Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Abteilung III
C-5379/2009

Urteil vom 28. März 2011

Besetzung

Richterin Franziska Schneider (Vorsitz),
Richter Francesco Parrino, Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,
Gerichtsschreiber Roger Stalder.

Parteien

X._____, Deutschland,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenrente.

Sachverhalt:

A.
Die 1954 geborene, in ihrer Heimat Deutschland wohnhafte X._____ (*im Folgenden:* Versicherte oder Beschwerdeführerin) war von 1984 bis 1989 für die damalige A._____ AG in B._____ (*heute:* C._____ AG) als Hauptabteilungsleiterin tätig und entrichtete während dieser Zeit Beiträge an die obligatorische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV). Am 6. November 2002 meldete sie sich erstmals zum Bezug von IV-Leistungen an; das von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (*im Folgenden:* BfA) weitergeleitete Leistungsgesuch ging zusammen mit weiteren Formularen am 20. Februar 2003 bei der Schweizerischen Ausgleichskasse (SAK) ein (vorinstanzliche Akten [*im Folgenden:* act.] 2 bis 5, 13). Nachdem die Versicherte den rentenablehnenden Bescheid der BfA am 16. Mai 2003 erfolglos angefochten hatte (act. 7, 8, 10, 16, 17, 21 und 22), erliess die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*im Folgenden:* IVSTA oder Vorinstanz) – nach Vorliegen weiterer für die Beurteilung des Leistungsgesuches massgeblichen Abklärungen in beruflich-erwerblicher und medizinischer Hinsicht (act. 13, 14, 23 bis 29) – am 25. November 2003 eine Verfügung, mit welcher mangels Vorliegens einer Invalidität der Rentenanspruch verneint wurde (act. 30). Diese Verfügung erwuchs – soweit aus den Akten ersichtlich – unangefochten in Rechtskraft.

B.
Am 29. Februar 2008 meldete sich die Versicherte erneut zum Leistungsbezug an; das von der deutschen Sozialversicherungsträgerin weitergeleitete Antragsformular E 204 ging am 30. April 2008 bei der SAK ein (act. 32 und 33). Nachdem die deutsche Rentenversicherung der Versicherten zufolge voller Erwerbsminderung am 4. Juli 2008 eine vom 1. September 2008 bis 30. Juni 2010 befristete Rente zugesprochen (act. 36) und die IVSTA Kenntnis weiterer Akten hatte (act. 37 bis 48), empfahl Dr. med. D._____, Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologie, vom medizinischen Dienst der IVSTA am 3. Januar 2009 die Einforderung von zusätzlichen medizinischen Dokumenten aus Deutschland (act. 50); diese gingen am 19. März und 2. April 2009 bei der SAK ein (act. 52 bis 56). Nach Vorliegen der von Dr. med. D._____ am 24. Mai 2009 verfassten Stellungnahme (act. 58) wurde der Versicherten mit Vorbescheid vom 27. Mai 2009 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht gestellt (act. 59). Nach Kenntnisnahme der von der Versicherten am 21. Juni 2009 vorgebrachten Einwendungen

(act. 60) erliess die IVSTA am 28. Juli 2009 eine dem Vorbescheid im Ergebnis entsprechende Verfügung (act. 61).

C.
Hiergegen erhob die Versicherte beim Bundesverwaltungsgericht mit Eingabe vom 21. August 2009 Beschwerde und beantragte (sinngemäss) die Aufhebung der Verfügung vom 28. Juli 2009 (Akten im Beschwerdeverfahren [*im Folgenden:* B-act.] 61).

Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, es sei ihr nicht klar, auf welche Akten sich die Vorinstanz bei der Beurteilung, es liege keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vor, gestützt habe. Anfang Februar 2008 sei ihr von einem Neurologen empfohlen worden, die von ihm befürwortete Rente zu beantragen. Ab diesem Zeitpunkt bzw. ab dem Datum des Rentenantrags sollte eine Arbeitsunfähigkeit vorliegen. Im Mai 2008 sei diese durch die Neurologin der Deutschen Rentenversicherung bestätigt worden. Mit deren Schreiben vom 4. Juli 2008 habe sie den Rentenbescheid erhalten; spätestens dann sollte eine definitive Arbeitsunfähigkeit bewiesen sein.

D.
In ihrer Vernehmlassung vom 16. November 2009 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung (B-act. 5).

Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, mangels neuer medizinischer Sachverhaltselemente erlaube man sich, auf die der abweisenden Verfügung zugrundeliegende IV-ärztliche Stellungnahme vom 24. Mai 2009 zu verweisen. Darin sei die beurteilende Ärztin zur Schlussfolgerung gelangt, dass die Beschwerdeführerin trotz ihrer Leiden weiterhin in der Lage sei, sich entsprechend ihrer Ausbildung als Industriekauffrau bzw. fremdsprachliche Wirtschaftskorrespondentin vollschichtig zu betätigen.

E.
Nachdem die Beschwerdeführerin im Anschluss an die prozessleitende Verfügung vom 27. November 2009 (B-act. 6) keine Replik eingereicht hatte, wurde sie mit Zwischenverfügung vom 22. Januar 2010 unter Hinweis auf die Säumnisfolgen aufgefordert, einen Verfahrenskostenvorschuss von Fr. 400.- in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten (B-act. 7); dieser Aufforderung wurde in der Folge nachgekommen (B-act. 8).

F.
Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften der Parteien ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

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).

1.2. Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (vgl. Art. 60 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1] und Art. 52 Abs. 1 VwVG). Als Adressatin der angefochtenen Verfügung vom 28. Juli 2009 (act. 61) ist die Beschwerdeführerin berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (vgl. Art. 59 ATSG). Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet worden war (B-act. 8), ergibt sich zusammenfassend, dass sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist deshalb einzutreten.

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. d^{bis} 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. 1*a* 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).

1.4. Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 28. Juli 2009 (act. 61), 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 rechtsgenüglich abgeklärt und gewürdigt worden ist.

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).

2.
Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

2.1. Die Beschwerdeführerin besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft und wohnt in Deutschland, 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).

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 – vorbehältlich 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 [*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. In Fällen, in denen der Versicherungsfall vor dem 1. Januar 2008 eintrat resp. die einjährige gesetzliche Wartezeit (vgl. E. 2.4 2. Absatz hiernach) vor diesem Zeitpunkt zu laufen begann und im Jahre 2008 erfüllt wurde, gilt unter der Voraussetzung, dass die Anmeldung spätestens am 31. Dezember 2008 eingereicht wurde, das alte Recht (vgl. zum Ganzen 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 28. Juli 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]).

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).

2.4. 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 blosse 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).

2.5. 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).

Vorliegend ist demnach zu prüfen, ob und in welchem Umfang die Beschwerdeführerin seit dem 29. Februar 2007, das heisst zwölf Monate vor der Anmeldung zum Leistungsbesuch (vgl. Bst. B. hiervor), Anspruch auf IV-Leistungen hatte oder ob ein solcher Anspruch danach bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 28. Juli 2009 entstanden bzw. wieder weggefallen ist.

2.6. Tritt die Verwaltung – wie im vorliegenden Fall – auf eine erneute Anmeldung 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).

2.7. 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; 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 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).

3.

Wie bereits dargelegt (vgl. E. 2.6 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 – soweit ersichtlich – unangefochten in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 25. November 2003 (act. 30) bestanden hatte, mit demjenigen, wie er im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 28. Juli 2009 (act. 61) eingetreten war.

3.1. Im Rahmen der Erstanmeldung vom 6. November 2002 (act. 2) resp. der Verfügung vom 25. November 2003 (act. 30), mit welcher der Rentenanspruch der Versicherten – soweit ersichtlich – rechtskräftig verneint worden war, stützte sich die Vorinstanz in medizinischer Hinsicht insbesondere auf die Stellungnahme von Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom medizinischen Dienst der IVSTA vom 19. November 2003 (act. 29). Darin wurde – insbesondere gestützt auf den ärztlichen Befundbericht von Prof. Dr. med. F._____ vom 25. Juni 2003 (act. 27) – eine Schleimbeutelentzündung im Ellbogengelenk mit nachfolgender persistierender Wundheilstörung, ein Gebährmutterhalskrebs, ein Zustand nach vaginaler Hysterektomie sowie eine arterielle Hypertonie erwähnt. Weiter war Dr. med. E._____ der Ansicht, dass wahrscheinlich während einiger Monate eine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Diese Periode sei deutlich weniger lang als vom 26. April 2002 bis 2003 gewesen. Die Versicherte habe

keinen Rentenanspruch gehabt und aktuell könne sie ihre Arbeit wieder vollzeitlich aufnehmen.

3.2. Im Zusammenhang mit der erneuten Anmeldung vom 29. Februar 2008 (act. 32) stützte sich die Vorinstanz in erster Linie auf die medizinische Stellungnahme von Dr. med. D._____, Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologie, vom 24. Mai 2009 (act. 58).

Dr. med. D._____ diagnostizierte – in Kenntnis des Gutachtens von Dr. med. G._____ (Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie) vom 9. Juni 2008 betreffend die am 20. Mai 2008 durchgeführte Untersuchung (act. 48), des Berichts des Neurologen, Psychiaters und Psychotherapeuten Dr. med. H._____ vom 17. Juli 2007 (act. 53) sowie der Stellungnahme von Dr. med. E._____ vom 19. November 2003 (vgl. E. 3.1 hiervor) – zur Hauptsache eine Polyneuropathie, ein chronisches Cervikal- und Lumbovertebralsyndrom sowie eine Affektion der rechten L4-Wurzel (Diskusprolaps L5/S1 mit Affektion der linken L5-Wurzel). Weiter führte Dr. med. D._____ aus, aus medizinischen Gründen könne aus den bereits im Rahmen der ersten, rentenabweisenden Verfügung vom 25. November 2003 bekannten Diagnosen keine Arbeitsunfähigkeit resultieren. Im Jahre 2007 werde eine typische neurologische Beeinträchtigung durch die Polyneuropathie, fast ausschliesslich der unteren Extremitäten (mit Gangstörung und Muskelatrophie "[nur!]" der unteren Extremitäten), beschrieben. Die Versicherte sei weiterhin in der Lage, Auto zu fahren. Auch könne sie die allermeisten Arbeiten im Haushalt selbstständig verrichten. Die oberen Extremitäten seien normal gebrauchsfähig. Insgesamt bestehe eine Polyneuropathie unklarer Aetiologie, die zu einer typischen Behinderung der Geh- und Stehfähigkeit der Versicherten geführt habe. Es seien ihr keine Tätigkeiten mehr zuzumuten, die mit langem Gehen oder Stehen verbunden seien. Vorwiegend sitzende Tätigkeiten könne die Versicherte demgegenüber vollschichtig ausüben; die bisherige kaufmännische Tätigkeit sei weiterhin vollschichtig zumutbar.

3.3.

3.3.1. Bei der Stellungnahme von Dr. med. D._____ handelt es sich um einen Bericht im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG. Sinn und Zweck des im Rahmen der 5. IV-Revision (Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006; AS 2007 5129 ff.) neu geschaffenen, seit 1. Januar 2008 in Kraft stehenden und vorliegend anwendbaren Art. 59 Abs. 2bis IVG sowie des neu gefassten Art. 49 IVV liegen darin, dass die IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen auf eigene Ärzte und Ärztinnen zurückgreifen können. Diese sollen aufgrund ihrer speziellen versicherungsmedizinischen Kenntnisse für die Bestimmung der für die Invalidenversicherung massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten verantwortlich sein. Damit soll eine konsequente Trennung der Zuständigkeiten zwischen behandelnden Ärzten (Heilbehandlung) und Sozialversicherung (Bestimmung der

Auswirkungen des Gesundheitsschadens) geschaffen werden. Die RAD bezeichnen die zumutbaren Tätigkeiten und die unzumutbaren Funktionen unter Angabe einer allfälligen medizinisch begründeten zeitlichen Schonung. Damit soll im Hinblick auf eine erfolgreiche Eingliederung eine objektivere Festlegung der massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten ermöglicht werden. Gestützt auf die Angaben des RAD hat die IV-Stelle zu beurteilen, was einer versicherten Person aus objektiver Sicht noch zumutbar ist und was nicht (vgl. Urteil 9C_323/2009 des BGer vom 14. Juli 2009 E. 4.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Berichten nach Art. 59 Abs. 2bis IVG kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidrelevante Aktenstücke (Urteil I 143/07 des BGer vom 14. September 2007 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil I 694/05 des EVG vom 15. Dezember 2006 E. 5).

3.3.2. Wie bereits dargelegt wurde (vgl. E. 2.7 hiervor), kann auf Stellungnahmen des RAD resp. des medizinischen Dienstes nur unter der Bedingung abgestellt werden, dass sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen und zudem die beigezogenen Ärzte im Prinzip über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen.

3.3.2.1 Obwohl Dr. med. D._____ als Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologie nicht über einen Facharzttitel auf den Gebieten der Neurologie und der Psychiatrie verfügt, kommt ihrer Stellungnahme vom 24. Mai 2009 aufgrund der bei der Beschwerdeführerin zwar zahlreich vorhandenen, aber nicht überaus komplexen und schwerwiegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen Gewicht zu resp. ist diese als beweiskräftig zu qualifizieren. Auf das Einholen von Berichten entsprechend ausgebildeter Spezialärztinnen und –ärzte konnte im vorliegenden Fall auch deshalb verzichtet werden, weil Dr. med. D._____ insbesondere das fachärztliche Gutachten der Neurologin und Psychiaterin Dr. med. G._____ sowie zahlreiche andere Berichte von weiteren Fachärztinnen resp. –ärzten zur Verfügung gestanden hatten. Aus diesem Grund war sie als Internistin und Nephrologin durchaus in der Lage, die Leiden der Beschwerdeführerin in neurologisch-psychiatrischer Hinsicht resp. deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit beurteilen zu können, zumal sie über spezielle versicherungsmedizinische Kenntnisse verfügt (vgl. E. 3.3.1. hiervor).

Dr. med. D._____ erachtete aufgrund der bei der Beschwerdeführerin zweifelsfrei vorliegenden neurologischen Beeinträchtigung mit langem Gehen oder Stehen verbundene Tätigkeiten als nicht mehr zumutbar. Jedoch wurde die bisherige kaufmännische Tätigkeit weiterhin als vollschichtig zumutbar qualifiziert. Diese Beurteilung ist mit Blick auf die gesamten gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin nachvollziehbar, und es ist – aufgrund der objektiven Festlegung der IV-rechtlich massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit (vgl. E. 3.3.1. hiervor) – von einem genügend detaillierten und somit rechtsgenüglichen Zumutbarkeitsprofil auszugehen

3.3.2.2 Dem Bericht von Dr. med. H._____, Neurologe, Psychiater und Psychotherapeut, vom 17. Juli 2007 kann bereits aufgrund des Umstands, dass er sich nicht zur zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit geäussert hat, keine Beweiskraft zukommen. Ergänzend ist zu erwähnen, dass die von der Beschwerdeführerin anlässlich der Konsultation vom 13. Juli 2007 erwähnte Unsicherheit beim Gehen auch im Zumutbarkeitsprofil von Dr. med. D._____ Berücksichtigung fand. Die weiter geltend gemachte Taubheit der Füsse führt – in Übereinstimmung mit Dr. med. D._____ – nicht zu einer generellen Fahrunfähigkeit. Auch widerspricht diese Gesundheitsbeeinträchtigung nicht der Beurteilung von Dr. med. D._____, wonach die bisherige kaufmännische Tätigkeit vollschichtig zumutbar sei, denn es ist ohne weiteres davon auszugehen, dass die Tätigkeit als Hauptabteilungsleiterin zwar gelegentliches Stehen und Gehen beinhaltet, jedoch vorwiegend in sitzender Position ausgeübt wird.

3.3.2.3 Dr. med. G._____ hielt in ihrem Gutachten vom 9. Juni 2008 dafür, dass die Versicherte nicht in der Lage sei, eine Tätigkeit von wirtschaftlichem Wert auszuüben. Das Stehen, Gehen und Laufen sei deutlich eingeschränkt und die Kraft in den Beinen sei reduziert; damit könne die Versicherte nicht lange stehen, nicht lange sitzen, nicht viel laufen und keine Leitern steigen. Mit Blick auf das von Dr. med. D._____ abgegebene Leistungskalkül besteht insofern eine Übereinstimmung mit Dr. med. G._____, als dass der Beschwerdeführerin eine Tätigkeit, die mit langem Gehen oder Stehen verbunden ist, nicht mehr zumutbar ist. Dass der Versicherten aufgrund der eingeschränkten Steh-, Geh- und Laufdauer und der Kraftreduktion in den Beinen auch eine vorwiegend sitzende Tätigkeit – wie von Dr. med. G._____ im Rahmen der sozialmedizinischen Beurteilung postuliert – unzumutbar sein soll, ist aufgrund der überzeugenden Ausführungen von Dr. med. D._____ nicht schlüssig. Die nicht rechtsgenüglich begründete Auffassung von Dr. med. G._____ ist insbesondere auch aufgrund der Umstände, dass durch die Polyneuropathie fast

ausschliesslich die unteren Extremitäten betroffen sind, die Beschwerdeführerin in rein psychischer Hinsicht eine volle Orientierung aufgewiesen hatte und Halluzinationen und paranoide Symptome verneint worden waren, nicht nachvollziehbar. Vielmehr wurde von Dr. med. D._____ – wie bereits erwähnt (vgl. E. 3.3.1. und 3.3.2.1 hiervor) – die massgebliche funktionelle Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin nach einem objektiven Massstab festgelegt und ist die entsprechende Zumutbarkeitsbeurteilung nicht zu beanstanden. Dafür spricht schliesslich auch, dass die Beschwerdeführerin die Mehrheit der im Haushalt anfallenden Arbeiten selbstständig zu verrichten vermag resp. diese Haushaltstätigkeiten teilweise (bspw. Gemüse und Früchte rüsten, Mahlzeiten zubereiten, Betten machen, Wäsche besorgen, etc.) mit grösseren, vorwiegend körperlichen Anstrengungen verbunden sind als die Ausübung der angestammten Tätigkeit.

3.4. Aufgrund des schlüssigen und voll beweiskräftigen Berichts von Dr. med. D._____ vom 24. Mai 2009 steht ausser Frage, dass die Beschwerdeführerin im Falle der Verwertung der zumutbaren Restarbeitsfähigkeit von 100 % in der angestammten – und vorliegend auch angepassten – Tätigkeit ein rentenausschliessendes Invalideneinkommen von mehr als 60 % des massgebenden Valideneinkommens erzielen könnte. Da bereits ein Prozentvergleich ergibt, dass die Beschwerdeführerin keine rentenberechtigende Invalidität aufweist, erübrigt sich die Durchführung eines (bezifferten) Einkommensvergleichs (vgl. bspw. Entscheid I 816/05 des EVG vom 7. Juni 2006, E. 4.3 mit Hinweisen).

4.

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist zusammenfassend festzuhalten, dass keine rentenrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin zwischen dem 25. November 2003 und dem 28. Juli 2009 (vgl. E. 3. hiervor) eingetreten ist. Die angefochtene Verfügung vom 28. Juli 2009 erweist sich demnach als rechtens, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde vom 21. August 2009 abzuweisen ist.

5.

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

5.1. 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.

5.2. 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).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.
Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.
Die Verfahrenskosten von Fr. 400.- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

3.
Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

4.
Dieses Urteil geht an:

– die Beschwerdeführerin (Einschreiben mit Rückschein)
– die Vorinstanz (Ref-Nr. _____)
– das Bundesamt für Sozialversicherungen

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Die vorsitzende Richterin:	Der Gerichtsschreiber:
Franziska Schneider	Roger Stalder

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [BGG, SR 173.110]). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: