reha-Klinik Z. _____ nachbetreut zu haben. Entgegen seiner Empfehlung habe die Beschwerdeführerin ihr Pensum als Schul- und Heileurhythmistin nach und nach wieder aufgegriffen, so dass es zu einer Verschlechterung gekommen sei. Er diagnostizierte Polyarthrosen an Händen und Füßen, ein Zervikobrachialsyndrom, ein Glaukom, einen Morbus Raynaud, eine Pityriasis Rosea Gibert am Rücken, Spannungskopfschmerzen, eine Dyspepsie, eine vegetative Dystonie/Erschöpfung, einen Verdacht auf Burnout-Syndrom und anamnestisch eine TBC mit 21 Jahren. Trotz einer laufenden antirheumatischen und gastrointestinalen Therapie bei guter Compliance habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wieder eindeutig verschlechtert. Diese Verschlechterung habe auch durch die kürzlich verschriebene Physiotherapie und durch die laufende Psychotherapie nicht aufgehalten werden können. Beruflich sei die Patientin überfordert, aus welchem Grund sie um Entlastung nachgesucht habe und sich eine drastische Reduktion ihres Arbeitspensums mit den Kindern ab Sommer 2005 überlege. Die Gesamtsituation erscheine diagnostisch als Burnout-Syndrom. Er habe der Beschwerdeführerin dringend zu einer Pensumreduktion geraten; sie sei nicht voll, sondern höchstens 50-60% arbeitsfähig. Mit einem reduzierten Pensum könnte die Arbeit, unter Beibehalten der Therapien, höchstwahrscheinlich nach einer Rehabilitationszeit wieder aufgenommen werden (IV-Akt. 33); Im Februar 2005 wurde die Beschwerdeführerin von Dr. med. B. _____ im Auftrag der BfA begutachtet. Die Beschwerdeführerin klagte über Bewegungsschmerzen im gesamten Achsen-skelett, insbesondere im Bereich der HWS und LWS, aber auch in den Fingergelenken, Schultergelenken und in beiden Füßen. Die cursorische neurologische Untersuchung ergab keine Hinweise für eine zervikale oder lumbale Nervenwurzelkompression; die Arm- und Beinreflexe waren seitengleich, sensible Störungen oder Paresen konnten nicht ausgemacht werden. Aufgrund einer ergänzenden, radiologischen/sonographischen Untersuchung gelangte Dr. med. B. _____ zu folgenden Diagnosen: Somatisierung psycho-vegetativer Dysfunktion ICD-10: F45.9, Zervikozephalgie und -brachialgie bei HWS-Fehlhaltung ICD-10: M53 1, rezidivierendes lumbales Facettensyndrom bei lumbaler Fehlhaltung und Osteochondrose L4/L5/S1 ICD-10: M47.2, Chondropathia patellae ICD-10: M22.4, muskuläre Dysfunktion, initiale Genua vara bds. ICD-10: M21.1B. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei aufgrund der orthopädischen Befunde weiterhin zumutbar. Die wesentlichen

Einschränkungen ergäben sich aus der Stress bedingten psychischen Dekompensation, welche im Rahmen eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens weiter abgeklärt werden sollte (IV-Akt. 39); Im Februar 2005 wurde die Beschwerdeführerin gleichfalls im Rahmen des Widerspruchsverfahrens auftrags der BfA durch Dr. med. C. _____ begutachtet, welcher ein neurotisches Erschöpfungssyndrom (ICD-10: F48.0), derzeit am ehesten psychogene, choreo-atheoid anmutende dystone Bewegungsstörungen (ICD-10: G25.9) und ein somatoformes Syndrom (ICD-10: F45.9) diagnostizierte. Zur Begründung führte er aus, die Beschwerdeführerin habe durch psychische Traumatisierung in der Kindheit infolge andauernder Erkrankung wie auch Medikamentenabhängigkeit der Mutter frühzeitig psychosomatische, kinderneurotische Symptome in Form von Nägelkauen und eines Raynaud-Syndroms entwickelt. In ihrer Persönlichkeit habe sie sich wenig belastbar und selbstunsicher gefunden. Sie habe sich wiederholt anthroposophischen Reha-Massnahmen 1979, 1982 und 1987 unterzogen. Trotz persönlicher Identifizierung mit ihrer Tätigkeit als Eurhythmistin finde sich die Beschwerdeführerin seit der Übernahme einer Schul-Eurhythmistintätigkeit 1995 progredient infolge unzureichender Abgrenzungs- und Durchsetzungsfähigkeit gegenüber den Kindern überfordert, erschöpft, leide unter zunehmenden, unwillkürlichen Bewegungsstörungen, die wiederum das Auftreten vor der Klasse beeinträchtigten, Schlafstörungen, nächtlichen Tachykardieattacken, nächtlichen Parästhesien der Finger, Spannungskopfschmerzen, Schwindel, Erwartungsangst sowie Zervikal- und Lumbalsyndrom. Trotz der langdauernden weitgefächerten Beschwerden, die bereits im Bericht der Reha-Klinik Z. _____ erwähnt würden, habe die Beschwerdeführerin - wohl aus weltanschaulichen Gründen - in den letzten Jahren keine nervenärztlich-psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen. Die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten seien nicht ansatzweise ausgeschöpft. Die berufliche Belastbarkeit der Beschwerdeführerin sei hochgefährdet. Von der Persönlichkeitsstruktur her identifiziere sie sich mit ihrer Berufstätigkeit als Eurhythmistin. Sie könne diese Tätigkeit auch gut in Kureinrichtungen, Kindergärten etc. durchführen. Als Lehrerin erscheine sie jedoch wenig geeignet. Aktuell bestehe jedoch für das Berufsbild der Eurhythmistin vollschichtige Belastbarkeit. Im Hinblick auf das positive und negative Leistungsbild könnten leichte Tätigkeiten ohne besondere Ansprüche an die manuellen Fertigkeiten bei Beugefehlstellung des linken Daumens, ohne langdauernde Zwangshaltung, ohne besondere Ansprüche an die geistig-psychische Belastbarkeit, im Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen in temperierten Räumen in Tagesschicht, Früh-/Spätschicht vollschichtig wahrgenommen werden. Sowohl die letzte berufliche Tätigkeit als auch eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsbild sei der Beschwerdeführerin vollschichtig zumutbar (IV-Akt. 37); Der IV-Stellenarzt Dr. med. D. _____ hielt in seiner Beurteilung vom 11. November 2005 fest, dass die vom Orthopäden und Psychiater/Neurologen eingehend untersuchte Beschwerdeführerin derzeit nicht für arbeitsunfähig gehalten werde und ihr Rentenantrag in Deutschland abgewiesen worden sei; die aktualisierten Unterlagen ermöglichten jetzt keine andere Beurteilung (IV-Akt. 31, 32); Am 24. Februar 2006 erstattete Dr. med. F. _____ auftrags des Sozialgerichts Augsburg ein psychiatrisches Gutachten. Aufgrund einer ambulanten Untersuchung und der Vorakten erachtete Dr. med. F. _____ den psychopathologischen Befund nicht als grob auffällig. Insbesondere fanden sich keine Hinweise für eine ausgeprägte depressive Symptomatik oder dementielle Entwicklung. Als im Vordergrund stehend erachtete er die von der Probandin mitgeteilten multiplen somatischen Befindlichkeitsstörungen und die mit wenig Nachdruck beklagte nachlassende

psychophysische Belastbarkeit. Die Beschwerden hätten einen habituellen Charakter und bestünden offenbar seit Kindertagen. Neben ihrer habituell reduzierten psychophysischen Belastbarkeit beklagte die Probandin aktuell eine gesteigerte Lärmempfindlichkeit und Kraftlosigkeit sowie ohne grossen Nachdruck, übertriebene Klagsamkeit oder Aggravationstendenzen verschiedene Befindlichkeitsstörungen wie Kopfschmerzen, Herzklopfen beim Erwachen, akrale Durchblutungsstörungen an Händen und Füssen sowie eine in den letzten Jahren geringer gewordene berufliche Stresstoleranz und Kompensationsfähigkeit. Ein solches Krankheitsbild werde auch nach zeitgenössischen psychiatrischen diagnostischen Gepflogenheiten dann dem Oberbegriff Neurasthenie subsumiert, wenn keine Anhaltspunkte dafür vorlägen, dass die gesteigerte chronische Erschöpfbarkeit zusammen mit den körperlichen Befindlichkeitsstörungen im Rahmen eines andern, besser definierten psychiatrischen Störungsbildes aufträten. Für die Annahme einer psychiatrischen Komorbidität ergäben sich bei der Probandin keine Anhaltspunkte: Eine Persönlichkeitsstörung könne deshalb nicht diagnostiziert werden, weil die schizoiden Persönlichkeitszüge einen Teil der Identität der Probandin ausmachten und weder mit einem erkennbaren subjektiven Leidensdruck noch mit einer Beeinträchtigung ihres psychosozialen Funktionsniveaus verbunden seien. Die Annahme einer sogenannten somatoformen Störung sei nach gutachterlicher Auffassung trotz des grossen Überschneidungsbereichs dieser Diagnose mit dem vorliegenden Krankheitsbild deshalb nicht gut begründbar, weil bei der Probandin das hierfür typische Insistieren auf dem somatischen Charakter der Störung fehle und weil andererseits durchaus ein Psychogeneseverständnis vorliege und keinerlei Neigung zu extrem häufiger Beanspruchung medizinischer Untersuchungen und Therapien ("doctor-Shopping") festzustellen sei. Hinweise auf eine hirnorganische Verursachung des Beschwerdebildes ergäben sich nicht. Die Probandin habe im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung keine Beeinträchtigung ihrer kognitiven Funktionen gezeigt, wie sie in einem solchen Fall zu erwarten wären. Zudem spreche der habituelle Charakter des klinischen Bildes und der bisherige Verlauf gegen eine solche Annahme. Auch der von der Probandin vorgelegte MRI-Befund könne nicht als pathogenetisch bedeutsam für das vorliegende Krankheitsbild angesehen werden. Zusammenfassend seien bei der Probandin die diagnostischen Kriterien für die Diagnose einer Neurasthenie gemäss ICD-10: F48.0 erfüllt. Der Begriff des Erschöpfungssyndroms wie er vom Vorgutachter, Dr. med. C. _____, verwendet worden sei, sei praktisch ein Synonym des Begriffs Neurasthenie. Das Krankheitsbild sei nur leicht ausgeprägt. Bezüglich einer hieraus resultierenden etwaigen Funktionsbeeinträchtigung sei festzustellen, dass sich weder aus den Angaben der Probandin zur Zwischenanamnese noch aus ihrer Beschreibung des aktuellen Tagesablaufes Hinweise auf eine gravierende krankheitsbedingt qualitative Funktionsbeeinträchtigung ergebe. Wenn auch in einem eingeschränkten zeitlichen Umfang gehe die Probandin ihrer erlernten Berufstätigkeit als Eurhythmielehrerin mit Interesse und Engagement nach. Aktuell sei weder von ärztlicher Seite eine Arbeitsunfähigkeit festgestellt worden noch fühle sich die Probandin subjektiv im engeren Sinn krank. Die Probandin sei bereits durch Eigeninitiative im Stande gewesen, ihre seelische Störung zu überwinden. Die im Rentenverfahren (Dr. med. C. _____) gestellte psychiatrische Diagnose sei zutreffend gewesen. Für die zuvor gestellte Diagnose eines somatoformen Syndroms (ICD-10: F45.9) habe sich bei der Untersuchung kein Anhalt gefunden; ebenso wenig hätten choreo-atheoid anmutende dystone Bewegungsstörungen beobachtet werden können. Gegenüber dem gutachtlich am 23. Februar 2005 erhobenen nervenärztlichen Befund habe sich der Gesundheitszustand der

Probandin gebessert. Insbesondere seien die vorbeschriebenen Bewegungsstörungen nicht mehr feststellbar gewesen und die Merkmale einer somatoformen Störung lägen nicht vor. Das diagnostizierte psychische Krankheitsbild sei nur leicht ausgeprägt. Psychische Beeinträchtigungen ergäben sich in den Bereichen Stresstoleranz und emotionale sowie kognitive Flexibilität krankheitsbedingt nur dort, wo berufliche Anforderungen im Hinblick auf Eigenverantwortlichkeit und/oder hohen zwischenmenschlichen Kontakt vorlägen. Unter solchen Bedingungen müsse bei der Probandin eine Beeinträchtigung ihrer "nervlichen Belastbarkeit sowie ihres Umstellungs- und Anpassungsvermögens" angenommen werden. Die Probandin könne auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 6 und mehr Stunden täglich erwerbstätig sein. Eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit der Probandin in ihrem Beruf als Eurhythmistin/Heileurhythmistin auf weniger als 6 Stunden täglich sei nicht nachweisbar. Einschränkungen ergäben sich jedoch im Hinblick auf Arbeitsbereiche, in denen eine stabile Stresstoleranz und gelassene Flexibilität erforderlich seien, d.h. insbesondere im schulischen Bereich. Unter strukturierten Rahmenbedingungen, d.h. vorzugsweise im Bereich der Erwachsenenbildung, sei die Probandin trotz ihrer krankheitsbedingten Beeinträchtigungen weiterhin in der Lage, ihrer Berufstätigkeit als Eurhythmistin nachzugehen, mit der sie sich weiterhin hochgradig positiv identifiziere. Weitere berufliche Untersuchungen zur Abklärung des beruflichen Leistungsvermögens der Probandin seien nicht erforderlich. Obwohl das Krankheitsbild der Probandin eine erhebliche Chronifizierung aufweise, bestehe die begründete Aussicht darauf, dass durch eine geeignete stationäre Rehabilitationsmassnahme in einer verhaltenstherapeutisch orientierten psychosomatischen Klinik zumindest eine wesentliche Verschlechterung der gefährdeten Erwerbstätigkeit abgewendet werden könne. Die Probandin habe unter Beweis gestellt, dass sie imstande sei, im Rahmen einer selbst definierten Arbeitszeitlimitierung ihre krankheitsbedingte Beeinträchtigung zu überwinden (IV-Akt. 62); Am 2. Mai 2006 erstattete Dr. univ. med. G._____ im Auftrag des Landesgerichts Innsbruck sein Gutachten. Gestützt auf eine persönliche orthopädische Untersuchung und das beigelegte Aktenmaterial gelangte Dr. univ. med. G._____ zu folgenden Diagnosen: Milde Impingementsymptomatik beider Schultern bei Tendinitis SSP, aktuell unauffällige Sonographie beidseits; Beugekontraktur im IP-Gelenk Dig. I linksseitig nach Schnittverletzung; leichtgradige degenerative Veränderungen im Bereich der LWS (Segment L4/5); leichtgradige degenerative Veränderungen im Bereich der HWS (Segment C5/6), sowie angedeutete Deckplattenimpression C7. Die Beschwerdeführerin könne leichte, mittelschwere und fallweise schwere Arbeiten verrichten. Diese könnten im Gehen, Stehen und Sitzen bzw. im Wechsel dieser Körperhaltungen verrichtet werden. Unter Beachtung obiger Einschränkungen könne sich die tägliche Arbeitszeit nach den üblichen Bedingungen eines normalen ganztägigen Arbeitsverhältnisses mit der gesetzlich vorgeschriebenen Mittagspause richten. Zu vermeiden seien Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten, Arbeiten über Kopf und feinmotorische Arbeiten. Es bestünden keine Einschränkungen hinsichtlich des Anmarschweges zur Arbeitsstätte. Aufgrund oben diagnostizierter orthopädischer Gesundheitsstörungen seien Krankenstände im Ausmass von 7 oder mehr Wochen mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht zu erwarten (IV-Akt. 62); Vom 15. November bis 13. Dezember 2006 weilte die Beschwerdeführerin erneut in der Reha-Klinik Z._____. Im Entlassungsbericht vom 21. Dezember 2006 wurden folgende Diagnosen gestellt: Psychovegetatives Erschöpfungssyndrom, HWS-/LWS-Syndrom bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, Meniskopathie linkes Knie, periarthrotisches Humero-scapularis-Syndrom. Im Hinblick auf die stark reduzierte Belastbarkeit wurde die

Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als maximal 2-3 Stunden pro Tag arbeitsfähig erachtet (IV-Akt. 51); Vom 5. April bis 18. April 2007 war die Beschwerdeführerin wegen einer Lobärpneumonie im P. _____-Krankenhaus hospitalisiert. Im Bericht vom 18. April 2007 wird erwähnt, dass initial Temperaturen über 38° C, trockener Husten sowie starke Erschöpfung und Abgeschlagenheit bestanden hätten. Eine Bronchoskopie habe auf eine floride Bronchitis hingewiesen. Die subfebrilen Temperaturen hätten nicht behoben werden können. Für eine frische Virusinfektion habe es keinen Anhalt gegeben. Mit Sicherheit liege ein schweres Erschöpfungssyndrom mit nicht unerheblichen, depressiven Komponenten vor. Die Beschwerdeführerin sei momentan nicht arbeitsfähig, es sei eine erneute Rehabilitation und die Berentung in Erwägung zu ziehen (IV-Akt. 62); Am 20. April 2007 erstattete Dr. med. H. _____ im Auftrag des Sozialgerichts Augsburg ein nervenärztlich-sozialmedizinisches Gutachten. Laut seinem Gutachten war der internistische und neurologische Befund vollständig unauffällig. Für eine organisch-psychische Störung fand sich kein Hinweis. Die psychiatrische Untersuchung ergab keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer schweren psychischen Erkrankung wie einer tiefgehenden depressiven Verstimmung oder Psychose. Zusammenfassend bestehe, so der Gutachter, bei der Explorandin primär eine Neurasthenie (IC-10: F48.0). Darunter würden subjektive Klagen über gesteigerte Ermüdbarkeit nach geistiger Anstrengung oder körperliche Schwäche nach geringsten Anstrengungen verstanden, ohne dass sich ein organisches Korrelat dafür ergebe. Die von der Explorandin geschilderten körperlichen Missempfindungen und Befindlichkeitsstörungen seien allenfalls i.S. einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (IC-10: F45.1) zu werten. Darüber hinaus bestünden keine wesentlichen objektivierbaren Krankheitserscheinungen. Die Wirbelsäule und die HWS seien völlig frei beweglich ohne jede radikuläre Symptomatik. Für die früher beschriebene Polyarthrose habe sich klinisch kein Hinweis ergeben, ebenso wenig für den Morbus Raynaud. Eine zeitliche Leistungsminderung im derzeit ausgeübten Beruf sowie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt lasse sich nicht begründen (IV-Akt. 62); Am 1. August 2007 erstattete Dr. med. I. _____ im Auftrag des Sozialversicherungsgerichts Augsburg ein Gutachten. Laut Gutachten klagte die Beschwerdeführerin über seit ca. 10-15 Jahren bestehende Schmerzen in den Fingergelenken, in den Füßen und im Bereich der ISG, eine Belastungsschwäche und Ticks. Nach eingehender allgemeiner, rheumatologischer, technischer/laborchemischer Untersuchung gelangte Dr. med. I. _____ zu folgenden Diagnosen: Primäres Raynaud-Syndrom, kein Hinweis für eine Kollagenose oder eine entzündlich rheumatische Systemerkrankung; chronisch rezidivierendes HWS- und LWS-Syndrom ohne radikuläre Symptomatik bei mässigen degenerativen Veränderungen (Röntgenbefunde vom März 2006, Dr. J. _____); Zustand nach zweimaliger Daumenoperation an der linken Hand nach Glasscherbenverletzung, Versteifung des linken Daumens in Beugestellung; Zustand nach Lobärpneumonie rechts April 2007, Zustand nach Bronchoskopie Juli 2007 wegen eines Rundherds (gutartiger Befund); kleine Hiatushernie (Fremdbefund 26.01.2006) sowie Zustand nach Polypektomie am Colon sigmoideum Februar 2007, Diagnosen: Gestieltes tubulo-villöses Adenom des Colon sigmoideum mit hochgradiger intraepithelialer Neoplasie (Dysplasie); multiple vegetative Symptome bei Neurasthenie, undifferenzierte Somatisierungsstörung. Zur Begründung wurde ausgeführt, die Explorandin leide seit ihrem 14. Lebensjahr an einem Raynaud-Syndrom. Es fänden sich keine Hautveränderungen wie bei einer Sklerodermie, und laborchemisch habe sich kein Hinweis für eine so genannte Kollagenose ergeben, so dass von einem primären Raynaud-Syndrom bzw. idiopathischem Raynaud-Syndrom auszugehen sei. Eine

symptomatische Therapie sei möglich. Die geklagten rezidivierenden Nacken- und Kopfschmerzen seien nicht progredient und träten überwiegend nach längerem Sitzen und einseitiger Körperhaltung auf. Aus den Röntgenbefunden vom März 2006 gingen nur minimale degenerative Veränderungen im Bereich der HWS und der LWS hervor. Eine radikuläre Symptomatik liege nicht vor, auch sei die Beweglichkeit der Wirbelsäule nicht wesentlich eingeschränkt. Die Beugstellung am linken Daumen nach zweimaliger Operation scheine die Beschwerdeführerin nicht allzu sehr zu stören. Die im April 2007 im P._____ -Krankenhaus behandelte Lobärpneumonie sei ausgeheilt. Der später im CT entdeckte und bronchoskopisch abgeklärte Rundherd habe sich als gutartig herausgestellt. Die jetzt durchgeführte Lungenfunktion sei normal gewesen und habe keinen Hinweis für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung ergeben. Auf gastroenterologischem Gebiet sei eine Hiatushernie festgestellt worden, allerdings ohne nennenswert geklagten Reflux. Die im Februar 2007 durchgeführte Koloskopie habe einen Polypen im Colon sigmoideum zu Tage gefördert, dessen Verlauf kontrolliert werde. Die wesentlichen Gesundheitsstörungen lägen auf psychiatrischem Gebiet. Es werde auf das Gutachten von Dr. med. H._____ vom 20. April 2004 (richtig 2007) verwiesen, mit dessen Diagnosen Übereinstimmung bestehe. Die Explorandin beklage multiple vegetative Symptome und fühle sich nicht belastbar. Die im Rentenverfahren gestellten Diagnosen seien zutreffend gewesen, allerdings könne sie dem orthopädischen Gutachten von Dr. med. B._____ vom 22. Februar 2005 nicht zustimmen. In der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung werde ein Leistungsprofil von 2 Stunden bis unter halbschichtig in dem letzten Beruf sowie eine Leistungsbeurteilung von halb- bis unter vollschichtig in einer Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsbild angegeben. In seiner Diagnose gebe er eine Somatisierung einer psychovegetativen Dysfunktion, eine Zervikobrachialgie und Zephalgie bei lumbaler Fehlhaltung und Osteochondrose L4-S1, eine Chondropathia patellae und eine muskuläre Dysfunktion an. Es bestehe ein Widerspruch zwischen den klinischen und radiologischen Befunden und der Leistungsbeurteilung. Die damals vorhandenen Impairments rechtfertigten nicht diese gravierende Beeinträchtigung des Leistungsbildes. Die Befunde hätten sich nicht geändert, eine Verschlechterung sei nicht eingetreten. Aufgrund des Lebensalters der Explorandin seien Schwerarbeit und mittelschwere Arbeiten unzumutbar, auch sollten aufgrund der Schmerzsymptomatik im Bereich der Wirbelsäule Tätigkeiten mit überwiegendem Heben und Tragen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel über 20 kg, überwiegendem Bücken sowie kyphotischer Zwangshaltung vermieden werden. Unzumutbar seien auch Tätigkeiten unter Zeitdruck wie Tätigkeiten von Einzel- und Gruppenakkord, Fliessband, sowie taktgebundene Arbeiten und Tätigkeiten mit Wechselschicht und Nachschicht. Unzumutbar seien ferner Tätigkeiten mit besonderer Anforderung an die nervliche Belastbarkeit. Die Explorandin könne auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seit der Rentenantragsstellung 6 Stunden und mehr erwerbstätig sein. Auch sei die Erwerbsfähigkeit der Explorandin als Eurhythmistin/Heileurhythmistin nicht auf weniger als 6 Stunden gesunken. Die Explorandin sei weiterhin in ihrem Beruf als Eurhythmistin tätig, wobei sie verschiedene Kindergruppen betreue und unter der Woche normalerweise nicht in Lindau wohne. Diesen Beruf könne sie auch weiterhin ohne zeitliche Einschränkung ausüben. Die Explorandin habe einen sehr inkonstanten sozialen Werdegang, indem sie an sehr vielen verschiedenen Institutionen und in verschiedenen Städten gearbeitet habe. Ursprünglich habe sie die Ausbildung zur Krankengymnastin gemacht, dann noch eine Umschulung zur Werklehrerin im Sozialbereich, so dass auch denkbar sei, dass sie diese Tätigkeiten vollschichtig ausüben könnte. Die noch zumutbaren

Arbeiten könnten unter Einhaltung der üblichen Arbeitspausen erbracht werden. Die Durchführung von stationären Heilmassnahmen sei nicht indiziert, auch könnte dadurch keine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit erzielt werden. Ambulante Massnahmen reichten völlig aus (IV-Akt. 62).

E. 4.2

Die Würdigung der verwaltungsexternen und Gerichtsgutachten ergibt, dass bei der Beschwerdeführerin ein neurotisches Erschöpfungssyndrom bzw. eine Neurasthenie vorliegt, welche keinen Einfluss auf die Arbeits-/Erwerbsfähigkeit hat (psychiatrisch-neurologische Gutachten von Dr. med. H. _____ vom 28. Februar 2005, IV-Akt. 37, von Dr. med. F. _____ vom 24. Februar 2006, IV-Akt. 62, und von Dr. med. H. _____ vom 20. April 2007, IV-Akt. 62). Einzig im orthopädischen Gutachten von Dr. med. B. _____ vom 6. März 2005 wird die Beschwerdeführerin aufgrund einer Somatisierung psychovegetativer Dysfunktion (F45.9) als nunmehr zu 3 bis 6 Stunden täglich arbeitsfähig erachtet (IV-Akt. 39). Diese Einschätzung wird aber zu Recht als fachfremd kritisiert (Gutachten von Dr. med. I. _____, IV-Akt. 62; Gutachten von Dr. med. H. _____ vom 20. April 2007, IV-Akt. 62). Aus somatischer Sicht wird die Beschwerdeführerin in den Gerichtsgutachten und externen Gutachten als voll erwerbsfähig bei nur leichtgradigen degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule und primärem Raynaud-Syndrom beurteilt (orthopädisches Gutachten vom 2. Mai 2006 von Dr. univ. med. G. _____, IV-Akt. 62; rheumatologischen Gutachten vom 1. August 2007 von Dr. med. I. _____; IV-Akt. 62; orthopädisches Gutachten vom 6. März 2005 von Dr. med. B. _____, welcher die postulierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin - wie erwähnt - auf die Stress bedingte Dekompensation zurückführt, für welche Beurteilung er als Orthopäde nicht zuständig ist, IV-Akt. 39). Zwar wird in den beiden Berichten der Reha-Klinik Z. _____ von einer maximal drei- bis vierstündigen Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin als Eurhythmistin ausgegangen (IV-Akt. 30, 51). Diese Berichte vermögen aber eine solch gravierende Leistungseinschränkung nicht ausreichend zu begründen und stehen in diametralem Gegensatz zu den Gerichts- und verwaltungsexternen Gutachten, welche schlüssig und nachvollziehbar sind und sich insbesondere mit den Vorakten auseinandersetzen. Nicht zu erschüttern vermag die Gutachten auch der Befundbericht zum Rentenantrag vom 18. November 2004 von Dr. med. A. _____, da dieser nur in sehr allgemein gehaltener Weise ausführt, dass die Beschwerdeführerin seit Mai 2002 ständige Probleme bei ihrer Arbeitsstelle habe, dennoch aber derzeit nicht arbeitsunfähig sei (IV-Akt. 17).

E. 5.1

Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin sind keine offensichtlichen Gründe ersichtlich, weshalb den zahlreichen psychiatrischen und orthopädischen/rheumatologischen Gutachten der Beweiswert abzusprechen wäre. Die Ärzte setzen sich eingehend sowohl mit den medizinischen Vorakten und der Anamnese als auch mit den Vorbringen der Beschwerdeführerin auseinander und stützen ihre nachvollziehbaren Diagnosen und Ergebnisse auf ihre Abklärungen in rheumatologischer/orthopädischer und psychiatrischer Hinsicht, welche ausführlich Niederschlag in den Gutachten gefunden haben. So liegen bei der Beschwerdeführerin weder gravierende somatische noch gravierende psychische Befunde vor, sondern im Wesentlichen eine Neurasthenie (IC-10 F48.0).

E. 5.2

Die ärztlichen Beurteilungen stimmen darin überein, dass für die gefundenen körperlichen Beschwerden - namentlich die erhebliche Erschöpfbarkeit - keine organische, strukturelle Ursache auszumachen ist. In Ermangelung einer nachvollziehbaren organischen Genese der Beschwerden wurden ein neurotisches Erschöpfungssyndrom (IC-10 F48.0), derzeit am ehesten psychogene choreo-atheoid anmutende dystone Bewegungsstörungen (IC-10 G25.9), ein somatoformes Syndrom (IC-10 F45.9) (IV-Akt. 37), eine Somatisierung psycho-vegetativer Dysfunktion (IC-10 F45.9) (IV-Akt. 39), ein psychovegetatives Erschöpfungssyndrom (IC-10 F43.8) (IV-Akt. 51), multiple vegetative Symptome bei Neurasthenie, eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (IV-Akt. 62) und eine Neurasthenie (IC-10 F48.0) diagnostiziert.

E. 5.3

Die Frage nach der korrekten Diagnosestellung eines Gesundheitsschadens nach Art. 4 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2003 geltenden Fassung) und - seit 1. Januar 2003 - nach Art. 8 ATSG hat als solche keinen Einfluss auf den für die Invaliditätsbemessung relevanten, allein auf Grund der Auswirkungen des Leidens ermittelten Grad der Arbeitsunfähigkeit. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung des Leistungsvermögens unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein (BGE 127 V 298 E. 4c mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 131/05 vom 26. April 2005, E. 4.2). Daraus erhellt, dass für die Ermittlung der Invalidität letztlich nicht massgeblich ist, ob die Beschwerdeführerin an Neurasthenie, einem psychovegetativen Erschöpfungssyndrom oder an einer Somatisierungsstörung leidet, sondern einzig die durch das Krankheitsbild hervorgerufene, nicht durch zumutbare Willensanstrengung vermeidbare Einschränkung des Leistungsvermögens zählt (Urteile des Bundesgerichts I 954/05 vom 24. Mai 2006, I 470/06 vom 8. Mai 2007, I 326/03 vom 29. Dezember 2003 und I 339/05 vom 19. Oktober 2005).

E. 5.4

Die im Vordergrund stehende Neurasthenie ist den somatoformen Störungen zuzurechnen und gehört in den gleichen Syndromenkomplex wie Konversionsstörungen, Somatisierungsstörung, Schmerzstörung und Hypochondrie. Es steht daher nichts entgegen, die von der Rechtsprechung im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze (BGE 130 V 352 und seitherige) auf Neurasthenie analog zur Anwendung zu bringen (Urteil des Bundesgerichts I 70/07 vom 14. April 2008). Unter gewissen Umständen können auch somatoforme Schmerzstörungen bzw. Neurasthenien eine Arbeitsunfähigkeit verursachen. Sie fallen unter die Kategorie der psychischen Leiden (zu deren invalidisierendem Charakter generell BGE 102 V 165; AHI 2001 S. 228 E. 2b mit Hinweisen; siehe auch BGE 127 V 298 ff. E. 4c und 5), für die grundsätzlich ein psychiatrisches Gutachten erforderlich ist, wenn es darum geht, über das Ausmass der durch sie bewirkten Arbeitsunfähigkeit zu befinden (AHI 2000 S. 159 E. 4b mit Hinweisen; Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 53/02 E. 2.2 vom 2. Dezember 2002, I 275/01 E. 3a/bb und 3b vom 6. Mai 2002 sowie I 783/01 E. 3a vom 8. August 2002). In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten genügen mithin die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer (teilweisen) Invalidität allein nicht; vielmehr muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde

hinreichend erklärbar sind, andernfalls sich eine rechtsgleiche Beurteilung der Rentenansprüche nicht gewährleisten liesse (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 53/02 E. 2.2 vom 2. Dezember 2002 und I 382/00 E. 2b vom 9. Oktober 2001). Namentlich vermag nach der Rechtsprechung eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung bzw. Neurasthenie als solche in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG zu bewirken. Ein Abweichen von diesem Grundsatz fällt nur in jenen Fällen in Betracht, in denen die festgestellte somatoforme Schmerzstörung bzw. Neurasthenie nach Einschätzung des Arztes eine derartige Schwere aufweist, dass der versicherten Person die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt bei objektiver Betrachtung - und unter Ausschluss von Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, die auf aggravatorisches Verhalten zurückzuführen sind (vgl. AHI 2002 S. 150 Erw. 2b; Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 518/01 E. 3b/bb vom 24. Mai 2002 und I. 53/02 E. 2.2 vom 2. Dezember 2002) - sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder dies für die Gesellschaft gar untragbar ist BGE 102 V 165; AHI 2001 S. 228 E. 2b mit Hinweisen; vgl. auch BGE 127 V 298 E. 4c in fine; hinsichtlich somatoformer Störungen siehe insb. Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 53/02 E. 2.2 vom 2. Dezember 2002, I 266/00 E. 1c vom 5. Juni 2001, I 650/99 E. 2c vom 2. März 2001, I 529/00 E. 3c vom 8. Februar 2001 und I 410/00 E. 2b vom 19. Oktober 2000). Die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzt jedenfalls das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus. So sprechen unter Umständen (1) chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, (2) ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, (3) ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn ["Flucht in die Krankheit"]) oder schliesslich (4) unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person für die ausnahmsweise Unüberwindlichkeit der somatoformen Schmerzstörung (BGE 130 V 352 E. 2.2.2 und 2.2.3).

E. 5.5

Eine nebst der Grundproblematik bestehende Depression von erheblicher Ausprägung oder eine andere eigenständige psychische Krankheit wurden nicht diagnostiziert (vgl. Gutachten von Dr. med. F. _____ vom 24. Februar 2006, IV-Akt. 62, S. 15). Mangels Vorliegen einer allfälligen erheblichen psychischen Komorbidität ist somit die Zumutbarkeit einer willentlichen Überwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess zu bejahen. Bei den alternativ in Frage kommenden, in einer Gesamtwürdigung zu prüfenden Kriterien entfällt vorliegend dasjenige der zusätzlichen gravierenden somatischen Erkrankung. Ein chronifizierter Verlauf liegt zwar vor, allerdings betrifft er gerade die organisch nicht objektivierbare und vorliegend zu würdigende Problematik. Für einen allfälligen vollständigen sozialen Rückzug gibt es ebenfalls keine Anzeichen (vgl. Gutachten vom 24. Februar 2006 von Dr. med. F. _____, S. 9, wonach die Beschwerdeführerin nicht

einsam, sondern gut in der "Waldorfszene" integriert sei). Deutlich sind hingegen die Feststellungen zum sekundären Krankheitsgewinn (Rente zur Absicherung des Lebensunterhaltes). Schliesslich ist zur Therapieresistenz trotz guter Compliance als weiteres Kriterium zu bemerken, dass letztere eher fraglich erscheint. Hier ist insbesondere bemerkenswert, dass die Beschwerdeführerin offenbar aus weltanschaulichen Gründen trotz der andauernden Beschwerden keine bzw. nur kurz eine nervenärztlich-psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen hat (IV-Akt. 37; Gutachten vom 20. April 2007 von Dr. med. H._____, S. 11, IV-Akt. 62). Hinzu kommt, dass sich die Beschwerdeführerin aus weltanschaulichen Gründen zur Hauptsache homöopathisch behandeln lässt (IV-Akt. 30). Die Würdigung all dieser Umstände führt zum Schluss, dass es der Beschwerdeführerin zuzumuten ist, die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ihrer angestammten oder einer anderen Tätigkeit in vollem Umfang nachzugehen.

E. 5.6

Somit ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Vorinstanz zu Recht angenommen hat, dass keine versicherungsrechtlich massgebende Erwerbsunfähigkeit vorliegt. Der angefochtene Entscheid ist deshalb zu bestätigen und die Beschwerde abzuweisen.

E. 6.1

Nach der Praxis des Bundesverwaltungsgerichts ist das Verfahren kostenlos (Übergangsbestimmungen zur Änderung des IVG vom 16. Dezember 2005 [AS 2006 2004], lit. c in Verbindung mit Art. 69 Abs. 2 IVG).

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 IV-Stelle jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

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