

BVGer C-6496/2010 vom 28. November 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-11-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6496_2010

FR: TAF C-6496/2010 du 28 novembre 2012

IT: TAF C-6496/2010 del 28 novembre 2012

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen vorliegen und auf die Beschwerde einzutreten ist (BVGE 2007/6 E.1 mit Hinweisen).

E. 1.1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zuständig für die Beurteilung von Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren vom 20. Dezember 1968 (Verwaltungsverfahrensgesetz, VwVG, SR 172.021), sofern kein Ausnahmetatbestand erfüllt ist (Art. 31, 32 des Bundesgesetzes über das Bundesverwaltungsgericht vom 17. Juni 2005 [Verwaltungsgerichtsgesetz, VGG, SR 172.32]). Zulässig sind Beschwerden gegen Verfügungen von Vorinstanzen gemäss Art. 33 VGG. Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland ist eine Vorinstanz im Sinn von Art. 33 Bst. d VGG (vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG, SR 831.20]), und eine Ausnahme nach Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist daher zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.2

Die Beschwerdeführerin ist durch den angefochtenen Entscheid besonders berührt und hat an dessen Aufhebung oder Änderung ein schutzwürdiges Interesse (Art. 48 Abs. 1 VwVG; vgl. auch Art. 59 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 [ATSG, SR 830.1]). Sie ist daher zur Beschwerde legitimiert.

E. 1.3

Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 22a i.V.m. Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; vgl. auch Art. 60 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten.

E. 2

Anfechtungsobjekt ist die Verfügung vom 4. August 2010, mit welcher das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin um Zusprechung einer Invalidenrente abgewiesen wurde. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Vorinstanz das Rentengesuch zu Recht abgewiesen hat und in diesem Zusammenhang, ob die Vorinstanz den Sachverhalt

genügend abgeklärt hat.

E. 2.1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

E. 2.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2009/65 E. 2.1).

E. 2.3

Gemäss Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Das VwVG findet aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG jedoch keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG anwendbar ist. Nach Art. 2 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. 2.4

Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln sind in verfahrensrechtlicher Hinsicht in der Regel diejenigen Rechtssätze massgebend, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2), unter Vorbehalt der spezialgesetzlichen Übergangsbestimmungen. In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsvorschriften anwendbar, die bei Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 134 V 315 E. 1.2; BGE 130 V 329 E. 2.3).

E. 2.5

Die Beschwerdeführerin ist spanische Staatsangehörige, weshalb 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 (nachfolgend: FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist.

E. 2.5.1

Anhang II des FZA betreffend die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit wurde per 1. April 2012 geändert (Beschluss Nr. 1/2012 des Gemischten Ausschusses vom 31. März 2012 zur Ersetzung des Anhangs II dieses Abkommens über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit; AS 2012 2345). Vorliegend ist jedoch auf die bis 31. März 2012 gültig gewesene Fassung (vgl. AS 2002 1527, AS 2006 979 und 995, AS 2006 5851, AS 2009 2411 und 2421) abzustellen, wonach die Vertragsparteien untereinander insbesondere folgende Rechtsakte (oder gleichwertige Vorschriften) anwenden (Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Abschnitt A Anhang II des FZA): die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates

vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (AS 2004 121 [vgl. auch AS 2008 4219, AS 2009 4831]; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71) sowie die Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die Anwendung der System der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (AS 2005 3909 [vgl. auch AS 2009 621, AS 2009 4845] nachfolgend: Verordnung Nr. 574/72). Im Rahmen des FZA ist auch die Schweiz als Mitgliedstaat im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA. (nachfolgend: Verordnung Nr. 574/72).

E. 2.5.2

Nach Art. 40 Abs. 4 der Verordnung Nr. 1408/71 ist die vom Träger eines Mitgliedstaates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang V dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Spanien und der Schweiz (ebenso wie das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz) nicht der Fall ist. Gemäss Art. 40 der Verordnung Nr. 574/72 hat der Träger eines Mitgliedstaates aber bei der Bemessung des Invaliditätsgrades die von den Trägern der anderen Staaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte sowie Auskünfte der Verwaltung zu berücksichtigen, soweit sie rechtsgenügend ins Verfahren eingebracht werden (vgl. Art. 32 VwVG). Jeder Träger behält jedoch die Möglichkeit, die antragstellende Person durch einen Arzt oder eine Ärztin seiner Wahl untersuchen zu lassen. Eine Pflicht zur Durchführung einer solchen Untersuchung besteht allerdings nicht.

E. 2.6

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 substanziellen 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 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. Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 4. August 2010 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]). Noch keine Anwendung findet vorliegend das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene erste Massnahmepaket der 6. IV-Revision (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659]).

E. 2.7

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. 2.8

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). Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äussere Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinn des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff selber klar zwischen der versicherten Person als Trägerin des (invalidisierenden) Gesundheitsschadens und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht

diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosozial und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psychosozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

E. 2.9

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der ab 2008 geltenden 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. Laut 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 bundesgerichtlichen Rechtsprechung stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c). 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. 2.10

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). 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 - wie im vorliegenden Fall - auf die Neuansmeldung 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 Art. 17 Abs. 1 ATSG - durch einen Vergleich des Sachverhaltes im Zeitpunkt der letzten eröffneten und rechtskräftigen Verfügung (hier 16. Oktober 2008), die auf einer umfassenden materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) Durchführung einer Invaliditätsgradbemessung beruht, mit dem Sachverhalt zur Zeit der angefochtenen Verfügung (hier 4. August 2010; vgl. BGE 133 V 108 E. 4.1 und E. 5.4, BGE 130 V 71 mit Hinweisen).

E. 2.11

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 Bundesgerichts 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 (Urteile des Bundesgerichts I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a, 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]). Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen).

E. 3

Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 2.10 hiavor), beurteilt sich die Frage, ob bei der Beschwerdeführerin eine wesentliche Änderung eingetreten ist, welche geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch im Sinne von Art. 17 ATSG zu beeinflussen, durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er zur Zeit der unangefochten in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 16. Oktober 2008 (act. 146) bestanden hat, mit demjenigen, wie er im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 4. August 2010 (act. 184) eingetreten ist.

E. 3.1

Im Rahmen der Verfügung vom 16. Oktober 2008, mit welcher der Leistungsanspruch der Versicherten rechtskräftig verneint worden ist, stützte sich die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht insbesondere auf die Stellungnahme von Dr. V._____, IV-Stellenärztin, vom 15. Juli 2008 (act. 140). Dr. V._____ lagen bei ihrer Beurteilung folgende spanische medizinische Unterlagen vor: Arztbericht von Dr. J._____, Psychiater, vom 3. Februar 2008 (act. 132, 133), Arztbericht von Dr. G._____, Rheumatologe, vom 20. Februar 2008 (act. 134, 135), Arztbericht E 213 von Dr. R._____ vom 8. April 2008 (act. 136, 137). Diesen Arztberichten sind zusammengefasst folgende Diagnosen zu entnehmen: Keratozyste, depressive Störung - aktuell remittiert, Restschmerzen, partielle Thyreoidektomie, chronische Cervico-Dorsalgie. Die spanischen Ärzte befanden, dass die Versicherte sowohl in ihrer bisherigen Tätigkeit als Reinigungskraft wie auch in einer Verweisungstätigkeit unter Vermeidung von Kälte wieder voll arbeitsfähig sei. Dr. V._____ nannte in ihrer Stellungnahme vom 15. Juli 2008 die Diagnosen depressiver sekundärer Zustand - aktuell remittiert (gemäss Arztbericht vom 3. Februar 2008), Status nach Exzision von zwei Mandibulär-Zysten 1995, Status nach operativer Entfernung des rechtsseitigen Schilddrüsenlappens April 1999, chronische Cervico-Dorsalgie, Gastritis und Milbenallergie. Weiter führte Dr. V._____ aus, aufgrund eines ängstlich-depressiven Zustandes mit Somatisierung sei die Versicherte lange arbeitsunfähig gewesen. Seit der Rückkehr in ihr Heimatland habe sich ihr Gesundheitszustand jedoch verbessert. Im psychiatrischen Arztbericht werde eine Besserung des psychischen Zustandes mit Remission der Depression bestätigt. In rheumatologischer Hinsicht leide die Versicherte an

chronischen Cervico-Dorsalgien ohne wesentliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend sei eine Besserung des Gesundheitszustandes feststellbar und die Versicherte sei in ihrer bisherigen Tätigkeit gemäss Arztbericht vom 3. Februar 2008 ab diesem Datum wieder voll arbeitsfähig (act. 140).

E. 4

Im Rahmen der angefochtenen Verfügung vom 4. August 2010 stützte sich die Vorinstanz insbesondere auf die Stellungnahmen von Dr. O. _____, IV-Stellenarzt vom 22. April 2010 (act. 178) bzw. 13. Mai 2010 (act. 180).

E. 4.1

Dr. O. _____ nahm unter anderem zu folgenden spanischen Arztberichten Stellung: Arztbericht von Dr. T. _____ vom 26. November 2008 (act. 163), Austrittsbericht von Dr. I. _____ vom 27. April 2009 (act. 167) und Arztbericht E 213, unterzeichnet von Dr. K. _____, vom 16. Dezember 2009 (act. 172). Weiter lagen Dr. O. _____ bei der Stellungnahme weitere spanische Arztberichte vor (Arztbericht von Dr. S. _____ vom 6. Oktober 2008 [act. 162], Arztbericht von Dr. P. _____ vom 1. Dezember 2008 [act. 164], Röntgenbefund von Dr. F. _____ vom 22. Dezember 2008 [act. 165], Befundbericht von Dr. U. _____ vom 21. Januar [act. 166]).

E. 4.1.1

In diesen Arztberichten sind zu den bereits unter E. 3.1 aufgeführten Beschwerden zusätzlich die Diagnose Bimalleolarfraktur und depressives Syndrom (ohne Hinweis auf Remission) aufgeführt. Angaben zum Leistungskalkül werden im Arztbericht E 213, unterzeichnet von Dr. K. _____, vom 16. Dezember 2009 (act. 172) gemacht, wonach die Versicherte in der bisherigen Tätigkeit im Restaurant voll arbeitsunfähig, in Verweisungstätigkeiten mit Positionswechsel jedoch zu 100% arbeitsfähig sei.

E. 4.2

Dr. O. _____ nannte in seiner Stellungnahme vom 22. April 2010 mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnosen chronisches zervikospondylogenes Syndrom ohne neurologische Ausfälle, Zustand nach Bimalleolar-Fraktur links am 11. September 2008, Verdacht auf beginnende posttraumatische OSG-Arthrose. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte der IV-Stellenarzt Zustand nach Exzision von zwei Mandibulär-Zysten, Zustand nach operativer Entfernung des rechtsseitigen Schilddrüsenlappens (operative Entfernung der Rest-Schilddrüse am 23. April 2009) und Zustand nach reaktiver Depression auf. Weiter führte der IV-Stellenarzt aus, ab Datum der Knöchelfraktur könne für sämtliche Tätigkeiten eine 20%-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angenommen werden, wobei hierbei alle bereits bekannten gesundheitlichen Beschwerden berücksichtigt worden seien. Eine Arbeitsunfähigkeit mit Erwachsen eines Rentenanspruchs bestehe nach wie vor nicht (act. 178). Am 13. Mai 2010 wies er ergänzend darauf hin, die Arbeitsunfähigkeit im Haushalt betrage ab 11. September 2008 maximal 17% (act. 180).

E. 4.3

Im Rahmen der Beschwerde reichte die Beschwerdeführerin weitere Arztberichte ein (undatiertes Arztbericht von Dr. Q. _____, Röntgenbefundbericht von Dr. A. _____ vom 25. August 2008).

E. 4.3.1

Dr. V._____ nahm zu den im Rahmen der Beschwerde eingereichten Arztberichten am 7. Dezember 2010 folgendermassen Stellung: Die Arztberichte wiesen keine neuen Elemente auf, die nicht bereits gewürdigt worden seien, weshalb an der Stellungnahme vom 13. Mai 2010 festgehalten werden könne. Weder der Befundbericht von Dr. A._____ vom 25. August 2008 mit bereits gewürdigtem multinodulären Struma mit Hemithyroidektomie, noch der undatierte Arztbericht von Dr. Q._____ mit temporomandibulärer Dysfunktion, anteriorer Diskusverlagerung sowie Osteoarthrose wiesen invalidisierende Elemente auf. Aufgrund der im September 2008 erlittenen Bimalleolar-Fraktur mit Osteosynthese habe die Versicherte eine Neuanmeldung eingereicht. Seit dem Jahr 2009 leide die Versicherte am Knöchel bei Belastung an Schmerzen, die Beugebewegungen seien im Rahmen einer beginnenden posttraumatischen Arthrose leicht eingeschränkt. Diese Einschränkung sei bereits am 13. Mai 2010 berücksichtigt worden. Weiter führte Dr. V._____ aus, die Versicherte habe sich im April 2009 einer Schilddrüsenlappenresektion links aufgrund eines Rezidivs der nodulären Schilddrüse unterzogen. Eine Erkrankung der Schilddrüse verursache jedoch keine längere Arbeitsunfähigkeit, wie auch nicht die von Dr. N._____ im psychiatrischen Bericht vom 31. März 2010 erwähnte ängstlich-depressive Störung. Zudem erwähne Dr. B._____ in seinem Arztbericht vom 24. September 2009 (act. 171), dass nach einer Anpassung der psychotropen Behandlung mittels eines Antidepressivums eine Besserung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. Ebenso begründeten die im Rahmen der degenerativen Erkrankungen aufgetretenen Zervikalgien, Dorsalgien und Lumbalgien keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit (act. 189).

E. 4.3.2

Wie bereits unter E. 2.11 erwähnt, kann auf Stellungnahme des RAD bzw. des ärztlichen Dienstes unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen. Obwohl Dr. O._____ als auch Dr. V._____, beide mit Facharzttiteln Allgemeine Innere Medizin, nicht über einen Facharzttitel auf den Gebieten Endokrinologie, Psychiatrie und Orthopädie verfügen, ist ihren Stellungnahmen aufgrund der bei der Beschwerdeführerin nicht dermassen gravierenden gesundheitlichen Leiden Beweiswert zuzusprechen. Insbesondere Dr. V._____ nahm namentlich ausführlich Stellung zu den Arztberichten von Dr. N._____, Psychologe, vom 31. März 2010, Dr. A._____ vom 25. August 2008, dem undatierten Bericht von Dr. Q._____, Facharzt Chirurgie, und dem Arztbericht von Dr. B._____, Psychiater, vom 24. September 2009. Sie stellte zu Recht fest, dass die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden keinen invalidisierenden Charakter aufweisen würden. Zusätzlich lagen den IV-Stellenärzten weitere Arztberichte von spanischen Fachärzten vor (vgl. unter anderem Berichte der Dres. E._____ und D._____, beide von der Abteilung Endokrinologie). Ebenso sind in den Arztberichten hinsichtlich der gesundheitlichen Leiden keine Differenzen zu verzeichnen. Bezüglich der geltend gemachten Depression ist festzustellen, dass sich in den Unterlagen keine Hinweise finden, dass die Beschwerdeführerin an einer Depression leiden würde, die ohne zumutbare Willensanstrengung nicht überwindbar wäre. Auch sind in den Akten keine Anhaltspunkte zu finden, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der im Rahmen der Neuanmeldung neu aufgeführten Diagnose einer Bimalleolarfraktur in ihrer Leistungsfähigkeit in rentenrelevantem Ausmass eingeschränkt

sein könnte. Unter diesen Umständen kann auf die Einholung von weiteren Arztberichten von Fachärzten bzw. die von der Beschwerdeführerin vorgeschlagene zusätzliche Beweismassnahme in Form ergänzender medizinischer Abklärungen in der Schweiz in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (vgl. BGE 122 II 464 E. 4a, BGE 122 III 219 E. 3c, BGE 120 1b 224 E. 2b, BGE 119 V 335 E. 3c mit Hinweisen) und es ist auf die beweiskräftigen Stellungnahmen der IV-Stellenärzte Dres. O. _____ und V. _____ abzustellen, wonach die Beschwerdeführerin ab 11. September 2008 sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in Verweisungstätigkeiten im Ausmass von 20% arbeitsunfähig ist. Im Übrigen stimmt die von Dr. O. _____ angenommene Einschränkung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit im Wesentlichen auch mit der Beurteilung von Dr. K. _____ vom spanischen Sozialversicherungsträger vom 16. Dezember 2009 überein, wonach die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Office-Angestellte zu 100% arbeitsunfähig und in einer Verweisungstätigkeit zu 100% erwerbsfähig sei.

E. 4.4

Somit ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festzustellen, dass im vorliegend zu überprüfenden Zeitraum vom 16. Oktober 2008 bis 4. August 2010 keine rentenrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Die Beschwerdeführerin war weder aufgrund der Bimalleolarfraktur, mit welcher die Neuanmeldung begründet wurde, noch aufgrund einer gesamtheitlichen Würdigung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen, in der bisherigen Tätigkeit während eines Jahres durchschnittlich mindestens zu 40% eingeschränkt. Abzustellen ist diesbezüglich auf die Tätigkeit als Hausfrau, da die Beschwerdeführerin bei Einreichung des Rentengesuchs nicht erwerbstätig, sondern im Haushalt tätig war. Die Voraussetzung für einen Rentenanspruch, wonach während eines Jahres eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40% vorliegt, ist somit nicht erfüllt (Art. 28 Abs. 1 IVG; vgl. hierzu auch E. 2.9). Die Beschwerde ist somit abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 4. August 2010 zu bestätigen.

E. 5

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 5.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht kostenpflichtig. Bei diesem Verfahrensausgang sind die Verfahrenskosten der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Sie werden auf Fr. 400.- festgesetzt und mit dem bereits einbezahlten Kostenvorschuss von Fr. 420.- verrechnet. Der Differenzbetrag von Fr. 20.- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

E. 5.2

Die unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario i.V.m. Art. 7 Abs. 1 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.